

مقاله‌ی پژوهشی

نقش بخشودگی بین فردی در تاب‌آوری و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن

خلاصه

مقدمه: در پی علاقه‌افزاینده به روان‌شناسی مثبت‌گرا، در سال‌های اخیر، پژوهش‌های مربوط به بخشودگی و ارتباط آن با سلامت، رشد سریعی داشته‌اند. هم‌راستا با این مطالعات، هدف مطالعه‌ی حاضر نیز بررسی نقش بخشودگی بین فردی در پیش‌بینی تاب‌آوری و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن بود.

روش کار: در این پژوهش توصیفی-همبستگی ۲۱۸ بیمار مبتلا به درد مزمن از چند مرکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۳ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش، سه پرسش‌نامه‌ی مقیاس بخشودگی بین فردی (IFI)، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویسون (CD-RISC) و سیاهه‌ی چندوجهی درد مزمن (MPI) بود. داده‌ها با روش آماری ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ تحلیل شدند.

یافته‌ها: بخشودگی بین فردی با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به درد مزمن، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری داشته ($P < 0/05$) در حالی که با شدت درد و سن این بیماران ارتباط معنی‌داری نداشت. هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مولفه‌های بخشودگی بین فردی می‌توانند ۴۲ درصد نمرات تاب‌آوری را بیماران مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج این مطالعه، گسترش فهم مفاهیم سازگاری مثبت هم-چون بخشودگی بین فردی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به درد مزمن، کمک‌کننده است.

واژه‌های کلیدی: بخشودگی، تاب‌آوری، درد مزمن

مجید صفاری‌نیا

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*نرگس محمدی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

حمید افشار

دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*مؤلف مسئول:

مرکز تحقیقات روان‌تنی، پژوهشکده، خیابان شریعی، خیابان حکیم نظامی، اصفهان، ایران

nargesmohammadi53@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۴/۰۱/۲۳

تاریخ تایید: ۹۴/۱۲/۱۱

پی‌نوشت:

این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است و هیچ گونه ارتباطی با منافع نویسندگان نداشته است. از تمام پزشکان، کارکنان مراکز درمانی و بیمارانی که در انجام این پژوهش یاری کردند، قدردانی می‌گردد.

مقدمه

فردی یاد گرفته شود و بهتر است به عنوان یک فرایند در نظر گرفته شود تا این که یک ویژگی شخصیتی ثابت محسوب شود (۱۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد، افراد مبتلا به درد مزمن دارای تاب‌آوری بالا در حیطه‌های رفتاری و شناختی نسبت به درد مثل راهکارهای مقابله‌ای درد، نگرش به درد، تمایل به فاجعه‌سازی و الگوی استفاده از خدمات مراقبتی سلامتی و دارویی عملکرد بهتری دارند (۱۵، ۱۶). هم‌چنین ساز و کارهای تاب-آوری می‌تواند ارتباط بین درد و پیامدهای آن را از طریق نیرومندسازی پاسخ‌های مقابله‌ای به درد تعدیل کنند. بنابراین تاب‌آوری نقش میانجی در بین ارتباطات درد و پیامدهای مربوط به سلامتی و بهزیستی بازی می‌کند (۱۷).

رایف و سینگر^۵ معتقدند، بین تنش‌ها و تجربیات منفی زندگی، شخصیت و عوامل رفتاری هم‌چون پیامدهای طبی و رفتاری، یک پیوند وجود دارد. بنابراین برای گسترش فهم تاب‌آوری و مقاومت درباره‌ی بیماری، نیاز به تحقیقاتی است که روی سلامت روان مثبت به عنوان یک پل ارتباطی بین عوامل رفتاری، محیطی و روانی اجتماعی تمرکز کنند (۱۸). مک‌وین^۶ نیز عقیده دارد، نحوه‌ی مدیریت هیجانات منفی مثل خشم، رنجش و ترس یک عامل مربوط به تاب‌آوری و سلامت روانی مثبت است. بنابراین نیاز است که ویژگی‌های ارتقادنده‌ی سلامت روان مثبت، شناسایی شوند (به نقل از ۱۹).

