Journal of Research in Psychological Health

March 2022, Volume 15, Issue 4

Prediction of chronic pain components based on insecure attachment style, Mentalization and emotion regulation in patients with chronic pain

Mohsen Akbarian[1], Narges Saeidi*[2], Mehrab Mafakheri[3]

1. PhD, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. MSc. Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran Saidi.Na@iums.ac.ir
3. MSc. Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Citation: Citation: Akbarian M, Saeidi N, Mafakheri M. Prediction of chronic pain components based on insecure attachment style, Mentalization and emotion regulation in patients with chronic pain. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth 2022; 15 (4) :64-78 [Persian].

Key words:
Chronic Pain,
Attachment Style,
Mentalization,
Emotional regulation

Highlights

- In the component of pain disability, the variables of difficulties in emotion regulation and insecure anxious attachment showed a strong predictive role.
- The component of pain intensity can be predicted through the variables of avoidant insecure attachment, difficulties in emotion regulation and mentalization, and difficulties in emotion regulation showed the highest intensity.

Abstract

This study was conducted with the aim of predicting the components of chronic pain based on insecure attachment style, mentalization and emotional regulation with a cross-sectional descriptive design and correlational method and the statistical population includes all patients with chronic pain who were referred the Yalda Clinic of Imam Khomeini Hospital in Tehran from April to August 2020. The research sample consisted of 339 people who were selected by available sampling method and answered the Chronic Pain, adult attachment, mentalization and difficulty in emotion regulation questionnaires. The effect of predictors of difficulties in emotion regulation, mentalization and insecure attachments on pain inability indicates a positive effect of difficulties in emotion regulation (β =0.52) and anxiety insecure attachment (β =0.30) at a significance level of less than 0.05 (Gives p-value (<0.001) and (p-value =0.001). In the study of pain intensity, difficulties in emotion regulation with (β =0.53) and avoidant insecure attachment with (β =0.13) with (p-value <0.001) and (p-value =0.01) indicates significance at the significance level less than 0.05 with a positive value of these two predictor variables. Using these findings, effective measures can be taken to improve and enhance the psychological health of patients with chronic pain.

.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن

محسن اکبریان[1]، نرگس سعیدی*[2]، محراب مفاخری[3]

۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲ کارشناسی ارشد، گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران. *Saidi.Na@iums.ac.ir*

۳ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۱/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش
۱۴۰۱/۰۳/۳۰

واژگان کلیدی
درد مزمن، سبک دلبستگی، ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان

یافته‌های اصلی

- در مولفه ناتوانی درد، متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و دلبستگی ناایمن اضطرابی نقش پیش‌بین قوی را نشان دادند.
- مولفه شدت درد از طریق متغیرهای دلبستگی ناایمن اجتنابی، دشواری در تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی قابل پیش‌بینی بوده که دشواری در تنظیم هیجان بیشترین شدت را نشان داد.

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با طرح توصیفی مقطعی و به روش همبستگی انجام شد و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن که از فروردین تا مرداد ۱۳۹۹ به کلینیک یلدا بیمارستان امام خمینی در شهر تهران مراجعه کردند و نمونه پژوهش شامل ۳۳۹ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های درجه بندی درد مزمن ون‌کورف، دلبستگی بزرگسال هزن و شیور، ذهنی‌سازی فوناگی و دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخهٔ ۲۲ نرم‌افزار SPSS انجام شد و مشخص شد تأثیر متغیرهای پیش‌بین دشواری تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی و دلبستگی‌های ناایمن بر روی ناتوانی درد نشان از تأثیر مثبت دشواری تنظیم هیجان (**β** =۰/۵۲) و دلبستگی ناایمن اضطرابی (**β** =۰/۳۰) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ (p-value <۰/۰۰۱) و (p-value=۰/۰۰۱) می‌دهد. در بررسی شدت درد، دشواری تنظیم هیجان با (**β** =۰/۵۳) و دلبستگی ناایمن اجتنابی با (**β** =۰/۱۳) با میزان (p-value <۰/۰۰۱) و (p-value=۰/۰۱) نشان از معنی‌داری در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ با میزان مثبت این دو متغیر پیش بین را می‌دهد که با استفاده از این یافته‌ها می‌توان در جهت بهبود و ارتقای سلامت روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن به انجام اقدامات موثری مبادرت ورزید.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

