

مقاله اصلی

نقش تعدیل کننده توانمندی شناختی در رابطه استرس ادراک شده با اختلالات روان تنی در زنان مبتلا به دردهای مزمن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۶

خلاصه

مقدمه: اختلالات روان تنی با عوامل روان شناختی و افزایش منابع استرس زا در دنیای امروزی، مرتبط بوده و به صورت چشم گیری در حال افزایش می باشند. پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش تعدیلی توانمندی شناختی در رابطه استرس ادراک شده با اختلالات روان تنی در زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای دردهای مزمن در سال ۱۳۹۹ در شهر اهواز بودند. نمونه آماری شامل ۲۰۷ نفر از گروه مذکور بودند که به روش نمونه گیری هدفمند با ملاک ورود و خروج از بین مراجعه کنندگان به چند مرکز درمانی و روان شناختی انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه توانایی های شناختی نجاتی" (NCAQ)، "مقیاس استرس ادراک شده" (PSS) و "پرسشنامه علائم روان تنی در زمینه غیربالینی موهر" (MPSNCQ) استفاده شد. داده ها از طریق همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد بین استرس ادراک شده و اختلالات روان تنی رابطه معناداری ($p < 0/01$) $r = 0/784$ ، بین توانمندی شناختی و اختلالات روان تنی ($p < 0/01$) $r = -0/587$ و استرس ادراک شده با توانمندی شناختی ($p < 0/01$) $r = -0/448$ ، رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین یافته های تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی، نقش تعدیلگر توانمندی شناختی ($p < 0/01$) $\beta = 0/192$ در رابطه بین استرس ادراک شده و اختلالات روان تنی را تایید کردند.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر بر نقش تعدیل کننده توانمندی شناختی و اهمیت آن در رابطه استرس ادراک شده با اختلالات روان تنی تأکید دارد. بنابراین با کاهش نقص در توانمندی شناختی افراد و دادن آموزش ها و آگاهی های لازم، می توان تأثیر بسزایی در بهبود علائم افراد دارای اختلالات روان-تنی گذاشت.

کلمات کلیدی: اختلالات روان تنی، توانمندی شناختی، استرس ادراک شده، زنان مبتلا به درد مزمن

مریم باغبان زاده^۱

سحر صفرزاده^{۲*}

^۱گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۲گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: s.safarzadeh1152@iau.ac.ir

مقدمه

درد مزمن^۱ یکی از رایج‌ترین علل مراجعه به مراکز خدمات پزشکی اولیه بوده (۱) و از جمله مشکلاتی است که در آن میزان درد تجربه شده توسط بیمار شدیداً آزار دهنده می باشد (۲) و از این رو همیشه به عنوان معضلی بزرگ در جهان پزشکی بوده است و امروزه در حال تبدیل شدن به یک چالش عمده در سراسر جهان است (۳). بر پایه‌ی تعریف انجمن درد، درد تجربه هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و یا بالفعل بافتی توصیف شده و چنین آسیبی از عوامل چندگانه‌ای شناختی، عاطفی و محیطی تأثیر می‌پذیرد (۴). این مؤلفه از نظر طول مدت به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می‌شود، که معمولاً یک دوره ۳ تا ۶ ماهه را به عنوان ملاک تشخیصی برای آن در نظر می‌گیرند و اگر ادامه پیدا کند به درد مزمن تبدیل می‌شود (۵) و حتی فشارهای عاطفی و روانی بسیاری را به همراه دارد و یک تجربه روان‌شناختی پیچیده است (۶). افراد مبتلا به درد مزمن، پریشانی روان‌شناختی قابل توجهی را تجربه می‌کنند و از این رو ارزیابی پیامدهای ناشی از درد مزمن در پژوهش و محیط بالینی مهم می‌باشد (۷). میزان شیوع درد مزمن در گروه زنان و مردان بصورت یکسان دیده می‌شود ولی در تحقیقات مشخص شده که در گروه زنان درد مزمن با عوامل روان‌شناختی مانند کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی مرتبط بوده و با درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر شفقت کاهش می‌یابد (۸). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌بر است که فرد درگیر را نه تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر در بخش‌های مختلف زندگی رو به رو می‌کند (۹). مشخص شده زنان تحت تأثیر فرهنگ و یا برخی اختلالات روان‌شناختی مانند وسواس شستشو و در پی آن توجه زیاد به نجاست و پاکی و ترس از ابتلا به بیماری‌های جسمانی، به فعالیت‌هایی اضافه و ناکارآمد می‌پردازند که استمرار آن می‌تواند منجر به درد مزمن و تشدید اختلال روان‌شناختی در ایشان شود (۱۰).

در واقع اغلب درد جسمانی به درد روانی مرتبط می‌باشد (۱۱). ابراز هیجانات مرتبط با درد می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت فیزیکی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن بر جای گذارد (۱۲). اختلالات روان‌تنی^۲ در برگیرنده تعاملات ذهن و بدن هستند و در آن‌ها مغز از راه‌هایی که هنوز شناخته شده نیست، پیام‌های مختلفی ارسال می‌کند که بر آگاهی فرد تأثیر می‌گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می‌دهد. به علاوه مکانیسم‌های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیر قابل شناسایی در شیمی عصب، فیزیولوژی عصبی، ایمنی شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری‌ها می‌گردند (۱۳). شیوع اختلالات جسمانی شکل در جمعیت عادی و در موقعیت‌های بالینی نسبتاً بالاست (۱۴). از سوی دیگر افرادی که پریشانی‌روانی بالایی را تجربه می‌کنند مبتلا به مشکلات روان‌تنی هستند (۱۵). اگر استرس و در ادامه‌ی آن پریشانی بتواند علت مستقیم بیماری باشد، این کار فقط از طریق تأثیرگذاری بر فرایندهای زیست‌شناختی است (۱۶).

