



## نقش باورهای فراشناختی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سازگاری زناشویی در دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن و بهنجار

زهرا سادات گلی\*<sup>ID</sup>: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشان، کاشان، ایران

لیلا سادات میر صیفی فرد<sup>ID</sup>: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کیش، کیش، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به شیوع بالای درد مزمن در جامعه و اثرات همه جانبه‌ی آن بر زندگی بیماران مبتلا، نقش باورهای فراشناختی و تاب‌آوری در میزان سازگاری این افراد بسیار با ارزش است؛ لذا هدف پژوهش حاضر بررسی نقش باورهای فراشناختی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سازگاری زناشویی در دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن و بهنجار بود. **روش پژوهش:** طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی به شمار می‌رود. نمونه این مطالعه شامل دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن (۶۰ نفر) و افراد سالم (۶۰ نفر) بود که به صورت در دسترس انتخاب و با پرسشنامه‌های باور فراشناختی ولز (۱۹۹۷)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج رگرسیون نشان داد در گروه بهنجار، هر دو متغیر باورهای فراشناخت و تاب‌آوری، وارد مدل شده است. ضریب رگرسیون استاندارد تاب‌آوری بزرگ‌تر از ضریب رگرسیون استاندارد باورهای فراشناخت است بنابراین تأثیرپذیری سازگاری زناشویی از تاب‌آوری بیشتر از باورهای فراشناخت است (باورهای فراشناخت  $B=-0/356$ ،  $P=0/002$ ، تاب‌آوری  $B=0/412$ ،  $P<0/001$ ). در گروه پاسخ‌گویان دارای درد مزمن، تنها متغیر تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی سازگاری زناشویی است ( $B=0/388$ ،  $P=0/002$ ). **نتیجه‌گیری:** باورهای فراشناختی و تاب‌آوری پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای سازگاری زناشویی هستند و اثر معناداری بر سازگاری زناشویی در دو گروه مبتلا به درد مزمن و بهنجار داشتند. اگر تاب‌آوری و باور فراشناختی هر دو با هم در یک راستا نقش ایفا کنند در نتیجه تأثیر درد روی فرد کم‌رنگ‌تر خواهد شد و باعث سازگاری بیشتر می‌شود. بنابراین علاوه بر تاب‌آوری باید میزان باور فراشناختی افراد مبتلا به درد مزمن را نسبت به دردشان بالا ببریم.

### کلیدواژه‌ها:

باور فراشناختی، تاب‌آوری، درد مزمن، سازگاری زناشویی

### \*نویسنده مسئول

Golim.psych@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۴


تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۴


### شیوه استناد به این مقاله:

گلی، ز.س.، میرصیفی‌فرد، ل.س. (۱۴۰۰). تأثیر باورهای فراشناختی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سازگاری زناشویی در دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن و بهنجار. فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی، ۳(۳) (پیاپی ۹): ۶۳-۵۵



## The role of Metacognitive Beliefs and Resilience on Predicting Marital Adjustment in Both Groups of Patients with Chronic and Acute Pain

**Z.S. Goli\*** : Department of Counseling, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**L.S. Mirseyfifard** : Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Zarand, Iran

### Abstract

**Background and Aim:** Due to the high prevalence of chronic pain in society and its comprehensive effects on the lives of patients, metacognitive beliefs and resilience significantly affect the level of adaptation of these people. So, this study was conducted to investigate the role of metacognitive beliefs and resilience on predicting marital adjustment in both groups of patients with chronic and acute pain.

**Methods:** This was a descriptive correlational study. The statistical sample of the study included both groups of patients with chronic pain ( $n = 60$ ) and healthy individuals ( $n = 60$ ) who were selected by the convenient sampling method and evaluated using the Wells (1997) Metacognition Questionnaire, the Connor-Davidson (2003) Resilience Scale (CD-RISC), and the Spanier (1976) Dyadic Adjustment Scale (DAS). **Results:** The regression results indicated that both variables of metacognitive beliefs and resilience were included in the model in the group of patients with acute pain. The standard regression coefficient of resilience was higher than that of metacognitive beliefs. Therefore, marital adjustment was more affected by resilience than metacognitive beliefs (metacognitive beliefs ( $B = -0.356$ ,  $P = 0.002$ ) and resilience ( $B = 0.412$ ,  $P < 0.001$ ). In the group of patients with chronic pain, only the variable of resilience could predict marital adjustment (resilience ( $B = 0.388$ ,  $P = 0.002$ )). **Conclusion:** Metacognitive beliefs and resilience are good predictors of marital adjustment and significantly affect marital adjustment in both groups of patients with chronic and acute pain. If resilience and metacognitive belief both play a role together, the pain will affect the individual less and lead to greater adjustment. So, in addition to resilience, the level of metacognitive beliefs of people with chronic pain should be raised.