با استناد به تعریف انجمن بین المللی درد[1]، درد را می‌توان حسی ناخوشایند و تجربه‌ای هیجانی پنداشت که با آسیب بافتی واقعی یا محتمل در ارتباط است یا بر حسب این آسیب تعریف می‌شود. اگرچه درد معمولا یک تجربه گذرا است، اما برای برخی افراد درد پیشینه طولانی‌تری داشته تا جاییکه از واکنش سازگارانه به یک آسیب حاد فراتر رفته و منجر به آشفتگی هیجانی و افزایش استفاده از منابع موجود در سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌گردد. درد مزمن؛ به عنوان درد ماندگار برای حداقل شش ماه و در فعالیت‌های بالینی بیش از سه ماه تعریف شده که وضعیتی تحلیل‌برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار روانی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشارزای دیگر روبرو می‌کند که بخش‌های گوناگون زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که بیش از ۱/۵ میلیارد نفر در سراسر جهان از درد مزمن رنج می برند. در مطالعه‌ای نیز شیوع جهانی درد مزمن که حدود ۳۰ درصد گزارش شد، آن را در اولویت سلامت عمومی قرار داده‌است (۲). همچنین در بین جمعیت ایرانی شیوع درد مزمن در قسمت‌هایی خاص از بدن به ویژه سیستم اسکلتی-عضلانی ۷/۳۱ درصد گزارش شده است (۳). ملزاک و وال (۱۹۶۵) با مطرح نمودن رویکرد کنترل دروازه‌ای درد، ادراک درد را تحت کنترل عوامل واسطه‌ای دانستند که بر تجربه درد، تعدیل و تشدید آن تاثیر می‌گذارد که از جمله موارد دخیل در آن می‌توان به میزان استرس، ترس، سطح ادراک درد، تجربه‌های قبلی، باورها، انتظارات و افکار مرتبط با درد اشاره نمود. بنابراین طبق نظریه کنترل دروازه، درد علاوه بر عناصر حسی دارای عناصر روانشناختی عمده‌ای است که در این راستا یکی از عناوین برجسته مفهوم دلبستگی است (۴). براساس تئوری دلبستگی، سبک‌های ارتباطی افراد در اثر تعامل با مراقبین اولیه شکل می‌گیرد که این سبک‌ها می‌تواند تغییرات متفاوتی در تجربه درد ایجاد کند. رویکردهای نظری، تئوری دلبستگی را به عنوان مدلی برای فهم رشد و سازگاری با درد مزمن پیشنهاد کردند (۴) که در زمینه توصیف ویژگی‌های افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن بر این باورند این افراد در معرض خطر بیشتری برای ایجاد درد مزمن، ناتوانی در مدیریت درونی ناراحتی همراه با درد و در برقراری رابطه درمانی و اتحاد درمانی با درمانجو مقاومت بیشتری دارند. بنابراین، دلبستگی ناایمن به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری در نظر گرفته می‌شود که احتمالا سازگاری با درد را مشکل کرده و نتایج حاصل از اقدامات درمانی را با محدودیت مواجه می‌سازد (۴). همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط بین سبک دلبستگی ناایمن، شدت درد مزمن، ناتوانی جسمانی واستفاده کمتر از مراقبت‌های بهداشتی است (۵-۷). افزون بر این از دیگر مولفه‌هایی که می‌تواند در شدت و ناتوانی درد اثرگذار باشد، مفهوم ذهنی‌سازی[2]است (۸). ذهنی‌سازی فرآیندی است که در اثر تعامل مراقب و نوزاد رشد می‌یابد. ذهنی‌سازی؛ عبارت است از فهم و تفسیر رفتار انسان‌ها در آگاهی از حالت‌های ذهن مثل نیازها، آرزوها، احساسات، باورها، اهداف، مقاصد خود و دیگری که شیوه‌ای از فعالیت‌های ذهن بوده که در ارتباط با خود و دیگری شکل می‌گیرد (۸). تحقیقات نشان می‌دهد فهم حالات روانی دیگران برای افرادی که توان ذهنی‌سازی پایین و سبک دلبستگی ناایمن دارند مشکل است و یا از حساسیت کمتری برخودار می‌باشد (۹) و این نقص می‌تواند سیستم تنظیم هیجانات را نیز مختل کند که در این راستا تعدادی از مطالعات در حوزه رابطه بین درد و عواطف، هیجانات را به عنوان عامل تعیین‌کننده و پیامدهای تجربه ذهنی درد پیشنهاد کرده‌اند (۱۰, ۱۱)؛ به عبارتی درد می‌تواند توسط هیجانات تعدیل شود. همچنین نحوه پاسخگویی مراقبین به کودک نیز باعث