یکی از مفاهیمی که به نظر می‌رسد در ایجاد سلامت روان مثبت نقش دارد، بخشودگی بین فردی^۷ است. با این که در مقایسه با تحقیقات تقریباً پنجاه ساله در زمینه‌ی تاب‌آوری، حوزه‌ی تحقیقات در زمینه‌ی بخشودگی تقریباً جوان است و فقط طی بیست سال گذشته دانشمندان علوم اجتماعی به بخشودگی توجه جدی داشته‌اند (۱۰) اما جایگاه ویژه-ای در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌گرا به عنوان یک راه حل برای کاهش تأثیرات زیان‌بار خطاهای بین فردی و ایجاد سازگاری مثبت پیدا کرده است. البته ریشه‌ی بخشودگی از همان ابتدا به اعتقادات مذهبی در بین مذاهب مختلف از جمله اسلام، یهودیت، مسیحیت و بودایی برمی‌گردد که معتقدند، انسان توسط خدا بخشیده می‌شود، بنابراین باید خطاکاران را بخشید (۲۰). بخشودگی، یک انتخاب آزادانه برای رها کردن انتقام و خشم نسبت به کسی است که باعث آزار شده و تلاش برای پاسخ سخاوتمندانه، دلسوزانه و همراه با مهربانی به آن شخص است (۲۱). البته بخشودگی به معنای انکار، تبرئه، کوچک کردن یا فراموش کردن اشتباهات آن فرد نیست (۲۲). هر چند بخشودگی قبلاً به طور محدودی در ادبیات تحقیق تاب‌آوری راه یافته است (۲۳)، به طور مثال، ولین و

درد مزمن از شرایط مزمن سلامتی است که امروزه به عنوان یک مشکل جهانی مطرح است. در ایران ۹ تا ۲۱ درصد جمعیت بزرگسال (۱) و در جهان ۱۵ تا ۴۶/۵ درصد جمعیت عمومی (۲، ۳) از درد مزمن رنج می‌برند. درد مزمن به دلیل ویژگی عود و مستمر بودن، علت مراجعات مکرر افراد نسبتاً زیادی به سیستم درمانی می‌باشد که غیر از تحمیل هزینه‌های بالا، مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی را به همراه دارد (۴). از طرفی درمان قطعی برای آن وجود ندارد و اغلب راهکارهای درمانی با شکست مواجه می‌شود (۳)، بنابراین هر گونه تحقیق در زمینه‌ی سازگاری و عملکرد بهتر این بیماران، اطلاعات ارزشمندی فراهم می‌کند.

در سال‌های اخیر کاربرد رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا^۱ در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی سلامت از جمله بیماری‌های مزمن توجه پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده است، به نحوی که هر روز پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌های پژوهشی و درمانی این رویکرد به چشم می‌خورد. در روان‌شناسی مثبت‌گرا روی استعداد و توانمندی انسان به جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود. بنابراین عواملی که بیشترین تطابق با نیازها و تهدیدهای آدمی را موجب می‌شوند، موضوعات کلیدی این رویکرد می‌باشند (۵).

اکنون مفاهیم سازگاری متعددی هم‌چون خوش‌بینی (۶)، امید (۷)، کیفیت زندگی (۸)، خردمندی و شادی (۹) در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌گرا مطرح شده است. تاب‌آوری روان‌شناختی^۲ نیز یک مفهوم کلیدی در این حوزه است. با تحقیقات غنی در زمینه‌ی تاب‌آوری کودکان در دهه‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰، علاقه‌ی مجدد به سازگاری و روان‌شناسی مثبت آغاز شد و اکنون، درباره‌ی مفید بودن نظریات و کاربردهای تاب‌آوری برای عموم نسبتاً قطعیت وجود دارد (۱۰).

تاب‌آوری به عنوان توانایی سازگاری موفق با عوامل تنش‌زا و حفظ بهزیستی روان‌شناختی در مواجهه با مصیبت‌ها تعریف می‌شود (۱۱). به عبارتی، تاب‌آوری حاصل از توانایی افراد برای تعامل با محیط و فرایندهایی است که هم بهزیستی را بالا می‌برد و هم فرد را بر علیه مغلوب شدن در برابر عوامل خطر محافظت می‌کند (۱۲). یهودا و همکاران^۳ تاب‌آوری روان‌شناختی را به عنوان یک منبع سرشتی نسبتاً ثابت می‌دانند که با توانایی یک فرد در بیرون آمدن از یک تجربه‌ی منفی یا مصیبت بزرگ مشخص می‌شود (۱۳). در حالی که راتر^۴ معتقد است که تاب‌آوری یک توانایی کمیاب نیست و می‌تواند توسط هر

¹Positive Psychology²Psychological Resilience³Yehuda⁴Rutter⁵Ryff and Singer⁶McEwen⁷Forgiveness

تداعی بعضی از متغیرهای بخشودگی و درد را میانجی می‌کند (۳۷). از طرفی ممکن است بخشودگی ساز و کار مهمی در تعدیل جنبه‌های شناختی درد مزمن باشد و محتوای تفکر، احساسات، رفتار و پاسخ به آن را تعدیل کند (۳۸).