در کل استرس ادراک شده^۳ حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن، فرد سلامت جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند (۱۷). استرس ادراک شده به درجه‌ای که افراد رویدادهای زندگی‌شان را غیر قابل پیش‌بینی، غیر قابل کنترل و پرفشار ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد (۱۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که استرس ادراک شده می‌تواند پیامدهای منفی آسیب‌های روانی مرتبط با سلامتی را پیش‌بینی کند (۱۹) و این روند مخصوصاً در زنان که افرادی عاطفی و هیجانی می‌باشند می‌تواند موجب آسیب‌های جسمانی، کمبود انرژی، عدم انگیزش، مشکلات سیستم گوارشی و مشکلات خواب شود و این استرس بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی، رضایت شخصی و از همه مهم‌تر، سلامت-

2. Psychosomatic Disorders

3. perceived Stress

1. Chronic Pain

روانی ایشان تأثیر نامطلوب خواهد داشت (۲۰). بطور خاص در گروه زنان- استرس زمانی ادراک می شود که بین مطالبات محیط بیرون و ادراک ایشان از توانایی مقابله با آن‌ها ناهمخوانی وجود داشته باشد (۲۱). محققان با ارائه الگوی تعاملی استرس و محیط، تأکید کردند که تفسیر رویدادهای استرس‌زا، از خود رویداد مهم‌تر است و نقش تعیین کننده‌ای در تفسیر استرس‌زا بودن موقعیت دارد (۲۲). با توجه به مطالب فوق و اینکه امروزه اطلاعات کمی در رابطه با تجربه و ادراک بیماران زن مبتلا به درد مزمن از ابراز هیجانشان موجود بوده (۲۳) مشخص شده عواملی مانند تاب‌آوری در دوره‌های زندگی پیش‌بینی کننده استرس ادراک شده شغلی در افراد مبتلا به دردهای مزمن می‌باشد (۲۴) و ادراک دردهای مزمن از جمله نشانه‌های اختلالات روان‌تنی یا اختلال علائم جسمانی قلمداد می‌شود و همچنین میزان شیوع این اختلال مخصوصاً در گروه زنان نسبت به گروه مردان (۲۳ و ۲۵) که بدلیل نوع زندگی پر از تنش و فشارهای روان‌شناختی مانند مشکلات مالی و خانوادگی بیشتر شده است. اختلالات روان-تنی که با عنوان اختلال علائم جسمانی شناخته می‌شود با نشانه‌های درد همراه می‌باشد. این اختلال عبارت است از هر نوع اختلال روانی که به صورت علائم جسمی ظاهر می‌شود و بیانگر بیماری یا آسیب است، اما با یک شرایط پزشکی عمومی یا با تأثیر مستقیم یک عامل، کاملاً قابل توضیح نیست. در افراد مبتلا به این اختلال، نتایج آزمایش پزشکی یا طبیعی است یا علائم فرد را توضیح نمی‌دهد (۲۶).

یکی از عواملی که می‌تواند نقش موثر و تعدیل کننده‌ای در رابطه‌ی استرس ادراک شده و اختلالات روان‌تنی زنان داشته باشد، توانمندی شناختی^۱ است. توانایی‌های شناختی عبارت‌اند از فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کاربست اطلاعات (۲۷ و ۲۸). آسیب ساختاری مغز موجب نقص در کارکردهای شناختی شده و به تبع آن رفتارهای فرد را در زندگی روزانه مختل می‌سازد. نقص در کارکردهای شناختی با اثر منفی بر عملکردهای روزانه، موجب افت کیفیت

زندگی می‌شود. بررسی فعالیت‌های روزانه زنان دارای نقص شناختی می‌تواند نقش مهمی در ارزیابی و درمان آن‌ها داشته باشد (۲۹). نقص شناختی در تعامل زنان با محیط آشکار می‌شود؛ چه بسا فرد دارای نقص شناختی در تعامل با یک محیط فقیر از محرک‌ها مشکلی نداشته باشد، ولی در یک محیط غنی ناتوانی شناختی او مشخص شود. از این رو، محیط بستری است که توانمندی شناختی فرد در آن تجلی می‌یابد (۳۰). در پژوهشی نیز مشخص شد که عوامل شناختی با استدلال‌های نظری در نظریه‌های یادگیری شناختی سازگاری داشته و به عنوان زمینه شکل‌گیری مهارت و تسلط فعالانه مبتنی بر منابع خود برای آموزش افراد و توسعه خبرگی از طریق حوادث و فعالیت‌های متعدد مطرح می‌شود (۳۱) و این درحالی است که مشخص شده عوامل شناختی ۸۹ درصد پیشرفت شخصی زنان را می‌توانند تبیین کنند (۳۲). حال با توجه به دنیای صنعتی حاضر و آمار افزایشی بیماران روان‌تنی مخصوصاً در گروه زنان که طی درمان‌های پزشکی طولانی و بدون نتیجه دچار فرسودگی شده و از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند، تحقیق حاضر تلاش می‌کند ارتباط استرس‌های موجود را در ایجاد اختلال‌های روان‌تنی زنان بررسی نموده و نقش تعدیل کنندگی توانمندی شناختی را در ارتباط بین دو عامل فوق بررسی نماید.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به دردهای مزمن در سال ۱۳۹۹ ساکن در شهر اهواز بودند. تعداد نمونه پژوهش ۲۰۷ نفر از زنان دارای دردهای مزمن ساکن در شهر اهواز بود. بدین منظور به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مراجعه‌کنندگان به ۵ مرکز از مراکز درمانی زنانی که طبق معیار در پژوهش‌های گذشته (۲۳ و ۳۳) بیش از سه سال دارای دردهای بدنی مزمن بوده و علی‌رغم انجام درمان پزشکی بهبود نیافته‌اند، بازه سنی آن‌ها بین ۲۵ تا ۵۹ سال بود و رضایت آگاهانه و داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. خروج از پژوهش نیز شامل: پاسخگویی ناقص به سوالات و عدم تمایل