[1] International Association for the Study of Pain

[2] Mentalization

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

شکل‌گیری یک مدل کار درونی برای مقابله با پریشانی و تنظیم هیجانات در کودک می‌شود (۱۲). تحقیقات نشان می‌دهد افراد دلبسته ناایمن، ذهنی‌سازی ضعیف یا حساسیت کمتری نسبت به حالات روانی دیگران نشان می‌دهند (۹). به این ترتیب افراد دارای مشکلاتی در ذهنی‌سازی ممکن است احساسات جسمی را به عنوان حالات عاطفی منفی تفسیر کنند که اغلب در بیماران مبتلا به جسمانی‌سازی رخ می‌دهد (۱۳, ۱۴). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که تنظیم هیجان می‌تواند عامل مهمی در توسعه و مدیریت درد باشد. تنظیم هیجان به عنوان توانایی اصلاح و تعدیل پاسخ‌های عاطفی در حوزه‌های رفتاری، تجربی یا فیزیولوژیکی برای دستیابی به اهداف خود تعریف می شود (۱۵). در تحقیقات اخیر، فرایند نقص در تنظیم هیجانی به عنوان عاملی اساسی در طیف گسترده‌ای از اختلالات روانشناختی اعم از درد مزمن مورد توجه قرارگرفته است (۱۲). چنانچه در بالا ذکر شد، طبق نظریه کنترل دروازه‌ای درد؛ ادراک فیزیولوژیکی شخص از درد با هیجانات و شناخت تعدیل می‌گردد، بدین گونه هم واکنش هیجانی و هم ارزیابی شناختی درد در تجربه ذهنی درد موثر است (۱۶)، بنابراین با نظر به اینکه تاکنون هیچگونه بررسی منظمی در ایران در زمینه پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس سبک دلبستگی، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان انجام نگرفته و همچنین با توجه به افزایش شیوع درد مزمن در کشور و از آنجاییکه درد مزمن باعث شده است هزینه بهداشت و درمان رو به افزایش قرار گیرد ضرورت دارد به این مهم به طور ویژه پرداخته شود چراکه شناخت عواملی از جمله مسائل اجتماعی و روانشناختی درد مزمن باعث می‌شود که از آسیب‌های بیشتر پیشگیری شده و می‌توان با بررسی عوامل دخیل در پدیدآیی درد مزمن، در پیشگیری، کوتاه نمودن و سهولت دوره درمانی بیماران مبتلا اقدامات موثری انجام داد. بدین ترتیب مطالعه حاضر به بررسی سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی مولفه‌های درد بیماران مبتلا به درد مزمن پرداخته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقطعی و به روش همبستگی (پیش‌بینی) و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن با شکایت درد جسمانی مانند سردردهای میگرنی، دردهای مفصلی، آرتروز و دردهایی با ریشهٔ روان تنی بوند که در بازه زمانی فروردین تا مردادماه ۱۳۹۹ به کلینیک یلدا بیمارستان امام خمینی در شهر تهران مراجعه کردند و نمونه پژوهشی شامل ۳۳۹ نفر بود که از طریق فرمول حجم نمونه $n = z\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)^2 \times \partial^2/d^2$ به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی (در دسترس) انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از سابقه شکایت از درد مزمن در طی ۶ ماه گذشته به طور مداوم و توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و معیارهای خروج برای بیماران شامل وجود آسیب وارده به سر، تشخیص اختلالات وخیم روانپزشکی از جمله اختلالات روانپریشی، افسردگی و اضطراب شدید، سوء مصرف مواد مخدر و الکل و بیماری‌های مزمن از جمله دیابت بود که بررسی‌های لازم از طریق ارزیابی نوع داروی مصرفی و با مراجعه به پرونده‌های مراجعین که توسط پزشک متخصص کلینیک غربالگری‌های لازم به عمل آمده بود، صورت گرفت. همچنین عوامل جمعیت شناختی مانند تاهل، جنسیت، تحصیلات، میزان ابتلا به بیماری‌های روانشناختی و زمینه‌ای شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله بعدی توضیحات لازم دربارهٔ دلایل انجام پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و شرکت آزادانه در پژوهش ارایه و رضایت آنها برای شرکت در پژوهش دریافت شد. سپس، پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، دلبستگی بزرگسال، درجه بندی درد مزمن، ذهنی‌سازی و دشواری در تنظیم هیجان در بین بیمارانی که برای نمونه انتخاب شدند