### Keywords:

metacognitive belief, resilience, chronic pain, marital adjustment

\* **Corresponding author**  
Golim.psych@gmail.com

**Received:** 14.06.2021

**Acceptance:** 05.08.2021

### Cite this article as:

Goli, Z.S. & Mirseyfifard, Z.S. (2020). The role of Metacognitive Beliefs and Resilience on Predicting Marital Adjustment in Both Groups of Patients with Chronic and Acute Pain. *JARCP*, 3(3): 55-63.

This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

درد پدیده‌ای چندبعدی است که دارای اجزاء جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و به‌واقع، نوعی تجربه ناخوشایند حسی و روحی بوده که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است و به‌وسیله‌ی یکسری از واژه‌ها از طرف افرادی که آن را تجربه می‌کنند بیان می‌شود. یکی از انواع مهم درد، نوع مزمن آن است. درد مزمن دردی است که مدت‌زمان بهبودی آن بیش از ۳ ماه به طول انجامد. (منوچهرشیرازی، هومان منوچهری، منصوره زاغری تفرشی، فرید زابری، ۱۳۹۳). درد مزمن، مشکل شایعی است که بر کیفیت زندگی و سلامت روان افراد مبتلابه آن نیز آثار منفی می‌گذارد (بریونز، اساسی، روپل، گرین و لیرچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). گاهی نیز ممکن است در سازگاری زناشویی هم اثر بگذارد. افراد مبتلابه درد مزمن درگیر بیماری‌هایی نظیر کمردرد، پادرد، سردردهای تنشی و میگرن و غیره می‌باشند که کاهش کیفیت زندگی، کاهش توانایی‌های کارکردی و همچنین تضعیف سلامت روح و روان، روابط میان فردی و وضعیت مالی را در پی خواهد داشت (صدیقی، صفر بیگی، محبی و شاه سیاه، ۱۳۹۳). سازگاری زناشویی، فرآیندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید؛ و لازمه‌ی پیدایش آن، شناخت صفات طرفین، انطباق سلیقه‌ها، وضع قوانین رفتاری و شکل‌گیری الگوی مناسب است. سازگاری زناشویی، فرآیند تکاملی بین زن و شوهر است (ولز<sup>۲</sup> و پاپاجیورجیو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). در دهه‌ی اخیر محققان سازگاری زناشویی را با جنبه‌های مختلف زندگی انسان‌ها، به‌صورت گسترده مورد مطالعه قرار داده‌اند. ویسین سازگاری زناشویی را به میزان تفاهم و سهمیم شدن در فعالیت‌ها که با خرسندی و موقعیت در زندگی همراه باشد، تعریف می‌کند. شاید بدو این امر به ذهن برسد که سازگاری زناشویی مختص افراد بهنجار است؛ اما واقع این امر نیست که تنها افراد بهنجار دارای سازگاری زناشویی نیستند بلکه ممکن است افراد مبتلابه درد مزمن هم در روابط مشترک سازگاری داشته باشند (وهیسمان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

از دیگر متغیرها که در سازگاری زناشویی افراد مبتلابه درد مزمن و بهنجار نقش دارد تاب‌آوری است. تاب‌آوری قابلیت

فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز است، نوعی ترمیم خود که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. گارمزی و ماستن تاب‌آوری را یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده، تعریف نموده است. به‌بیان‌دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (کریمی و اسماعیلی، ۱۳۹۹). کامپرفر باور داشت که تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده است و از این‌روست که سازگاری موفق در زندگی زناشویی را فراهم می‌کند (کامپرفر باور<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). افراد مبتلابه درد مزمن و بهنجار علاوه بر تاب‌آوری ممکن است باورهای فراشناختی متفاوتی هم داشته باشند که نقش بسزایی در زندگی زناشویی دارند. دانش و همکاران در سال ۱۳۹۶ (دانش، امین‌الرعایایی و نوری پور، ۱۳۹۶) و احمدی تبار و همکاران در سال ۱۳۹۸ (احمدی تبار، مکوندی و سودانی، ۱۳۹۸) در پژوهش خود با عنوان رابطه سطوح تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی در زوجین، نشان دادند که بین تاب‌آوری و سازگاری زناشویی رابطه معناداری وجود دارد به‌طوری‌که با افزایش تاب‌آوری، سازگاری زناشویی نیز افزایش می‌یابد و می‌توان با آموزش سازه شخصیتی تاب‌آوری، وضعیت سلامت روان زوجین را بهبود بخشید و بستر تداوم خانوادگی را فراهم کرد. فراشناخت در روانشناسی واژه‌ای است که به‌صورت شناخت‌شناسی یا «دانستن دانستن» و یا «شناخت درباره شناخت» و تعریف گردیده است. تأملی که انسان بر روی فرآیندهای ذهنی می‌کند و اندیشیدن درباره تفکر را فراشناخت می‌نامند (بهروزی، محمدی و امیدیان، ۱۳۹۷). باور فراشناختی در درمان‌ها و مشاوره‌های روان‌شناختی منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی و شخصیتی افراد بیمار می‌شود (لوبان<sup>۶</sup>، هادوک<sup>۷</sup>، کیندرمن<sup>۸</sup> و ولز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها در زمینه فراشناخت حاکی از اثربخش بودن این روش درمانی است (موریسن و ولز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). برای مثال موریسن و ولز در سال ۲۰۰۳، در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی زنان، به این

5. Kumperfer  
6. Lobban  
7. Hadoch  
8. Kinderman

1. Brionez, Assassi, Reveille, Green, Learch  
2. Wells  
3. Papageorgiou  
4. Whisman

۶۰ سال، ابتلا به درد مزمن از نوع میگرن و یا کم‌درد مزمن، عدم وجود بیماری روانپزشکی شدید و یا بیماری جسمی خاص غیر از درد مزمن بود.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه باور فراشناختی:** پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ سؤالی خود گزارش دهی است که توسط ولز در سال ۱۹۹۷ تدوین شده که حیطه‌های فراشناختی زیر را در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت درباره ۲- باورهای منفی در مورد نگرانی ۳- اطمینان شناختی ضعیف ۴- لزوم کنترل افکار ۵- خودآگاهی شناختی سؤالات بر اساس لیگرت ۵ گزینه‌ای طبقه‌بندی گردیده‌اند. در ایران رسولی و همکاران، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۱٪ و برای زیر مقیاس‌های آن در دامنه ۰.۷۱٪ تا ۰.۷۸٪ گزارش کرده است (رسولی خورشیدی، بهرامی و حسینی، ۱۳۹۵).

**پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون:** به منظور سنجش تاب‌آوری از پرسشنامه کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده گردید. این پرسشنامه تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیگرت از همیشه نادرست تا همیشه درست در ۲۵ گویه مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه پنج عامل شایستگی استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصیت تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات، روابط ایمن، معنویت و کنترل است. دامنه تغییرات نمره کل در این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ است. کیهانی و همکاران، آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰.۸۹٪ به دست آورد. همچنین روایی این پرسشنامه را به روش همبستگی هر گویه با نمره کل بین ۰.۴۱٪ تا ۰.۶۴٪ به دست آورد (کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور، ۱۳۹۳).

**پرسشنامه سازگاری زناشویی:** این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که باهم زندگی می‌کنند. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه استفاده نمود. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد از این قرارند: رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی رابطه بهتر و سازگارتر است.

نتیجه رسیدند که این روش درمانی باعث افزایش رضایت زناشویی می‌شود (موریسن و ولز، ۲۰۰۳). فیشر و ولز در سال ۲۰۰۸ در مطالعه‌ای به صورت موردی، روی ۴ نفر باهدف اثربخشی فراشناخت درمانی بر اضطراب و رضایت زناشویی انجام دادند، به نتایج قابل توجهی دست یافتند، نتایج نشان داد استفاده از این راهبرد درمانی باعث کاهش اضطراب و افزایش رضایت زناشویی می‌شود (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). ولی زاده و همکاران در سال ۱۳۹۲ در پژوهشی با عنوان اثربخشی فراشناخت درمانی بر رضایت زناشویی دانشجویان متأهل به این نتیجه رسیدند که این رویکرد درمانی اثربخش بوده و باعث افزایش رضایت زناشویی شده است (ولی زاده، حسن وندی، ۲۰۱۳). همچنین یوسفی و سهرابی در سال ۱۳۹۲، در پژوهشی با عنوان اثربخشی رویکردهای خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق به این نتیجه رسیدند که استفاده از فراشناخت درمانی باعث کیفیت و افزایش رضایت از روابط زناشویی می‌شود (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۲).