حال با توجه به این که مطالعات محدودی در زمینه‌ی ارتباط بخشودگی با تاب‌آوری وجود دارد و اکثر مطالعات انجام شده در جمعیت غیر بالینی است، نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه است. هم‌چنین با توجه به این که سازگاری مثبت در بیماران مبتلا به درد مزمن، نقش مهمی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها دارد، به نظر می‌رسد تحقیق در مورد سازه‌های روان‌شناسی مثبت هم‌چون تاب‌آوری و بخشودگی بین فردی در این بیماران ضروری است. لذا این مطالعه با هدف بررسی نقش بخشودگی بین فردی در پیش‌بینی تاب‌آوری و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد.

روش کار

تحقیق حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است و جامعه‌ی آماری تحقیق را تمام بیماران مبتلا به درد مزمن تشکیل می‌داند که یا تحت درمان در چندین مرکز درمانی در شهر اصفهان بودند و یا از طرف پزشکان اغلب متخصص روماتولوژی، ارتوپدی یا مغز و اعصاب جهت ارزیابی به چند مرکز تصویربرداری عصبی در شهر اصفهان به مدت ۷ ماه از خرداد تا آذر سال ۱۳۹۳ ارجاع شده بودند. نمونه‌گیری تحقیق به صورت در دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، درد حداقل به مدت ۶ ماه و نداشتن بیماری‌های عفونی خطرناک یا جسمی بدخیم مانند سرطان، نارسایی کبد یا کلیه، ایدز و هپاتیت بود. هم‌چنین معیارهای خروج نداشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش و نقص در پرسش‌نامه‌ها بود. معیارهای اخلاقی پژوهش طبق ضوابط کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رعایت شد.

شرکت‌کنندگان پس از اخذ رضایت کتبی و ارایه‌ی توضیح راجع به محرمانه بودن اطلاعات و به‌کارگیری آن‌ها در جهت اهداف پژوهشی و هم‌چنین توضیح راجع به نحوه‌ی پاسخگویی به سئوالات به پرسش‌نامه پاسخ دادند. با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه ۲۴۰ بیمار مطابق با ۲۰۰ نفر بود که بر اساس حدس ریزش نمونه ۲۴۰ بیمار مطابق با معیارهای ورود در پژوهش شرکت داده شدند. اطلاعات ۲۲ بیمار به علت معیارهای خروج یا پرسش‌نامه‌ی ناقص حذف شد و در نهایت اطلاعات حاصل از ۲۱۸ بیمار مبتلا به درد مزمن (۱۵۵ زن و ۶۳ مرد) بررسی شدند.

ابزار پژوهش

ولین^۱ اظهار کردند که نیاز افراد تاب‌آور در تجربیات درد‌آور این است که اجازه بدهند تلخی‌ها بروند و شفا را جستجو کنند (۲۴) اما فقط در چند سال اخیر، مطالعات محدودی به طور مستقیم به بررسی ارتباط بخشودگی با تاب‌آوری پرداخته‌اند (۱۰، ۱۹، ۲۵). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که بخشودگی نقش معنی‌داری در افزایش تاب‌آوری دارد. برویس^۲ معتقد است که پیوند بین بخشودگی و تاب‌آوری، استدلال‌هایی برای روان‌شناسی مثبت‌گرا فراهم می‌کند (۲۵).