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

توسط پژوهشگران توزیع شد و پس از مطالعه فرم رضایت آگاهانه و ارائه اطلاعات کلی درباره پژوهش پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. همچنین بیمارانی که قادر به استفاده از فضای مجازی بودند به خاطر مسائل بهداشتی در دوره پاندمی کووید۱۹ لینک پرسشنامه‌ها در گوگل فرم طراحی‌شده و ارسال می‌شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

در نهایت، پس از گردآوری داده‌ها و ورود آنها به رایانه، تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخهٔ ۲۲ نرم‌افزارهای SPSS انجام شد. ضمنا کد اخلاق این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با شماره IR.IUMS.REC.1399.1025 به ثبت رسیده است.

۱- مقیاس دلبستگی بزرگسال هزن و شیور: این پرسشنامه توسط هزن و شیور (۱۹۸۷) ساخته شده و ۱۵گویه دارد و به هر سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا ۵ گویه تعلق می گیرد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت از هرگز (نمره ۰) تا تقریبا همیشه (نمره ۴) صورت می‌گیرد. تحلیل عاملی پرسشنامه هزن شیور (۱۹۸۷) توسط کولینزورید (۱۹۹۰) به استخراج سه عامل دلبستگی ایمن، اجتنابی، دوسوگرا منجر شد. هزن و وشیور پایایی بازازمایی کل پرسشناممه را ۰/۸۱ و پایایی با الفا کرونباخ ۰/۷۸به دست آوردند. همچنین روایی صوری و محتوایی را خوب گزارش نمودند و روایی سازه آن را در بسیار مطلوب گزارش نمودند و پایایی الفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۳) برای کل آزمون سبک دلبستگی دوسوگرا، اجتنابی و ایمن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ و ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد (۱۷).

۲-پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن ون کورف: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط ون کورف و همکاران برای اندازه گیری شدت درد مزمن ساخته شد. در این پرسشنامه سه محور شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد ارزیابی می‌گردد. پاسخ دهنده هر یک از هفت عبارت پرسشی آزمون را روی یک مقیاس یازده نقطه ای ۱۰-۰ درجه بندی می‌کند. صفر به معنی "بدون درد" و ۱۰ به معنی "بدترین درد "ممکن است. شیرازی تهرانی و همکاران (۱۳۹۸) الفای کرونباخ این پرسشنامه را برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب۰/۹۱ و ۰/۸۳ بدست آورده اند (۱۸).