^۱ Cognitive Ability

مطالعه‌ای که رحمتی^۳ و همکاران در سال ۲۰۲۰ انجام دادند، بر روی ۲۸۰ سالمند شهر کرمان، روایی همگرا "پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی" با "پرسشنامه خودفراروی بزرگسالان"^۴ (ASTI)، را ۰/۴۶ در سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ محاسبه کردند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با تعداد نمونه فوق ۰/۸۰ محاسبه شد (۳۴). همچنین در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

"مقیاس استرس ادراک شده" (PSC)^۵: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۶ و همکاران (۱۹۸۳) طراحی و اجرا شد. "مقیاس استرس ادراک شده" دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ عبارت است که برای سنجش تنش عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث تنش‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشارروانی و تنش تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این مجموعه نسخه ۱۴ عبارت آن ارائه می‌شود. نحوه نمره گذاری "مقیاس استرس ادراک شده" به این شکل است که بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت صفر (هرگز) تا ۴ (بسیاری از اوقات) سنجیده می‌شود ولی عبارات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. کمترین نمره کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. تفسیر نمره بدست آمده به این صورت است که نمرات زیر ۲۰ (سطح تنش کم) ۲۰ تا ۴۰ (سطح تنش متوسط) و نمرات بالای ۴۰ (سطح استرس شدید) است. در کل نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر است (۳۵). در مطالعه کوهن و همکاران که بر روی ۳۳۲ تن از دانشجویان انجام شد، روایی همگرا "مقیاس استرس ادراک شده" با "مقیاس اصلاح شده رویداد زندگی دانشجویی"^۷ (CSLES) مربوط به زیر مقیاس افسردگی ۰/۷۶ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد فوق ۰/۸۴

به تکمیل پرسشنامه بود. بدین منظور ابتدا ۲۵۰ نفر از این گروه با "پرسشنامه علائم عمومی اختلالات روان‌تنی موهر"^۱ (MPSNC)، مورد سنجش قرار گرفتند و ۲۱۵ نفر از این تعداد، که نمره حداقل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین (یعنی از ۸۰ نمره، نمرات بالاتر از ۴۰) کسب کردند، بر اساس جدول کرجسی و مورگان به عنوان آزمودنی انتخاب شدند. از میان این آزمودنی‌ها تعداد ۲۰۷ نفر به پرسشنامه‌ها بصورت کامل پاسخ داده و گروه نمونه این پژوهش را تشکیل دادند. بدلیل شرایط شیوع ویروس کرونا پرسشنامه‌ها بصورت الکترونیکی تهیه شد که پس از تعیین گروه نمونه برای ایشان ارسال شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد.

ابزار پژوهش

برای سنجش متغیرها از فرم جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در پژوهش، پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی، مقیاس تنش ادراک شده کوهن و پرسشنامه علائم عمومی اختلالات روان‌تنی موهر استفاده شد.

"پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی" (NCAQ)^۲: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ توسط نجاتی طراحی و هنجاریابی شده استفاده شد. "پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی" شامل ۳۰ عبارت که از فعالیت‌های روزانه نیازمند توانایی‌های شناختی و سیاهه‌ای از کارکردهای شناختی مغز مشتمل بر حافظه، اقسام توجه (انتخابی، انتقالی، تقسیم شده و پایدار)، برنامه ریزی، تصمیم‌گیری و شناخت اجتماعی را بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌سنجد. لذا دامنه نمرات برای کل پرسشنامه همراه با تفسیر نمرات به این صورت است که پایین‌ترین نمره ۳۰ است که نشانه توانایی شناختی بالا بوده و بالاترین نمره ۱۵۰ است که نشانه پایین‌ترین حد توانایی شناختی می‌باشد و بنابراین هرچه نمره افزایش یابد نشانه کاهش توانایی شناختی است. طی

^۳ . Rahmati

^۴ . Adult Self-Transcendence Inventory

^۵ . Perceived Stress Scale

^۶ . Cohen

^۷ . College Student Life-Event Scale

^۱ . Moher Psychosomatic Symptoms in Nonclinical Context

^۲ . Nejati Cognitive Abilities Questionnaire

گزارش نمودند (۳۵). همچنین در مطالعه‌ی کرنفورد^۱ که در سال ۲۰۰۴ بر روی ۱۸۱ تن آزمودنی داوطلب متاهل انجام شد، روایی همگرا "مقیاس استرس ادراک شده" با "سیاهه افسردگی بک"^۲ (BDI) ۰/۶۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد فوق ۰/۸۹ گزارش نمودند (۳۶). در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