از آنجایی که تاکنون تحقیق جامعی در این زمینه و با توجه به متغیرهای سازگاری زناشویی، تاب‌آوری و باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام نگرفته است و با توجه به اهمیت و ضرورت این متغیرها در روند درمان و بهبود بسیاری از بیماری‌ها، انجام پژوهشی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد و پژوهشگر سعی در انجام پژوهشی در مورد نقش باورهای فراشناختی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سازگاری زناشویی در دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن و بهنجار در استان قم دارد.

### روش پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی - جامعه آماری در این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به درد مزمن در طی دوران پژوهش در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ که به کلینیک‌های شهر قم مراجعه کرده بودند و دچار بیماری‌های کم‌درد، میگرن و دردهای مربوط به پا بودند. نمونه‌های این مطالعه شامل دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن (۶۰ نفر) و افراد سالم (۶۰ نفر) بود که به صورت در دسترس انتخاب گردیدند. ملاک ورود افراد به گروه نمونه شامل تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها، محدوده‌ی سنی بین ۲۰ تا

همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS 22 انجام شد.

**یافته‌ها**

تعداد نمونه پاسخ‌گویان در هر یک از دو گروه بهنجار و دارای درد مزمن، ۶۰ نفر است. در گروه بهنجار، ۲۶/۷ درصد پاسخ‌گویان مرد و ۷۳/۳ درصد زن هستند. در گروه دارای درد مزمن ۲۵ درصد پاسخ‌گویان مرد و ۷۵ درصد زن هستند. در گروه بهنجار میانگین سنی پاسخ‌گویان ۳۳/۱ با انحراف معیار ۹/۶۶ است. در گروه پاسخ‌گویان دارای درد مزمن، سن پاسخ‌گویان بین ۲۳ تا ۵۶ سال است. به صورت متوسط، میانگین سن پاسخ‌گویان این گروه، ۳۸/۷ با انحراف معیار ۸/۱۸ است. ۳۱/۷ درصد پاسخ‌گویان دارای درد مزمن مبتلا به کمردرد بوده‌اند. ۶۸/۳ درصد پاسخ‌گویان گروه دارای درد مزمن، دچار میگرن و ۴۱/۷ درصد دارای میگرن بوده‌اند. در جدول شماره ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای رضایت زناشویی و باورهای فراشناخت و زیرمقیاس‌های آن ارائه شده است.

نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود. در مطالعه قربانیان و همکاران آلفای کرانباخ برای این مقیاس ۰/۹۶ بود که نشان از این بود که از پایایی قابل قبولی برخوردار است (قربانیان، محمدلو، رسولی، خوشپور، سمی صفا و کارگر بزی، ۱۳۹۵).

**روش اجرا:** ملاحظات اخلاقی شرکت در پژوهش بدین شرح بود: (۱) شرکت‌کنندگان در شرکت یا ترک هم کاریشان در مطالعه، در هر زمان و بدون جریمه آزاد بودند. (۲) کلیه پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. (۳) استدلال کافی برای ضرورت انجام مطالعه برای این گروه ارائه شده است (۴) به تک‌تک افراد حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرح داده شده است. (۵) به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شده است که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق است. (۶) در هیچ‌یک از مراحل پژوهش هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد؛ و (۷) عدم موفقیت فرد در شرکت در پژوهش، هیچ خللی در ارائه اقدامات درمانی یا تشخیصی لازم به او ایجاد نمود. برای دستیابی به یافته‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد)، ضریب

**جدول ۱. ماتریس همبستگی سازگاری زناشویی، باورهای فراشناخت و تاب‌آوری در دو گروه پاسخ‌گویان**

تاب‌آوری	سازگاری زناشویی	باورهای فراشناختی
		۱
	۱	***۰/۳۴۹-
۱	***۰/۴۰۶	***۰/۳۸۱
		۱
	۱	***۰/۱۲۵-
۱	***۰/۳۷	۰/۳۱

مثبت است به عبارت دیگر افرادی که دارای نمره بیشتری در متغیر تاب‌آوری بوده‌اند، نمره بیشتری در متغیر سازگاری زناشویی نیز داشته‌اند. تاب‌آوری و سازگاری زناشویی در گروه پاسخ‌گویان بهنجار و مزمن به صورت معنی‌داری باهم رابطه دارند (با  $P < ۰/۰۰۱$ ). رابطه بین تاب‌آوری و سازگاری زناشویی در هر دو گروه مثبت است به عبارت دیگر افرادی که دارای نمره بیشتری در متغیر تاب‌آوری بوده‌اند، نمره بیشتری در متغیر سازگاری زناشویی نیز داشته‌اند.