علاوه بر این، نتایج اکثر مطالعات انجام شده در زمینه‌ی بخشودگی نشان می‌دهد که بخشودگی بین فردی با کاهش پریشانی‌های روان-شناختی و هیجانات منفی مثل خشم و رنجش و افزایش هیجانات مثبت ارتباط دارد (۲۹-۲۶). فیتزگیبونز^۳ اظهار داشت، افرادی که می‌بخشند، می‌توانند خشم و رنجشی را که عموماً همراه با اضطراب، افسردگی و دیگر اختلالات هیجانی است، کاهش دهند. او در سراسر کارهای بالینی و تحقیقی خود، به این نتیجه رسید که بخشودگی، یک مفهوم عاطفی مهم برای کاهش خشم در اختلالات مختلف است (۳۰). هم‌چنین نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد که بخشودگی بین فردی نه تنها در سلامت روان (۲۸، ۲۹، ۳۱) بلکه به واسطه‌ی کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی در سلامت جسمی (۳۱-۲۹، ۳۳) و سالم‌زدگی کردن (۳۴) به طور کلی نقش دارد. هم‌چنین نتایج مطالعات تجربی نشان می‌دهد که بخشودگی در کاهش واکنش تنش نقش دارد (۳۵). ورثینگتون^۴ و همکاران یک مدل نظری ارایه دادند که در آن عدم بخشودگی دیگران یک عامل تنش‌زا همراه با هیجانات منفی و بخشودگی به عنوان یک مهارت مقابله‌ای هیجان‌مدار محسوب می‌شود که با تاثیر مستقیم روی فرایندهای فیزیولوژیکی و تاثیر غیر مستقیم از طریق ارتقای عوامل تاثیرگذار در سلامتی مثل حمایت اجتماعی، کیفیت ارتباط و مذهب در پیامدهای سلامتی نقش دارد. البته این پژوهشگران معتقدند که برای تایید این مدل به خصوص تاثیر روی سلامت جسمی نیاز به مطالعات پیشتر از جمله مطالعات طولی می‌باشد (۳۶).

در همین راستا، مطالعات محدودی، نقش بخشودگی را در دشواری‌های روان‌شناختی و درد بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی کرده‌اند (۳۷، ۳۸). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد، بیمارانی که نمرات بالاتری در متغیرهای بخشودگی دارند، سطوح پایین‌تری از درد (۳۷)، خشم و دشواری‌های روان‌شناختی (۳۷، ۳۸) را گزارش کرده‌اند. هم‌چنین حالت خشم تداعی بین بخشودگی و دشواری‌های روان‌شناختی و هم‌چنین

¹Wolin and Wolin

²Broyles

³Fitzgibbons

⁴Worthington

الف- مقیاس بخشودگی بین فردی^۱ (*IFI*): یک پرسشنامه‌ی ۲۵ سئوالی است که توسط احتشام‌زاده و همکاران در ایران به منظور سنجش بخشودگی بین فردی تهیه شده است. دارای ۳ خرده‌مقیاس ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی (۱۲ سئوال، کنترل رنجش (۶ سئوال)، درک و فهم واقع‌بینانه (۷ سئوال) می‌باشد. نمره‌بندی سئوال‌ات بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت برای ۷ سئوال آخر یعنی سئوال‌ات ۱۹ تا ۲۵ به شکل کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، موافق (۳) و کاملاً موافق (۴) انجام می‌شود و سایر سئوال‌ات به شکل معکوس می‌باشند. به این ترتیب حداکثر نمره برای کل مقیاس ۱۰۰ و حداقل ۲۵ می‌باشد. کسب نمره‌ی بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده‌ی توانایی بالا برای بخشودن خطای دیگران است. احتشام‌زاده و همکاران، ضریب پایایی آن بر اساس ضریب بازآزمایی برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن را به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۶۸ و ۰/۵۸ و بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۶ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند (۳۹). در این پژوهش پایایی کل مقیاس و خرده‌آزمون‌های آن بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۵۸ و ۰/۵۵ به دست آمد.

ب- مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویسون^۲ (*CD-RISC*): یک پرسش‌نامه‌ی ۲۵ سئوالی است که توسط کانر و دیویسون برای اندازه‌گیری توانایی سازگاری با تنش ساخته شده است. نمره‌بندی سئوال‌ات آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بین صفر (اصلاً) تا ۴ (همیشه) می‌باشد.

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی اولیه نشان می‌دهد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غریز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تایید کرده است ولی چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطع تایید نشده است، در حال حاضر فقط نمره‌ی کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (۴۰). در ایران، نسخه‌ی فارسی آن توسط محمدی در سال ۱۳۸۴ هنجاریابی شده است و در پژوهش‌های مختلف اعتبار و پایایی آن تایید شده است (۴۱). در این پژوهش پایایی درونی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است.

ج- سیاهه‌ی چندوجهی درد مزمن^۳ (*MPI*): پرسشنامه‌ی چندوجهی درد توسط کرنز و همکاران^۴ (۱۹۸۵) بر اساس نظریه‌ی شناختی-رفتاری درد، طراحی شده و پایایی و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است. این پرسش‌نامه شامل سه بخش مستقل می‌باشد که هر بخش شامل چندین

جدول ۱- درصد فراوانی محل درد، نوع گزارش درد و تعداد محل-

متغیر	تعداد موارد گزارش شده	درصد فراوانی
محل درد	۴۱	۱۰
سر	۱۴۰	۳۵
ستون فقرات	۲۰۲	۴۹
دست و پا	۱۴	۴
قفسه سینه		