"پرسشنامه علائم روان‌تنی در زمینه غیر بالینی موهر"^۳ (MPSNC): این پرسشنامه توسط موهر^۴ در سال ۲۰۰۰ طراحی شده است (۳۷). این پرسشنامه از نوع خود گزارش دهی بوده و شدت علائم روان‌تنی تجربه شده توسط فرد را اندازه‌گیری می‌کند و دارای ۲۰ عبارت است که بر روی طیف لیکرت ۵ درجه ای از صفر (تقریباً هرروز) تا ۴ (هیچوقت) نمره‌گذاری می‌شوند (۲۳) لذا دامنه نمره ابزار صفر تا ۸۰ است (۳۸). تفسیر نمره بدست آمده به این صورت است که کسب نمره کمتر از ۲۰ (سطح اختلال بسیار خفیف)، ۲۰ تا ۶۰ (سطح اختلال متوسط) و ۶۰ تا ۸۰ (سطح اختلال شدید) است. به این معنی که هرچه فرد نمره بالاتری را دریافت کند، شدت اختلال روان‌تنی او بیشتر خواهد بود. موهر طی پژوهشی که بر روی ۱۴۵ کارگر یک شرکت انجام داد روایی همگرا "پرسشنامه علائم روان‌تنی در زمینه غیر بالینی موهر" با "مقیاس استرس ادراک شده" (PSS) ۰/۵۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد فوق ۰/۷۵ گزارش نمودند (۳۷). همچنین در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

در پژوهش حاضر روایی ابزار به روش روایی محتوای ابزارها بصورت کیفی انجام شد. لذا تمامی ابزارها توسط ۸ تن از اعضا هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (۴ تن از گروه پرستاری و ۴ تن گروه روان‌شناسی) بررسی و تأیید شد.

همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های مطالعه حاضر (۲۰۷ تن از زنان دارای دردهای مزمن شهر اهواز) بدست آمد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر، ابتدا از سوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، برای انجام پژوهش خود و توزیع پرسشنامه، معرفی‌نامه و مجوز دریافت نمود. سپس با حضور در محل ۵ مرکز درمانی مشخص شد و زنانی که جهت دریافت درمان در راستای دردهای مزمن در آن مکان بیش از یک سال پیگیری کرده و پرونده داشتند، با اخذ رضایت‌نامه از ایشان جهت همراهی در مطالعه تعیین شدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهشگر نیز توضیحاتی در زمینه اهداف پژوهش، محرمانه بودن نتایج، ارائه کلی یافته‌های پژوهش، امکان کناره‌گیری آزمودنی از ادامه همکاری با پژوهشگر در ابتدا یا حین انجام پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه به ایشان ارائه داد. پس از آن، بدلیل شیوع ویروس کرونا، لینک پرسشنامه‌ها که بصورت الکترونیکی تنظیم شده بود برای ایشان ارسال می‌شد. روش آماری مورد استفاده در این پژوهش در ۲ سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. نحوه توزیع متغیرهای مطالعه با استفاده از محاسبه شاخص مرکزی (میانگین)، شاخص پراکندگی (انحراف استاندارد) و شاخص‌های شکل توزیع (چولگی و کشیدگی) مشخص شد. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.AHV.AZ.REC.1399.065 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز قرار گرفت.

نتایج

نمونه پژوهش حاضر را ۲۰۷ زن دارای دردهای مزمن تشکیل داده بودند. اکثریت زنان دارای درد مزمن در گروه سنی ۵۴-۴۵ سال، با فراوانی ۶۶ و ۳۱/۸۸ درصد و کمترین آن‌ها در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال، با فراوانی ۳۴ و ۱۶/۴۲ درصد بود. همچنین ۱۱/۱۱ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد و ۸۸/۸۹ درصد متأهل بودند. وضعیت اشتغال افراد شرکت‌کننده در پژوهش هم ۲۰/۲۹ درصد شاغل و ۷۹/۷۱ درصد غیر شاغل

^۱ . Cranford

^۲ . Beck Depression Inventory

^۳ . Moher Psychosomatic Symptoms in Nonclinical Context

^۴ . Moher

بودند. مشخصات فردی و جمعیت شناختی افراد در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک زنان دارای

درد مزمن، سال ۱۳۹۹

مشخصات فردی	فراوانی	درصد
سن (سال)		
۲۵-۳۴ سال	۳۴	۱۶/۴۲
۳۵-۴۴ سال	۵۸	۲۸/۰۲
۴۵-۵۴ سال	۶۶	۳۱/۸۸
۵۴-۵۹ سال	۴۹	۲۳/۶۷
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۳	۱۱/۱۱
متاهل	۱۸۴	۸۸/۸۹
وضعیت اشتغال		
شاغل	۴۲	۲۰/۲۹
غیر شاغل	۱۶۵	۷۹/۷۱

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب همبستگی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	ضرایب همبستگی
					۱ ۲ ۳
استرس ادراک شده	۲۲/۴۹۰	۹/۸۹۷	۰/۲۹۷	-۰/۸۵۰	۱
توانمندی شناختی	۷۱/۳۵۵	۱۲/۱۶۷	-۰/۰۶۲	-۰/۳۰۶	۱ **=-۰/۴۴۸
اختلالات روان‌تنی	۴۹/۴۷۵	۱۶/۵۸۷	۰/۱۷۸	-۰/۷۴۲	۱ **=-۰/۵۸۷ **=-۰/۷۸۴