سازگاری زناشویی و باورهای فراشناختی در گروه پاسخ‌گویان بهنجار به صورت معنی‌داری باهم رابطه دارند ( $P < ۰/۰۰۱$ ). رابطه بین این دو متغیر معکوس است به عبارت دیگر هرچه نمره کل باورهای فراشناخت کمتر باشد نمره سازگاری زناشویی بیشتر است؛ اما رابطه بین این دو متغیر در گروه دارای درد مزمن، معنی‌دار نیست. تاب‌آوری و باورهای فراشناختی در گروه پاسخ‌گویان بهنجار و مزمن به صورت معنی‌داری باهم رابطه دارند (با  $P < ۰/۰۰۱$ ). رابطه بین تاب‌آوری و باورهای فراشناختی در هر دو گروه

جدول ۲. تحلیل واریانس رگرسیون سازگاری زناشویی بر اساس باورهای فراشناخت و تاب‌آوری در دو گروه پاسخ‌گویان

گروه	اثرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی‌داری	R	R <sup>2</sup>
بهنجار	رگرسیون	۴۸۵۲/۷۲۰	۲	۲۴۲۶/۳۶۰	۱۱/۷۴۲	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰	۰/۲۹۲
	باقیمانده	۱۱۷۷۸/۰۱۳	۵۷	۲۰۶/۶۳۲			۰	
	کل	۱۶۶۳۰/۷۳۳	۵۹					
دارای درد مزمن	رگرسیون	۲۶۰۳/۵۱۴	۲	۱۳۰۱/۷۵۷	۵/۶۴۳	۰/۰۰۶	۰/۴۰۷	۰/۱۶۵
	باقیمانده	۱۳۱۵۰/۲۱۹	۵۷	۲۳۰/۷۰۶			۰	
	کل	۱۵۷۵۳/۷۳۳	۵۹					

گروه پاسخ‌گویان دارای درد مزمن، ۱۶/۵ درصد واریانس سازگاری زناشویی با استفاده از دو متغیر مذکور تبیین می‌شود ( $R^2 = 0/165$ ). از آنجایی که جدول ۲، معنی‌دار بودن رگرسیون در هر دو جامعه بهنجار و دارای درد مزمن را تأیید نموده است، در جدول ۳، ضرایب رگرسیون به تفکیک گروه ارائه شده است.

سطح معنی‌داری آزمون F در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد رگرسیون سازگاری زناشویی بر اساس باورهای فراشناخت و تاب‌آوری در هر دو گروه پاسخ‌گویان معنی‌دار است ( $F = 11/742$ ، بهنجار  $P < 0/001$ ؛  $F = 5/643$ ، بهنجار  $P = 0/006$ ، دارای درد مزمن). در گروه بهنجار ۲۹/۲ درصد واریانس سازگاری زناشویی، توسط باورهای فراشناخت و تاب‌آوری تبیین می‌شود ( $R^2 = 0/292$ )، در

جدول ۳. ضرایب رگرسیون سازگاری زناشویی بر اساس باورهای فراشناخت و تاب‌آوری در دو گروه

گروه	متغیرها	B	خطای استاندارد	Beta	آماره t	سطح معنی‌داری
بهنجار	مقدار ثابت	۱۰۹/۳۲۱	۱۱/۰۶۵		۹/۸۸۰	۰/۰۰۰
	نمره کل باورهای فراشناخت	-۰/۳۷۴	۰/۱۱۷	-۰/۳۵۶	-۳/۱۹۳	۰/۰۰۲
	تاب‌آوری	۰/۴۰۶	۰/۱۱۰	۰/۴۱۲	۳/۶۹۹	۰/۰۰۰
دارای درد مزمن	مقدار ثابت	۸۹/۸۸۱	۱۲/۵۰۸		۷/۱۸۶	۰/۰۰۰
	نمره کل باورهای فراشناخت	-۰/۱۶۷	۰/۱۳۴	-۰/۱۵۱	-۱/۲۴۳	۰/۲۱۹
	تاب‌آوری	۰/۴۰۳	۰/۱۲۶	۰/۳۸۸	۳/۱۹۸	۰/۰۰۲