نتایج جمعیت‌شناختی نمونه‌ی آماری نشان می‌دهد که اکثر نمونه‌ی پژوهش را زنان (۷۱٪)، متاهلین (۷۴٪) با میانگین سنی ۴۲ سال (و انحراف معیار ۱۰/۸۰ سال) و میانگین مدت ابتلا به درد مزمن ۵/۶ سال (انحراف معیار ۵/۶ سال) تشکیل می‌دادند. هم‌چنین از نظر تعداد و درصد فراوانی محل درد، نوع درد و داشتن هم‌زمان درد در چند محل، اطلاعات در جدول ۱ ارایه شده است که همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد، بیشترین فراوانی محل درد مربوط به اندام‌های دست و پا (۴۹٪) و بیشترین نوع کیفیت درد گزارش شده توسط بیماران، گرفتگی یا اسپاسم (۳۶٪) بوده است. هم‌چنین بیشتر بیماران (۴۵٪) درد را فقط در یک محل از بدن خود گزارش کرده‌اند.

د- مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویسون^۲ (*CD-RISC*): یک پرسش‌نامه‌ی ۲۵ سئوالی است که توسط کانر و دیویسون برای اندازه‌گیری توانایی سازگاری با تنش ساخته شده است. نمره‌بندی سئوال‌ات آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بین صفر (اصلاً) تا ۴ (همیشه) می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی اولیه نشان می‌دهد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غریز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تایید کرده است ولی چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطع تایید نشده است، در حال حاضر فقط نمره‌ی کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (۴۰). در ایران، نسخه‌ی فارسی آن توسط محمدی در سال ۱۳۸۴ هنجاریابی شده است و در پژوهش‌های مختلف اعتبار و پایایی آن تایید شده است (۴۱). در این پژوهش پایایی درونی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است.

ج- سیاهه‌ی چندوجهی درد مزمن^۳ (*MPI*): پرسشنامه‌ی چندوجهی درد توسط کرنز و همکاران^۴ (۱۹۸۵) بر اساس نظریه‌ی شناختی-رفتاری درد، طراحی شده و پایایی و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است. این پرسش‌نامه شامل سه بخش مستقل می‌باشد که هر بخش شامل چندین

¹Interpersonal Forgiveness Inventory

²Connor-Davidson Resilience Scale

³Multidimensional Pain Inventory

⁴Kerns

بحث

انعطاف‌پذیری شناختی، مقابله‌ی فعال (شامل مقابله‌ی مذهبی یا معنویت)، حمایت اجتماعی، همدلی و صمیمیت، توانایی تنظیم هیجانات منفی و تسلط را در تاب‌آوری این افراد موثر دانستند (۱۳) که به نظر می‌رسد بخشودگی بین فردی و حتی بخشودگی در رسیدن به برخی از این ویژگی‌ها نقش دارد. در واقع، سازه‌های بخشودگی و تاب‌آوری، یک ماهیت مشترک دارند و آن، توانایی تفکر و عمل فرد، به طریقی است که موقعیت‌ها و ارتباطات منفی را اصلاح کرده و زخم‌ها را التیام بخشد (۱۰).

هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داد که بخشودگی بین فردی و هیچ کدام از مولفه‌هایش با شدت درد در بیماران درد مزمن، ارتباط معنی‌داری ندارند، در حالی که تاب‌آوری با شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن در حد پایین و معنی‌داری ارتباط معکوس دارد. به صورتی که هر چه تاب‌آوری در این بیماران افزایش یابد، شدت درد آن‌ها کاهش می‌یابد. یافته‌های مطالعه با نتایج مطالعات محدود در درد مزمن که نشان داده‌اند، بخشودگی با کاهش درد این بیماران همبستگی دارد، هماهنگ نبود (۳۷). بر اساس نظریه‌ی طبق کنترل دروازه‌ای درد، درون‌داده‌های نورو-های نزولی و مرکزی درد می‌تواند توسط هیجانات مثبت و منفی تغییر کند. به نحوی که هیجانات منفی می‌توانند شدت درد را افزایش و هیجانات مثبت، شدت درد را کاهش دهند (۴۸). بنابراین ممکن است طبق این نظریه، بخشودگی به صورت غیر مستقیم در شدت درد نقش داشته باشد. بر اساس نتایج مطالعات قبلی (۳۷، ۳۸) بخشودگی از طریق کاهش خشم و ناراحتی‌های روان‌شناختی با کاهش درد، ارتباط دارد. در تحقیق حاضر مشخص شد که تاب‌آوری با کاهش شدت درد ارتباط دارد و بنابراین ممکن است بخشودگی بین فردی از طریق تاب‌آوری در کاهش شدت درد نقش داشته باشد. نتایج مطالعه‌ای نشان می‌دهد که بخشودگی روی سلامتی از طریق مسیریایی چون حمایت اجتماعی تاثیر غیر مستقیم دارد (۲۹). به هر حال این یک حدس منطقی، بیش نیست و نیاز به تحقیق بیشتری دارد. از طرفی مطالعات محدود در این زمینه، مقایسه و بحث را با اشکال روبه‌رو می‌کند.