* $P < 0.05$ ، ** $P < 0.01$

واریانس کمتر از ۱۰ است، بنابراین بین متغیرهای پژوهش هم-خطی چندگانه وجود ندارد. با تأیید برقراری مفروضه‌ها امکان اجرای این آزمون فراهم شد. در ادامه نتایج تحلیل در جدول ۳ ارائه می‌شود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گام اول استرس ادراک شده به تنهایی ۶۱/۵ درصد از واریانس اختلالات روان‌تنی گروه نمونه را تبیین می‌کند. در گام دوم، متغیر تعدیل کننده توانمندی شناختی با اضافه شدن به معادله رگرسیون در کنار استرس ادراک شده در مجموع ۶۸/۵ درصد از واریانس اختلالات روان‌تنی را تبیین می‌کند. در نهایت نیز در گام سوم، تعامل بین استرس ادراک شده و توانمندی شناختی به معادله رگرسیونی اضافه شد که نتایج این تعامل ۷۱/۹ درصد قدرت تبیین اختلالات روان‌تنی را دارد. بنابراین، با توجه به بالا رفتن میزان واریانس تبیین شده متغیر اختلالات روان‌تنی در نتیجه ورود متغیر تعاملی، استرس ادراک-

در ادامه برای آزمون نقش تعدیل گری متغیر توانمندی شناختی در رابطه بین استرس ادراک شده و اختلالات روان‌تنی از رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون باید از برقراری مفروضه‌های اساسی آن شامل بهنجاری توزیع داده‌ها و هم‌خطی چندگانه اطمینان حاصل شود. بهنجاری توزیع داده‌ها در مراحل قبلی بر اساس کجی و کشیدگی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش نیز بررسی شد که با استفاده از آماره تحمل^۱ و عامل تورم^۲ (VIF) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد برای هر دو متغیر استرس ادراک شده و توانمندی شناختی آماره تحمل و عامل تورم واریانس به ترتیب به ترتیب ۰/۸۰۱ و ۱/۲۵۱ می‌باشد. دامنه پذیرش آماره تحمل بزرگتر از ۰/۱۰ و عامل تورم

۱. Tolerance

۲. Variance Inflation Factor

شده و توانمندی شناختی می‌توان نتیجه گرفت که متغیر اختلالات روان‌تنی بیماران گروه نمونه است. توانمندی شناختی قادر به تعدیل رابطه بین استرس ادراک شده و

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی بر اساس متغیرهای استرس ادراک شده و توانمندی شناختی و تعامل آن‌ها برای

پیش‌بینی اختلالات روان‌تنی

متغیرها	B	SE _B	β	t	R	R ²	F
گام اول							
استرس ادراک شده	۱/۳۱۵	۰/۰۷۴	۰/۷۸۴	۱۷/۷۹۵	۰/۷۸۴	۰/۶۱۵	**۲۱۶/۶۷
گام دوم							
استرس ادراک شده	۱/۰۹۳	۰/۰۷۵	۰/۶۵۲	۱۴/۵۸۶	۰/۸۲۸	۰/۶۸۵	**۱۱۴/۲۰
توانمندی شناختی	-۰/۲۲۱	۰/۰۳۳	-۰/۲۹۵	-۶/۶۰۳			
گام سوم							
استرس ادراک شده	۱/۰۰۳	۰/۰۷۳	۰/۵۹۸	۱۳/۶۵۷	۰/۸۴۸	۰/۷۱۹	**۶۶/۷۹
توانمندی شناختی	-۰/۲۱۴	۰/۰۳۲	-۰/۲۸۶	-۶/۷۴۵			
استرس ادراک شده × توانمندی شناختی	۰/۰۱۴	۰/۰۰۳	۰/۱۹۲	۴/۸۳۳			

**۰/۰۱ < P

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده توانمندی شناختی در رابطه استرس ادراک شده با اختلالات روان‌تنی در زنان مبتلا به دردهای مزمن شهر اهواز انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که توانمندی شناختی تعدیل‌کننده مهمی برای ارتباط بین اختلالات روان‌تنی و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به دردهای مزمن است. این یافته با پژوهش‌های پیشین (۸) همسو می‌باشد. این پژوهش مشخص نمود که در گروه زنان درد مزمن با عوامل روان شناختی مختلفی مانند روابط زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط می‌باشد و درمان روان شناختی می‌تواند به آن کمک نماید. از این رو چنین استنباط می‌شود، توزیع الگوهای بیماری و سلامتی مخصوصاً در گروه زنان که واکنش‌های هیجانی فراوان تری نسبت به ناملايمات در محیط نشان می‌دهند بر حسب عوامل اجتماعی و فرهنگی و خانوادگی قابل تبیین می‌باشد. این مسئله بر این نکته دلالت دارد که عواملی مانند تعارض با فرزندان، تنش با همسر و یا وسواس فکری- عملی ناشی از باورهای نامناسب مربوط به ابتلا به بیماری‌های جسمانی و یا تأکید بر پاکی و نجاست می‌تواند شرایط و موقعیت‌هایی را در زندگی ایشان به وجود آورد که فشارزا