۳-پرسشنامه ذهنی‌سازی فوناگی: این ابزار توسط فوناگی و همکاران ساخته شده که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه که ۲۶ ماده دارد برای مولفه اطمینان، سوالات به صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملا موافق تا کاملا مخالف و برای مولفه عدم اطمینان همان مواد به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود. فوناگی و همکاران ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را با روش آزمون – بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۵ برای مولفه اطمینان به دست آوردند (۱۹). در ایران نیز هنجاریابی پرسشنامه کارکرد انعکاسی توسط دروگر و همکاران (۱۳۹۸) انجام شد که تحلیل عاملی تأییدی نشان داد الگوی دو عاملی پرسشنامه از برازش قابل قبولی با داده‌ها برخوردار است. آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۲۰).

۴-مقیاس دشواری تنظیم هیجان گراتز و رومر: گراتز و رومر (۲۰۰۴) برای سنجش دشواری در تنظیم هیجانی مقیاس خودگزارش‌دهی ۳۶ گویه‌ای را تدوین کردند که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریبا هرگز) تا ۵ (تقریبا همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: ۱- عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی،۲- دشواری در انجام رفتار

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

هدفمند،۳- دشواری در کنترل تکانه ،۴- فقدان آگاهی هیجانی ،۵- دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و ۶- عدم وضوح هیجانی. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. پژوهش گراتز و رومر حاکی از همسانی درونی عالی (۰/۹۳) پایایی بازآزمون خوب (۰/۸۸) بوده است (۲۱). بر اساس پژوهش شمس،عزیزی و میرزایی میزان آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ و میزان همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ بود (۲۲).

یافته‌ها

بر اساس جدول ۱ که اطلاعات جمعیت شناختی را ارایه می‌دهد از تعداد کل ۳۳۹ نفر، میزان افراد دارای تحصیلات کارشناسی (۶۰/۲ درصد) دارای بیشترین میزان و مدرک زیر دیپلم (۵ درصد) کمترین میزان را نشان می‌دهد. بیشتر افراد در این پژوهش را افراد متاهل (۸۷ درصد)، جنسیت زن (۵۹/۳)، دارای سابقه بیماری‌های جسمی و روانی (۶۱/۱) و عدم بیماری‌های زمینه‌ای (۵۸/۴ درصد) تشکیل می‌دادند.

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول ۲ به جز خرده مقیاس اطمینان از عامل ذهنی‌سازی با میزان آلفای کرونباخ ۰/۳۲در بقیه موارد عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها از پایایی متوسط روبه بالایی برخوردار بودند. میزان دشواری تنظیم هیجان نیز با میزان با مقدار ۸۹/۱۷ نشان از دشواری در تنظیم هیجان متوسط در بین افراد این پژوهش را نشان می‌دهد. جدول ۳ به ارایه ضریب همبستگی پیرسون بین عامل‌های ذهنی‌سازی، دشواری در تنظیم هیجان، میزان درد و دو خرده مقیاس دلبستگی نا ایمن اضطرابی و اجتنابی پرداخته است. ارتباطات بین عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها برای عامل‌های درد مزمن با ذهنی‌سازی، دشواری در تنظیم هیجان و دلبستگی‌ها ارتباط معنی‌داری را در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد. ارتباط بین شدت درد و ناتوانی درد اگرچه برای دشواری در تنظیم هیجان و دلبستگی ارتباط مثبت معنی‌داری را در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ نشان داد برای ذهنی‌سازی این ارتباط معکوس و منفی است. این میزان همبستگی برای شدت درد با دشواری در تنظیم هیجان میزان ۰/۶۵ و برای ناتوانی در درد ۰/۷۳ حاصل شد. میزان همبستگی شدت درد با دلبستگی اضطرابی و اجتنابی نیز میزان ۰/۵۴ و ۰/۴۵ بود. در ناتوانی درد نیز این همبستگی برای دلبستگی اضطرابی و اجتنابی ۰/۶۹ و ۰/۴۰ بودند که در هر دو شاخص درد این ارتباط برای دلبستگی اضطرابی میزان شدت بیشتری را نسبت به دلبستگی اجتنابی نشان میدهد. ارتباط بین ذهنی‌سازی با دلبستگی های ناایمن و دشواری در تنظیم هیجان نیز ارتباط منفی معنی‌داری را در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد.