یافته‌های جانبی تحقیق نیز نشان داد که سن بیماران ارتباط معنی‌داری با میزان بخشودگی بین فردی و تاب‌آوری ندارد. این یافته با مطالعه‌ی قبلی در سالمندان که نشان می‌دهد بالا رفتن سن با افزایش تاب‌آوری و بخشودگی بین فردی تداومی ندارد (۲۵)، هماهنگ است. البته این یافته، مخالف تفکر کلیشه‌ای نقش بالا رفتن سن در تاب‌آوری و بخشودگی بین فردی است. به هر حال برای نتیجه‌گیری و تایید نتایج تحقیق در مورد ارتباط سن با بخشودگی بین فردی و تاب‌آوری تحقیقات بیشتری لازم است.

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی نقش بخشودگی بین فردی در پیش‌بینی تاب‌آوری و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین بخشودگی بین فردی و تمام مولفه‌های آن (ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی، کنترل رنجش و درک و فهم واقع‌بینانه) با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به درد مزمن، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

علاوه بر این نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بخشودگی بین فردی در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است و تمام مولفه‌های بخشودگی بین فردی از جمله ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی، کنترل رنجش و درک و فهم واقع‌بینانه در این پیش‌بینی نقش موثری دارند. به نحوی که مولفه‌های بخشودگی بین فردی می‌توانند ۴۲ درصد افزایش تاب‌آوری را در این بیماران پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های محدودی که نشان داده‌اند که بخشودگی تداومی معنی‌داری با تاب‌آوری دارد (۱۰، ۱۹، ۲۵) هماهنگ است. این مطالعات در جمعیت‌های غیر بالینی هم‌چون نوجوانان، زنان و سالمندان انجام شده و نتایج همگی حاکی از نقش بخشودگی در افزایش تاب‌آوری است. هم‌چنین در مطالعاتی به پیوند بین تاب‌آوری و بخشودگی اشاره شده است (۸، ۳۶، ۴۴) که یافته‌های پژوهش با این مطالعات نیز هماهنگ است. در تبیین می‌توان گفت که تداومی بین بخشودگی بین فردی و تاب‌آوری دور از انتظار نیست زیرا هر دو سازه در روان‌شناسی مثبت‌گرا به عنوان مفاهیمی مهم در سازگاری و توانمندی انسان مطرح شده‌اند (۱۰، ۲۰، ۴۵). هم‌چنین بخشودگی نیز به عنوان یک راه حل بالقوه برای کاهش تاثیرات زیان‌بار خطاهای بین فردی و از طرفی با شکل دادن و نگه داشتن ارتباطات سالم، یک تسهیل‌کننده‌ی سازگاری مثبت است. هم‌چنین افرادی که تمایل بیشتری به بخشودگی در روابط دارند، احساس رضایت، صمیمیت و تعهد بیشتری دارند (۴۶). بنابراین بخشودگی یک پدیده‌ی جامعه‌پسند قدرتمند است که با ایجاد ارتباط سالم به زندگی اجتماعی انسان کمک می‌کند (۱۰). محققان معتقدند، تاب‌آوری در عمق مراحل مدل فرایند بخشودگی وجود دارد. در بخشودگی، نه تنها نزدیک شدن ارتباط به بخشودن فرد خطا کار کمک می‌کند، بلکه بازسازی ارتباط بعد از خطا را نیز تسهیل می‌کند (کنترل انتقام‌جویی و ارتباط مجدد). هم‌چنین در بخشودگی، پیدا کردن معنا برای فرد یا دیگرانی که مبتلا به رنج هستند و فهمیدن این که ممکن است یک هدف جدید در زندگی به دلیل آسیب پیدا کند (درک و فهم واقع‌بینانه) وجود دارد (۴۷). از طرفی، در تحقیقات اولیه‌ی تاب‌آوری، به عنوان موج اول، روی بازماندگان موقعیت‌های خطرناک، ویژگی‌هایی چون عاطفه‌ی مثبت، خوش‌بینی،

افزایش تاب‌آوری طراحی شود که مبتنی بر بخشودگی بین فردی باشد و تاثیر آن در تاب‌آوری و سلامت جسمی و روانی هم جمعیت غیر بالینی و هم بالینی به ویژه بیماران مبتلا به درد مزمن بررسی شود.