بوده و تنیدگی زیادی را بر زنان وارد نمایند و در پی انجام اعمال ناکارآمد جهت کنترل شرایط، به دردهای مزمن مبتلا شده و علائمی از اختلالات روان‌تنی را نیز نشان دهند. در مطالعه ای نیز محققین به این نتیجه رسیدند که حوادث و شرایطی نظیر طلاق یا متارکه، اخراج از کار، مرگ یا بیماری شدید یکی از نزدیکان، تغییر محل سکونت یا تحصیل و غیره از جمله موقعیت‌های تنیدگی‌زایی هستند که می‌توانند ناشی از تفاوت در موقعیت‌های اجتماعی افراد باشند (۳۹). توانایی‌ها، مهارت‌ها و داشته‌های فرد برای مقابله با فشارهای روانی می‌تواند موجب کاهش یا افزایش اثرات زیان‌آور فشارروانی بر افراد شده و احتمال ابتلا به اختلالات جسمانی را در آن‌ها کاهش یا افزایش دهد که نقص در کارکردهای شناختی موجب افت کیفیت زندگی می‌شود و این مساله در تعامل فرد با محیط آشکار می‌شود (۲۹ و ۳۰). نتایج پژوهش‌ها نیز از رابطه توانمندی شناختی و اثر تنش‌های روانی حمایت می‌کنند (۴۰). اهمیت توانمندی شناختی زمانی مشخص می‌شود که فرد سلامت جسمی و روان شناختی خود را در مقابل یک رویداد استرس‌زا در خطر می‌بیند که استرس بیش از اندازه می‌تواند تأثیر منفی بر عملکرد

افراد داشته باشد و در سلامت روانی، نقش چشمگیری ایفا کند (۱۷ و ۱۹). محققان معتقدند که تفسیر رویدادهای استرس‌زا، از خود رویداد مهم‌تر است (۲۲) که این نتایج تأییدی بر پیشینه‌ی پژوهش است. از این رو چنین می‌توان تبیین نمود که زنان به عنوان یکی از محورهای اصلی روابط با همسر و فرزندان که نقش فعالی در زندگی خانوادگی ایفا می‌نمایند (۴۱)، در معرض تنش‌های مختلف بوده و عوامل فرهنگی و اجتماعی می‌تواند این تنش را افزایش بخشد و در ابعاد جسمانی و روان شناختی نمایان کند. از این رو به نظر می‌رسد مؤلفه‌ای که می‌تواند چنین تنش‌هایی را در زندگی زنان کاهش داده و کنترل نماید، توانمندی روان‌شناختی ایشان می‌باشد که از طریق آموزش مهارت‌ها، وجود الگوهای مناسب و کارآمد در زندگی و یا حمایت فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی ارتقاء می‌یابد. در چنین بستری، وجود احساس عاملیت و توانمندی روان‌شناختی زنان در زمان بروز مشکلات، منجر به کاهش احتمال از هم پاشیدگی روان‌شناختی و در پی آن تقلیل احتمال بروز علائم روان‌تنی در ایشان می‌گردد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که توانمندی شناختی زنان مبتلا به دردهای مزمن می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در رابطه بین استرس ادراک شده و اختلالات روان‌تنی ایشان نقش تعدیل کننده داشته باشد و بر این اساس پیشنهاد می‌شود در درمان

اختلالات روان‌تنی به ثبت شرایط و نیم‌رخ روان‌شناختی زنان در زمینه عوامل توانایی شناختی و استرس ادراک شده، به عنوان عوامل مؤثر در ایجاد و حاد شدن اختلال، توجه شود. همچنین با توجه به محدود بودن جامعه آماری به شهر اهواز که تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد، پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در زنان شهرها و فرهنگ‌های دیگر اجرا و نتایج با یافته‌های حاضر مقایسه شود. با توجه به افزایش اختلالات روان‌تنی در زنان پیشنهاد می‌شود علاوه بر اجرای غربالگری زنان با دردهای مزمن و اختلال روان‌تنی در سازمان‌ها و مراکز درمانی، با اجرای کارگاه‌های آموزش روش‌های کنترل استرس و یا افزایش توانمندی روان‌شناختی برای زنان در سنین مختلف، به پیشگیری و یا درمان دردهای مزمن ناشی از مشکلات روان‌شناختی و یا درمان اختلالات روان‌تنی ناشی از استرس‌های ادراک شده در زندگی ایشان کمک شود و از طریق جامعه به سوی سلامت بیشتر سوق داده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم مریم باغبانزاده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در رشته روان‌شناسی بالینی و به راهنمایی خانم دکتر سحر صفرزاده می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند که از همه شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. در این پژوهش هیچگونه تعارض منافع گزارش نشده است.