در جدول ۴ به ارایه نتایج پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس دشواری تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی و دلبستگی ناایمن که شامل دو مورد دلبستگی ناایمن اضطرابی و اجنتابی می‌باشد در بیماران دارای درد مزمن بر اساس رگرسیون خطی گام به گام پرداخته می‌شود. در این روش ابتدا متغیرهای پیش‌بین بر اساس بیشترین شدت وارد مدل شده و سپس در گام‌های بعدی متغیرهای دیگر به ترتیب بر اساس میزان تبیین پذیری وارد مدل شده تا به مدل نهایی با همه متغیرها، تأثیر همه متغیرهای پیش‌بین بر روی میزان ناتوانی درد و شدت درد بیان می‌شود. بر اساس فرضیات مدل برای ناتوانی درد شامل عدم هم‌خطی با شاخص عامل تورم واریانس ۶/۹۳-۱/۵۷ انحراف شدیدی از عدم هم‌خطی را نشان نمی‌دهد. شاخص دوربین واتسون نیز با میزان ۱/۸۹ استقلال باقیمانده‌ها را تایید می‌کند. فرضیات مدل برای شدت درد هم شامل عدم هم خطی با شاخص عامل تورم واریانس با محدوده ۶/۹۳-۱/۵۷ انحراف جدی از عدم هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین را نمی‌دهد. شاخص دوربین واتسون نیز با مقدار ۲/۱۶ استقلال باقیمانده ها را تایید می‌کند. بر

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

اساس نتایج جدول ۴ و تأثیر متغیرهای پیش‌بین دشواری تنظیم هیجان و دلبستگی ناایمن اضطرابی ارتباط مثبت معنی‌داری را در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ بر روی ناتوانی درد نشان می‌دهند که این ارتباط برای دشواری تنظیم هیجان بر اساس ضریب رگرسیون استاندارد شده (β =۰/۵۲) شدت بیشتری را نشان می‌دهد. متغیر دلبستگی نا ایمن اضطرابی نیز با (β =۰/۳۰) متغیر بعدی پس از دشواری تنظیم هیجان است. در تبیین‌پذیری مدل نیز میزان ضریب تعیین ۰/۵۴ که به بیانی ۵۴ درصد از تغییر پذیری مدل توسط دشواری تنظیم هیجان برروی ناتوانی درد بیان می‌کند توسط متغیرهای در مدل تبیین شده‌اند. دلبستگی ناایمن اضطرابی نیز متغیر پیش‌بین بعدی می‌باشد که تأثیر معنی‌داری در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ را برروی متغیر ناتوانی درد نشان می‌دهد. در بررسی تأثیر متغیرهای پیش‌بین دشواری در تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی، دلبستگی‌های نایمن اضطرابی و اجتنابی بر روی شدت درد، سه متغیر دلبستگی ناایمن اجتنابی، ذهنی‌سازی و دشواری تنظیم هیجان تأثیر معنی‌دار مثبتی را در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهند. در میزان تأثیر بر روی شدت درد نیز دشواری تنظیم هیجان بیشترین شدت را نشان داده (β =۰/۵۴) و پس از آن ذهنی‌سازی (β =۰/۲۵) و دلبستگی ناایمن اجتنابی (β =۰/۱۳) می‌باشند. میزان تبیین‌پذیری برای شدت درد نیز (R^2=۰/۴۴) را نشان می‌دهد که نسبت به ناتوانی درد توسط همین متغیرهای پیش بین (R^2=۰/۵۸) میزان کمتری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی مولفه‌های درد بر اساس تنظیم هیجان، سبک دلبستگی ناایمن و ذهنی‌سازی در بیماران مبتلا به درد مزمن بود. بر اساس نتایج به دست آمده، رابطه معنی‌دار قوی بین دشواری در تنظیم هیجان و شدت و ناتوانی درد به دست آمد که با مطالعات (۲۳)، (۲۴)، (۲۵)، (۲۶) مطابقت داشت. در این راستا چنین تبیین می‌شود که افراد اغلب برای کنترل هیجانات پیچیده در نتیجه درد مزمن به راهبردهای تنظیمی ناسازگارانه مانند اجتناب روی می‌آورند (۲۷). الکساندرا بارنز و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود اذعان داشتند استفاده افراد از روش‌های اجتنابی ناکارآمد به عنوان مثال اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی برای مدیریت تجربیات اغلب باعث غرق شدن بیشتر آنها در چالش‌ها و حس درماندگی و ناتوانی بیشتر می‌شود که افراد مبتلا به درد مزمن نیز ممکن است همزمان با آن چندین احساس منفی مانند ترس، شرم و گناه را تجربه کنند. علاوه بر این، افراد مبتلا به درد مزمن احساس اضطراب، افسردگی، انزوا، ناامیدی، سرخوردگی و غرق شدن را گزارش می‌کنند (۲۸) که در این باب مطالعات متعدد نشان می‌دهد با ایجاد عواطف منفی، افزایش درد خود گزارش شده و آستانه تحمل درد و ناتوانی در برابر آن پایین تر است، در حالی که با ایجاد عواطف مثبت، درد کمتری از خود گزارش شده و تحمل درد بیشتر است (۲۹). در این راستا، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که تنظیم هیجان می‌تواند عامل مهمی در توسعه و مدیریت درد باشد (۱۵). بسیاری از مطالعات اثربخشی راهبردهای تنظیم هیجان را برای تعدیل هیجانات منفی مانند عصبانیت، ترس یا غم در برابر بیماری و تجربه درد را نشان داده اند بدین ترتیب که بررسی انواع راهبردهای تنظیم هیجانی در یک متاآنالیز بزرگ انجام شده توسط آلدائو[3] و همکاران مورد مطالعه و تحلیل قرار گرفت (۳۰) و نشان دادند راهبردهایی همچون نشخوار فکری، اجتناب و سرکوب از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه تلقی می‌شود در حالی که راهبردهای حل مسئله، ارزیابی مجدد شناختی، پذیرش و ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان راهبردهای انطباقی و سازگارانه طبقه‌بندی شود. از طرفی هیجانات تجربه شده در رابطه با درد مزمن، پیچیدگی‌های خاصی داشته و به مقابله و تنظیم سازگارانه نیاز دارد و شناسایی