نتیجه‌گیری

در کل نتایج تحقیق نشان داد که بخشودگی بین فردی و تمام مولفه‌های آن شامل ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی، کنترل رنجش و درک و فهم واقع‌بینانه در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن نقش دارند. در حالی که هیچ ارتباط معنی‌داری بین بخشودگی بین فردی و شدت درد این بیماران وجود ندارد. بنابراین، نتایج این مطالعه برای گسترش دانش محدود در زمینه تاب‌آوری روان‌شناختی و بخشودگی بین فردی به عنوان مهارت‌های مقابله‌ای مشارکت‌کننده در پیامدهای مثبت سلامتی، اطلاعات ارزشمندی فراهم می‌کند.

در مطالعه‌ی حاضر محدودیت‌هایی نیز وجود داشت که تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق را با احتیاط روبه‌رو می‌کند. از مهم‌ترین آن‌ها، نمونه‌گیری غیر تصادفی، محدود بودن نمونه‌ها به چند مرکز درمانی در شهر اصفهان، عدم بررسی متغیرهای واسطه‌ای هم‌چون سلامت روان، محدود بودن تحقیقات مشابه به ویژه در جمعیت بالینی و درد مزمن و استفاده از یک ابزار سنجش بخشودگی بین فردی متفاوت از تحقیقات قبلی می‌باشد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود، در این زمینه با توجه به رفع نقایص این تحقیق و هم‌چنین در نظر گرفتن متغیرهای احتمالی که ممکن است در این دو متغیر بخشودگی بین فردی و تاب‌آوری نقش داشته باشند مثل متغیرهای روان‌شناختی، جمعیت‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی، در آینده تحقیقات مشابه بیشتری انجام شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود، مداخلاتی برای

References

1. Asghari Moghadam MA, Karami B, Rezaei S. [The prevalence rates of lifetime pain and chronic pain in two small cities in Iran]. *Journal of psychology* 2002; 6(1): 30-51b. (Persian)
2. Harstall C. How prevalent is chronic pain? *Pain: Clinical Updates* 2003; 11(2): 1-4.
3. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain* 2001; 89: 127-34.
4. Edwards CL, Fillingim RB, Keefe F. Race, ethnicity and pain. *Pain* 2001; 94(2): 133-7.
5. Campbell-sills L, Cohen ShL, Stein MB. Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther* 2006; 44: 585-99.
6. Seligman MEP. *Learned optimism*. New York: Knopf; 1991: 19-21.
7. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. Hope theory: A member of the positive psychology family. In: Snyder SR, Lopez SJ. (editors). *The handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press; 2002: 257-76.
8. King L. The role of resiliency, interpersonal relationship restoration, and quality of life for persons in the process of divorce. *Dissert Abstr Int* 2000; 61(9-A): 3474.
9. Snyder SR, Lopez SJ. *The handbook of positive psychology*. London: Oxford University; 2002: 325-50.
10. Anderson MA. The relationship among resilience, forgiveness, and anger expression in adolescents. [cited 2006 May]. Available from: URL; <http://digitalcommons.library.umaine.edu/etd/416>.
11. Haglund ME, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Dev Psychopathol* 2007; 19: 889-920.
12. Zautra AJ, Hall JS, Murray KE. Resilience: A new definition of health for people and communities. *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford; 2010: 3-34.
13. Yehuda R, Flory JD, Southwick S, Charney DS. Developing an agenda for translational studies of resilience and vulnerability following trauma exposure. *Ann New York Acad Sci* 2006; 1071: 379-96.
14. Rutter M. Developing concepts in developmental psychopathology in Hudziak JJ, editor. *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2008: 3-22.
15. Karoly P, Ruehlman LS. Psychological resilience and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain* 2006, 123: 90-97.
16. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging* 2010; 25(3): 516-23.
17. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med* 2008; 15: 194-200.
18. Ryff CD, Singer B. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Pers Soc Psychol Rev* 2000; 4(1): 30-44.
19. Faison MW. The relationship of forgiveness to psychological resilience and health among African American women. Available from: URL: <http://gradworks.umi.com/32/55/3255612.html>.
20. McCullough ME, Pargament KL, Thoresen CE. The psychology of forgiveness: History, conceptual issues, and overview. In: McCullough ME, Pargament K, Thoresen CE. (editors). *Forgiveness: Theory, research, and practice*. New York: Guilford; 2000: 1-14.