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی باورهای شناختی، تاب‌آوری و سازگاری‌های زناشویی در دو گروه بیماران مبتلابه درد مزمن و بهنجار و همچنین مقایسه نقش باورهای فراشناختی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سازگاری زناشویی بود. نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که سازگاری زناشویی و تاب‌آوری در هر دو گروه پاسخ‌گویان بهنجار و دارای درد مزمن به‌صورت معنی‌داری باهم رابطه دارند. رابطه بین تاب‌آوری و سازگاری زناشویی در هر دو گروه مثبت است؛ به‌عبارت‌دیگر افرادی که دارای نمره بیشتری در متغیر تاب‌آوری بوده‌اند، نمره بیشتری را نیز در متغیر سازگاری زناشویی به دست آوردند. پس می‌توان گفت که تاب‌آوری

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه بهنجار، هر دو متغیر باورهای فراشناخت و تاب‌آوری، وارد مدل شده است. ضریب رگرسیون استاندارد تاب‌آوری بزرگ‌تر از ضریب رگرسیون استاندارد باورهای فراشناخت است بنابراین تأثیرپذیری سازگاری زناشویی از تاب‌آوری بیشتر از باورهای فراشناخت است ( $P = 0/002$ ,  $B = -0/356$ )، باورهای فراشناخت است ( $P < 0/001$ ,  $B = 0/412$ ). در گروه پاسخ‌گویان دارای درد مزمن، متغیر باورهای فراشناخت وارد مدل نشده است ( $P = 0/219 > 0/05$ )؛ بنابراین در گروه پاسخ‌گویان دارای درد مزمن، تنها متغیر تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی سازگاری زناشویی است ( $P = 0/002$ ,  $B = 0/388$ ).

دیگر نتایج تحقیق حاضر نشان داد همبستگی بین سازگاری زناشویی و باورهای فراشناختی در گروه بهنجار، معنی‌دار اما در گروه بیماران دارای درد مزمن معنی‌دار نیست. پس می‌توان گفت که باورهای شناختی نمی‌تواند سازگاری زناشویی را در گروه مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی نماید اما این شرایط در گروه مبتلا به درد بهنجار برعکس است. آل‌سچولر و همکاران (آلسچولر و همکاران، ۲۰۱۶)، موریس و ولز (۲۰۰۳) و فیشر و ولز (۲۰۰۸) نشان دادند که می‌توان سازگاری زناشویی را بر اساس باورهای شناختی در زنان متأهل پیش‌بینی نمود. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی اشاره داد که افراد از آن‌ها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند. فراشناخت‌های غلط به‌ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند (آقایوسفی و بازیاری میمند، ۱۳۹۲). باورهای ناکارآمد علت اصلی بسیاری از اختلاف‌های اجتماعی به‌ویژه در روابط زوج‌های جوان است. چنین باورهایی در واقع وجود افکار نادرست و نامناسب با واقعیت درباره خود و جهان است که یکی از عمده‌ترین عرصه‌های بروز این افکار در زندگی زناشویی است که رضایت زوجین را به مقدار زیادی کاهش می‌دهد (بریونز و همکاران، ۲۰۱۰). در تحقیق حاضر دیده گردید که اگرچه باورهای فراشناختی می‌توانند سازگاری زناشویی را در افراد مبتلا به درد پیش‌بینی کنند اما این پیش‌بینی تنها در افرادی است که مبتلا به درد بهنجار می‌باشند نه درد مزمن. این که چرا این پیش‌بینی در افراد مبتلا به درد مزمن رخ نمی‌دهد سؤال است که نیاز به تحقیقات بیشتری دارد اما به نظر می‌رسد که فاکتورهای دیگری از جمله سن، جنسیت، شدت درد، نوع درد (علت ایجاد درد) و دیگر فاکتورهای روان‌شناختی از جمله پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی می‌توانند بر روی این رابطه تأثیر بگذارند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که تاب‌آوری نسبت به باورهای فراشناختی بهتر می‌تواند سازگاری‌های زناشویی را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی نماید و به همین دلیل می‌توان از آن به‌عنوان یک میانجی احتمالی در ایجاد سازگاری‌های زناشویی نام برد. در واقع می‌توان گفت که با ارتقا توانمندی فرد در زمینه تاب‌آوری می‌توان مشکلات روانی و هیجانی را کاهش داد که این امر باعث