References

1. Minoo Gueser M, Zali A, Hassanzadeh S, Hatami M, Ahadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, depression, and physical symptoms among patients with chronic Pain. Journal Community Health. 2021; 8(1). 91_102. <https://doi.org/10.22037/ch.v8i1.31286>
2. Pandelani FF, Nnanile Nyalunga SL, Pandelani T. Chronic pain: The prevalence of chronic pain in patients attending Soshanguve Community Health Centre. Canadian J Pain 2023; 1-22. DOI: 10.1080/24740527.2023.2284152
3. Sulaiman W, Zanyuin NM, Kheong MK, Bhojwani KM, Seung OP. Chronic pain with anxiety and depression: a comparison between patients attending multidisciplinary pain and rheumatology clinic. Biomedical Research. 2017 Jan 1;28(1):405-10. URL: <https://www.alliedacademies.org/articles/chronic-pain>
4. Thorn BE. Cognitive therapy for chronic pain: a stepby-step guide. Guilford Publications; 2017 Aug 21.
5. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. Lancet Neurol 2024; 23: 27-28. DOI: 10.1016/S1474-4422(23)00446-5
6. Amini F, Sajjadian I, Salesi M. Relationship between Pain-Related Beliefs and Pain Anxiety with Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. JAP. 2020; 11 (1) :25-37. URL: <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5458-fa.html>
7. Babaee Z , Dehghani M, Babakhani B , Najafi-Mehri S. Lived experiences of patients who suffer from chronic low back pain. Iranian Journal of Nursing Research. 2020; 15(4) :44-57. URL: <http://ijnr.ir/article-1-2284-fa.html>
8. Aghili SM, Niyazi S, Babaee E. The effectiveness of compassion-based therapy on marital intimacy, quality of life, and chronic pain of women affected by marital infidelity. J Woman Cultural Psychology. 2022;14(55):97-112. <https://sanad.iau.ir/en/Article/920377>

9. Langford DJ, Baron R, Edwards RR, Gewandter JS, Gilron I, Griffin PR, et al. What should be the entry pain intensity criteria for chronic pain clinical trials? An IMMPACT update. *Pain* 2023; 164: 1927-30.
10. Shoeibi N, Bavi S. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Perceived Stress and Resiliency of Women with Obsessive-Compulsive Disorder Based On Cultural Factors. *J Woman Cultural Psychology*. 2025;16(63):55-67. URL: <https://sanad.iau.ir/en/Article/1185902>
11. Hossainpour L, Safarzadeh S. Comparison of the effectiveness of Morita therapy and brain gym exercises on existential anxiety and perception of aging in the elderly with chronic pain. *Journal of Gerontology*. 2024 Mar 10;9(1):40-51. DOI: 10.22034/JOGE.9.1.40
12. Zahra Babaee Z, Dehghani M, Babakhani B, Najafi Mehri S. Couples' Experiences of Emotional Disclosure Associated with Chronic Low Back Pain: A Phenomenological Study. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(1): 35_46. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1215-fa.html>
13. Mahmoodi N, Malekshahi M. Investigation of the relationship between self-esteem and coping strategies of high school students with psychosomatic disorders of Zanjan province. 4th international congress on psychosomatic. 2012; Oct, 17-19. Azad university, Isfahan, Iran.
14. Kalantari H, Bagheriansrarodi R, Babaepoor E. Comparison between activate of inhibition system and activation system in IBS patient with control group. *Journal of Babol medical sciences university*. 2011; 14(2) : 59- 65. [Persian] URL: <http://jbums.org/article-1-4037-fa.html>
15. Vaziri SH, Saydari aghdab SH, Nobakht L, Khalili M, Vaziri Y, Masumi R, Vaziri A. Comparison of physical symptoms in people with low and high psychological distress patients disease. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2018; 13 (49): 57-66.
16. Brannon L, Feist J, Updegraff JA. *Health psychology: An introduction to behavior and health* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth. 2014.
17. Peng Y, Zhou H, Zhang B, Mao H, Hu R, Jiang H. Perceived stress and mobile phone addiction among college students during the 2019 coronavirus disease: The mediating roles of rumination and the moderating role of self-control. *Personality and Individual Differences*. 2022; 185, 111222. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111222>
18. Gori A, Topino E, Musetti A. Pathways towards posttraumatic stress symptomatology: A moderated mediation model including perceived stress, worry, and defense mechanisms. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2023. <https://doi.org/10.1037/tra0001435>
19. Jankovic M, Sijtsema JJ, Reitz AK, Masthoff ED, Bogaerts S. Workplace violence, post-traumatic stress disorder symptoms, and personality. *Personality and individual differences*. 2021; 168, 110410. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110410>
20. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilotstudy in Dutch primary care. *Br J Gen Pract*. 2016; 66(643): 99-105. URL: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683497>
21. Schneider EE, Schönfelder S, Domke-Wolf M, Wessa M. Measuring stress in clinical and nonclinical subjects using a German adaptation of the Perceived Stress Scale. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*. 2020; 20(2): 173–181. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.03.004>
22. Chen CM., Du BF, Ho CL, Ou WJ, Chang YC, Chen WC. Perceived Stress, Parent- Adolescent/Young Adult Communication, and Family Resilience Among Adolescents/Young Adults Who Have a Parent with Cancer in Taiwan: A Longitudinal Study. *Cancer nursing*. 2018; 41(2): 100–108. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000488>
23. Babaee Z, Dehghani M, Babakhani B, Najafi Mehri S. [Couples' experiences of emotional disclosure associated with chronic low back pain: A phenomenological study]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (1):34-46. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1215-fa.html>
24. Habibi F, Safarzadeh S. [Predicting job stress on the basis of coping strategies, spiritual intelligence and resilience in employees with chronic pains inational Iranian South oil fields company]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 18(2):76-85. URL: http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_538045.html
25. Shabbeh Z, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. [Identifying the profiles of psychosomatic disorders in an Iranian adult population and their relation to psychological problems]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 26 (137):82-94. URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7714-fa.html>
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
27. Shettleworth SJ. *Cognition, Evolution, and Behavior*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2010.
28. Dukas R. Evolutionary biology of animal cognition. *Annual Review of Ecology, Evolution and Systematics*, 2004; 35: 347-74. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev.ecolsys.35.112202.130152>
29. Klepac N, Trkulja V, Relja M, Babic T. Is quality of life in non-demented Parkinson's disease patients related to cognitive performance? A clinic-based cross-sectional study. *European Journal of Neurology* 2008; 15(2):128–33. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2007.02011.x>