21. Enright RD, Freedman S, Rique J. The psychology of interpersonal forgiveness. In: Enright RD, North J. (editors). *Exploring forgiveness*. Madison, WI: University of Wisconsin; 1998: 46-62.
22. Tuck I, Anderson L. Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Ment Health Nurs* 2014; 35: 277-82.
23. Sheffield JC. An investigation of the relationships between forgiveness, forgiveness, religiosity, religious coping, and psychological well-being. Brigham Young University. *Dissert Abstr Int* 2003; 64(02B): 974.
24. Wolin S J, Wolin S. *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books; 1993.
25. Broyles LC. Resilience: Its relationship to forgiveness in older adults. [cited 2005 May]. Available from URL: http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1868
26. Witvliet CVO, Ludwig TE, Vander Laan KL. Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychol Sci* 2001; 12: 117-23.
27. Reed G L, Enright RD. The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *J Consult Clin Psychol* 2006; 7: 920-9.
28. Macaskill A. Differentiating dispositional self-forgiveness from other forgiveness: Associations with mental health and life satisfaction. *J Soc Clin Psychol* 2012; 31(1): 28-50.
29. Green M, Decourville N, Sadava S. Positive affect, negative affect, stress, and social support mediators of the forgiveness-health relationship. *J Soc Psychol* 2012; 152(3): 288-307.
30. Fitzgibbons RP. The cognitive and emotional uses of forgiveness in the treatment of anger. *Psychotherapy* 1986; 23: 629-33.
31. Toussaint LL, Owen AD, Cheadle A. Forgive to live: Forgiveness, health, and longevity. *J Behav Med* 2012; 35: 375-86.
32. Worthington EL, Witvliet CVO, Pietrini P, Miller AJ. Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgiveness, and reduced unforgiveness. *J Behav Med* 2007; 30: 291-302.
33. Zechmeister JS, Garcia F, Romero C, Vas SN. Don't apologize unless you mean it: An empirical investigation of determinants of forgiveness. *J Soc Clin Psychol* 2004; 23: 532-64.
34. Enright RD, Gassin EA, Wu CR. Forgiveness: a developmental view. *J Moral Educ* 1992; 21(2): 99-114.
35. Berry JW, Worthington EL. Forgiveness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *J Couns Psychol* 2001; 48: 447-55.
36. Worthington EL, Scherer M. Forgiveness is an emotion focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychol Health* 2004; 19(3): 385-405.
37. Carson JW, Keefe FJ, Goli V, Fras AM, Lynch TR, Thorp SR, et al. Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress. *J Pain* 2005; 6(2): 84-91.
38. Dewar G, Burke ALJ, Winefield H, Strelan P. Forgiveness, psychological distress and chronic pain: have we missed something? *Anaesth Intensive Care* 2012; 40 (3): 536.
39. Ehteshamzadeh P, Ahadi H, Enayati MS, Heidari A. [Construct and validation of a scale for measuring interpersonal forgiveness]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2011; 16(4): 443-55. (Persian)
40. Conner M, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18: 76-82.
41. Mohammadi M. [Factors effecting on resilience in individuals with substance abuse]. Dissertation. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation, 2005. (Persian)
42. Kerns RD, Rosenberg R, Jacob MC. Anger expression and chronic pain. *J Behav Med* 1985; 17: 57-67.
43. Asghari A, Golak N. [Psychometric properties of multidimensional pain inventory amongst Iranian chronic pain patients]. *Psychology* 2008; 12(1): 50-72. (Persian)
44. Peddle NA. Forgiveness in recovery/resiliency from the trauma of war among a selected group of adolescents and adult refugees. *Dissert Abstr Int* 2001; 62(2252): 5-B.
45. Masten AS, Reed MJ. Resilience in development. In: Snyder CR, Lopez SJ. (editors). *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University; 2002: 74-88.
46. McCullough ME, Witvliet C. The psychology of forgiveness. In: Snyder CR, Lopez SJ. (editors). *Handbook of positive psychology* London: Oxford University; 2002: 446-58.
47. McCullough ME, Rache KC, Sandage SJ, Worthington EL, Brown SW, Hight TL. Interpersonal forgiving in close relationships II: Theoretical elaboration and measurement. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75(6): 1586-603.
48. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain* 1991; Suppl 6: S121-6.