احتمالاً می‌تواند سازگاری زناشویی را در دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن و بهنجار پیش‌بینی نماید. متغیر تاب‌آوری با زیرمقیاس‌های همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت در هر دو گروه پاسخ‌گویان، همبستگی معنی‌داری دارد. رابطه بین تاب‌آوری و رضایت زناشویی در هر دو گروه پاسخ‌گویان، معنی‌دار نیست. دانش و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان دادند که به‌طورکلی بین تاب‌آوری و سازگاری زناشویی رابطه معناداری وجود دارد. در این تحقیق همچنین دیده گردید که بین تاب‌آوری با رضایت زناشویی ارتباط معناداری وجود ندارد که این نتایج مشابه با نتایج تحقیق حاضر می‌باشند. در توجیه عدم رابطه معنادار بین تاب‌آوری با رضایت زناشویی می‌توان به این نکته اشاره نمود که رضایت از زندگی زناشویی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که تاب‌آوری ممکن آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد. از جمله این عوامل می‌توان به درک و احترام متقابل و تفاهم همدلانه، حمایت و لذت دو طرف، هماهنگی و همدمی با همسر، صمیمیت در روابط جنسی و روابط کلی، توافق در معاشرت‌ها و وفاداری جنسی و غیره اشاره نمود (زوکارو، ولوکی، سارزی-پوتینی، چروبینو، لایانکا و همکاران، ۲۰۱۲). در تحقیق دیگری احمدی تبار و همکاران نشان دادند که بین تاب‌آوری و سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل ارتباط وجود دارد به‌طوری‌که با افزایش تاب‌آوری، سازگاری زناشویی نیز افزایش می‌یابد (احمدی تبار، مکوندی و سودانی، ۱۳۹۸). در تبیین نتایج این تحقیق می‌توان گفت که افراد تاب‌آور، افرادی توانا در سازماندهی مسئولیت‌های روزانه‌شان می‌باشند. این افراد نسبت به افراد آسیب‌پذیر در انطباق یافتن با تغییرات زندگی تواناترند و توانایی ایجاد و گسترش مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای را دارند که در موقعیت‌های چالش‌زا از آن‌ها حمایت می‌کند. این ویژگی‌ها سبب می‌شود که افراد تاب‌آور قدرت سازگاری بالایی در زندگی زناشویی داشته باشند و بتوانند کیفیت زندگی زناشویی خود را بهبود ببخشند و به‌تبع آن سازگاری زناشویی بیشتری را هم تجربه کنند. از این‌رو ویژگی شخصیتی تاب‌آوری امکان انطباق مؤثر زوجین با شرایط استرس‌زای زندگی زناشویی را برای زوجین فراهم می‌کند و باعث کاهش تنیدگی، نارضایتی و بهبود صلاحیت و سلامت زوجین می‌شود و همین امر نیز رضایت زناشویی آن‌ها را تقویت می‌کند (نائمی، ۲۰۱۵).

بهروزی، ن.، محمدی، ف.، و امیدیان، م. (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی، سلامت روان و سرزندگی در نوجوانان پسر عادی و بزهدار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز. *پژوهش‌های راهبردی/امنیت و نظم اجتماعی*. ۱ (۲۰): ۸۱-۹۶.

دانش، ع.، امین‌الرعایایی، پ.، و نوری پور، ر. (۱۳۹۶). رابطه سطوح تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی در زوجین ناباور تحت درمان لقاح خارج رحمی. *فصلنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی*. ۴ (۳): ۱۶۶-۱۷۴.

رسولی خورشیدی، ف.، بهرامی، م. و حسینی، ن. (۱۳۹۵). مطالعه ساختار عاملی و اعتبار مقیاس فراشناخت. *روان سنجی*. ۵ (۱۷): ۴۵-۵۴.

شیرازی، م.، منوچهری، ه.، زاغری تفرشی، م.، و زایری، ف. (۱۳۹۳). طراح‌ی و روان‌سنجی ابزار بررسی پذیرش درد مزمن در سالمندان. *بیهوشی و درد*. ۵ (۴): ۳۳-۴۷.

صدیقی ا.، صفریگی، ش.، محبی، س.، و شاه‌سیاه، م. (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با سازگاری زناشویی زوجین. *دین و سلامت*. ۲ (۱): ۴۹-۵۶.

قربانیان، ا.، محمدلو، ه.، رسولی، ر.، خوشپور، ف.، ثمری صفا، ج. و کارگربرزی، ح. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رضایت زناشویی سالمندان و پیش‌بینی مؤلفه‌های آن از طریق صمیمیت جنسی و سلامت روان در سالمندان منطقه ۱ و ۶ استان تهران. *سالنندشناسی*. ۱ (۳): ۲۹-۳۸.