30. Hedden T, Ketay S, Aron A, Markus HR, Gabrieli JDE. Cultural influences on neural substrates of attentional control. *Psychological Science* 2008; 19(1) :12-7. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02038.x>.
31. Beatson, N. J., Berg, D. A., & Smith, J. K. The impact of mastery feedback on undergraduate students' self-efficacy beliefs. *Studies in Educational Evaluation*, 2018; 59, 58-66. URL: <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2018.03.002>
32. Milam, L. A; Cohen, G. L; Mueller, C; Salles, A. The Relationship Between Self-Efficacy and Well-Being Among Surgical Residents. *The Journal of Surgical Education*. 2018; 21: 28-36. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.07.028>
33. Habibi F, Safarzadeh S. [Predicting job stress on the basis of coping strategies, spiritual intelligence and resilience in employees with chronic pains inational Iranian South oil fields company]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 18(2):76-85. URL: http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_538045.html
34. Rahmati A, Mousavi Nasab SMH, Moradi F. [Cognitive ability in the elderly: The role of self-transcendence, self-compassion and positive affect]. *Aging Psychology*. 2020; 6(2):107-17. URL: https://jap.razi.ac.ir/article_1484_52574e6f041613f0786bee06d5f4444e.pdf?lang=en
35. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96. URL: <https://doi.org/10.2307/2136404>
36. Cranford JA. Stress-buffering or stress-exacerbation? Social support and social undermining as moderators of the relationship between perceived stress and depressive symptoms among married people. *NIH-PA Author Manuscript*. 2004; 11(1) :23-40. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00069.x>
37. Mohr G. The changing significance of different stressors after the announcement of bankruptcy. A longitudinal investigation with special emphasis on job insecurity". *Journal of Organizational Behavior*. 2000; 21(3): 337-359. URL: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(200005\)21:3<337::AID-JOB18>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(200005)21:3<337::AID-JOB18>3.0.CO;2-G)
38. Damiri H, Neysi A K, Arshadi N, Na-ami A. [Effectiveness of comprehensive stress management training on depression symptoms and psychosomatic symptoms in employees]. *Journal of Health Psychology*. 2015; 4(16) :69-78. URL: http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_2037.html?lang=fa
39. Li L, Liang J, Toler A, Gu S. Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: Do gender and source of support make a difference? *Soc Sci Med*. 2005;60(3):637-47. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.014>
40. Abdi R, Chalbianloo G, Pak R. [The role of brain/behavioral systems (BIS/BAS), stressful life events, and disease duration in predicting disease symptoms severity in individuals suffering from multiple sclerosis in Shiraz City, 2014]. *Journal of Rafsanjan University Medical Sciences*. 2018; 17(3) :213-24. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-3919-fa.html>
41. Mashak R. Investigating Cultural Groundbreaking Factors of Positive Marital Relationship with a Spouse from Women Perspective. *J Woman Cultural Psychology*. 2025;16(64):99-110. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jwc/Article/1204334>

Original Article

Moderating role of cognitive ability in the Relationship between perceived Stress with psychosomatic disorders in women with chronic pain

Received: 12/04/2022 - Accepted: 17/08/2025

Maryam Baghbanzadeh¹
Sahar Safarzadeh^{*2}

¹ Department of Psychology, Ahv.C.,
Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

² Department of Psychology, Ahv.C.,
Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
(Corresponding author)

Email: s.safarzadeh1152@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Psychosomatic disorders are associated with psychological factors and increasing sources of stress in today's world and are increasing. The present study aimed to determine the moderating effect of cognitive ability in the relationship between perceived stress and Psychosomatic Disorders.

Methods: The present study is descriptive-correlational. The statistical population of the study includes all women with chronic pain in Ahvaz in 2021. The statistical sample included 207 women from the mentioned group who were selected by purposive sampling method with inclusion and exclusion criteria from those who referred to several medical and psychological centers in Ahvaz. To collect data from the demographic questionnaire, "The Moher Psychosomatic Symptoms in Nonclinical Context Questionnaire", "Nejati Cognitive Abilities Questionnaire", and "Perceived Stress Scale" were used. And were analyzed using Pearson correlation and hierarchical linear regression.

Results: The results showed a significant relationship between perceived stress and psychosomatic disorders ($r = 0.784$, $p < 0.01$), a significant negative relationship between cognitive ability with psychosomatic disorders ($r = -0.587$, $p < 0.01$), and a significant negative relationship between perceived stress and cognitive ability ($r = -0.448$, $p < 0.001$). Also, the findings of hierarchical regression analysis confirmed moderating role of cognitive Ability ($p < 0.01$, $\beta = 0.192$) in the relationship between perceived stress and Psychosomatic Disorders.

Conclusion: The present study emphasizes the modulatory role of cognitive empowerment and its importance in perceived stress with psychosomatic disorders. Therefore, reducing the deficits in the cognitive ability of people and giving them the necessary training and knowledge, can have a significant impact on improving the symptoms of people with mental disorders.

Keywords: Psychosomatic Disorders, Cognitive Ability, Perceived Stress, Women with Chronic Pains