کریمی، س.، و اسمعیلی، م. (۱۳۹۹). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و تاب‌آوری با سازگاری زناشویی معلمان زن. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*. ۱۹ (۸۷): ۲۹۱-۲۹۸.

کیهانی، م.، تقوایی، د.، رجبی، ا.، و امیرپور، ب. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۴ (۱۰): ۸۵۷-۸۶۵.

ناعمی، ع.م. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان، خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*. ۱ (۳): ۳۳-۴۴.

ولی‌زاده، م.، حسنونندی، ص.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، و افکار، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی فراشناخت درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و اضطراب. *مجله علوم رفتاری واجتماعی*. ۴ (۸): ۱-۱۰.

افزایش میزان رضایتمندی از زندگی فردی و خانوادگی و رضایت زناشویی خواهد بود.

با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در قالب کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی به افراد مبتلا به درد باهدف تقویت تاب‌آوری و بهبود باورهای فراشناختی در راستای افزایش کیفیت زندگی، بهبود سلامت روان و سازگاری‌های زناشویی می‌تواند بسیار مفید باشد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان اشاره نمود که از آنجایی که شرکت‌کنندگان در این پژوهش از دردهای مزمن رنج می‌بردند ممکن است درد ناشی از بیماری، میزان دقت آنان را در پاسخگویی به سؤالات کاهش داده باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر فقط محدود به بیماران استان قم است؛ بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر بیماران از شهرهای دیگر کشور باید احتیاط کرد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود در تمام مراکز درمانی که بیماران مبتلا به درد مزمن را تحت پوشش قرار می‌دهند روانشناسانی وجود داشته باشند که با ارائه خدمات مشاوره‌ای، درمان شناختی رفتاری و انواع درمان‌های فراشناخت، به بهبود وضعیت سطح رضایتمندی و سازگاری زناشویی این بیماران کمک کنند.

### سپاسگزاری

پژوهشگران بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان در پژوهش ابراز می‌دارد.

### مشارکت نویسندگان

نویسندگان به یک اندازه در ایده پردازی و نگارش مقاله سهیم بودند. همه نویسندگان محتوای نسخه خطی را تأیید کرده و در تمام جنبه‌های کار به توافق رسیده‌اند.

### تعارض منافع

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

### منابع

احمدی تبار، م.، مکوندی، ب.، و سودانی، م. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر آموزش مثبت اندیشی مبتنی بر آموزه‌های دینی با آموزش خانواده به شیوه شناختی - رفتاری بر سازگاری زوجین. ۷ (۲): ۱۲۹-۱۴۸.

آقایوسفی، ع.ر.، و بازیاری میمند، م. (۱۳۹۲). بررسی سلامت عمومی، تاب‌آوری و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی. *طب جنوب*. ۱۶ (۲): ۱۱۸-۱۲۷.



- Kumperfer, K.L. (1999). Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. *Pediatrics*, 103(52),1128-44.
- Lobban, F. Haddock, E. Kinderman, P. & Wells, A. (2002). The role of meta cognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 32(8),1351- 1363.
- Morrison, A. P. & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Wells, A. & papageorgiou, C. (2009). Relationships between worry obsessive-compulsive symptoms, and meta – cognitive beliefs. *Behavior Research and therapy*, 3,899-913.
- Whisman, M. (2000). Marital adjustment and outcome following treatment for depression. *Journal of marriage and the family*, 60,577-594.
- Zuccaro, S.M. Vellucci, R. Sarzi-Puttini, P. Cherubino, P. Labianca, R. & Fornasari, D. (2012). Barriers to Pain Management. *Clin Drug Investig*, 32(1),11-19.
- یوسفی، ن. و سهرابی، ا. (۱۳۹۲). مقایسه ی اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه ی طلاق. *مشاوره خانواده و روان درمانی*، ۱ (۲): ۱۹۲-۲۱۱.
- Alschuler Kevin N. Kratz Anna L. & Ehde Dawn, M. (2016). Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 61(1).7-18.
- Brionez, T. F. Assassi, S. Reveille, J. D. Green, C. Learch, T. Diekman, L. & Nicassio, P. (2010). Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology*, 37, 829–834.
- Brionez, T. F. Assassi, S. Reveille, J. D. Green, C. Learch, T. Diekman, L. & Nicassio, P. (2010). Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology*, 37, 829–834.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132.