[3] Aldao

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

دقیق هیجانات؛ سنگ‌بنای تنظیم هیجان است که امکان تنظیم هیجانات تطبیقی و سازگارانه را فراهم می‌کند (۳۱) که در پژوهش حاضر نیز نقص و دشواری در توانایی تنظیم هیجان در افراد دارای درد مزمن به طور واضح مشهود است. همچنین پرنپان سریسوپا[4] و همکاران در مطالعه سیستماتیک خود اذعان داشتند ذهن‌آگاهی با سایر تکنیک‌های مقابله با درد متفاوت است و افراد را ملزم به نادیده گرفتن یا ارزیابی مجدد شناختی در ادراک تحولات و انتظارات در مواجهه با درد می‌کند. داشتن دیدگاه مبتنی بر بی‌طرفی با تغییر ارزیابی عاطفی نسبت به محرک‌ها مانند آنچه در راهبرد ذهن‌آگاهی اتفاق می‌افتد، شدت هیجانات را کاهش داده که منجر به کاهش شدت درد، درد اذیت‌کننده و اضطراب انتظاری مرتبط با درد می‌شود؛ چرا که حضور در لحظه و گشودگی به احساسات و افکار بدون قضاوتگری می‌تواند منجر به ایجاد حس وضوح بیشتری در ارزش‌ها و رفتارهای خویش شده و در نتیجه توانایی درگیر شدن در رفتارهای هدفمند را افزایش می‌دهد که در این صورت فرد حس توانمندی بیشتری نیز در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند زندگی اعم از تجربه درد و بیماری دارد (۲۶) که در پژوهش حاضر نیز مبین امر بود که در تبیین‌پذیری مدل مولفه‌های درد مزمن بخش عظیمی از میزان تغییرپذیری ناشی از دشواری در مهارت‌های مبتنی بر تنظیم هیجان بود. از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار بین سبک دلبستگی ناایمن با شدت درد و همینطور ناتوانی درد بود. مدل رگرسیونی پژوهش حاضر نشان داد سبک دلبستگی ناایمن به ویژه سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی با میزان شدت درد بیشتر و سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی با ناتوانی درد مزمن به طور بیشتر رابطه مثبت و معناداری دارد. این یافته به طور کلی با مطالعه سوری و فیروزی(۱۳۹۷) (۳۲)، بهفر و همکاران (۱۳۹۷) (۳۳) در داخل کشور و در خارج از کشور با مطالعه ویرجینیا منزس[5] و همکاران (۲۰۲۰) (۳۴)، چاربونئو- لفبور[6] و همکاران(۲۰۲۰) (۳۵) و کلونلو[7] (۲۰۲۰) (۳۶) مطابقت دارد. جهت تبیین یافته‌ها می‌توان گفت در انواع سبک‌های دلبستگی، متناسب با سازمان شخصیتی افراد و تفاوت‌های مبتنی بر نوع ادراکشان، دیدگاه متفاوتی نسبت به درد وجود دارد که بر تنظیم عاطفی و همچنین تمایل به جستجوی حمایت در مواقعی که در معرض یک موقعیت تهدیدآمیز مانند درد قرار می‌گیرند، تاثیر می‌گذارد (۳۷) که در راستای صحه‌گذاری بر یافته‌های مذکور اذعان می‌گردد افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی به دلیل تجارب اولیه خود با مراقبانی که دارای حساسیت کم و رفتارهای طردکننده هستند و به منظور پیشگیری از تعارضات بیشتر با مراقبان ممکن است جهت جبران ناکامی حاصل از فقدان صمیمیت، ارزش را از طریق اجتناب از روابط صمیمی با دیگران جستجو کنند. همچنین شاید بتوان این احتمال را مطرح کرد افرادی که از راهبردهای اجتنابی غیر مؤثر و منفی استفاده می‌کنند، به دلیل حالت دفاعی و عدم توانایی برای کسب آرامش و اعتماد در کنار اطرافیان هنگام تجربه درد و بیماری، بیشترین سطح استرس و ناراحتی را در قالب فاجعه‌سازی بیشتر امور بالاخص تجربه درد داشته باشند که در این صورت منجر می‌شود اینگونه افراد خود و دیگران را با عبارات منفی‌تری درک کنند و با درد و رنج بیشتری به درد واکنش نشان دهند، روی جنبه‌های منفی تمرکز کرده و از قسمت‌های مثبت زندگی خود غافل شوند (۳۸) که جملگی منجر به شدت بیشتر درد می‌شود. در مقابل افراد با سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی به دلیل جلب حمایت و دریافت همدلی بدون ثبات از سوی مراقبان خود، اگرچه آگاهی بیشتری نسبت به احساسات منفی‌شان دارند اما احساس تنهایی و طردشدگی ناشی از سبک برخورد والدین، آنان را در مواجهه با دردها و

[4] Pornpan Srisopa

[5] Virgínia Menezes
[6] Charbonneau-Lefebvre
[7] Colonnello

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

رنج‌های زندگی اعم از بیماری و سایر دردهای مزمن جسمانی و روانشناختی، درمانده و ناتوان متصور می‌نماید (۳۲). به عبارتی این افراد از خودشان یک درک منفی دارند که از توانایی خود در مقابله با تهدید ناشی از درد مزمن یا تاثیرات منفی مرتبط با آن اطمینان ندارند (۴) که این حالت بر شدت درماندگی و ناتوانی آنان در برابر درد تاثیر ویژه‌ای دارد. همچنین از دیگر یافته‌های این پژوهش، رابطه معنی‌دار منفی بین ذهنی‌سازی با مولفه‌های درد اعم از شدت درد و ناتوانی درد بود. به این صورت که افراد مبتلا به درد مزمن که به میزان بالاتری شدت و ناتوانی درد دارند، از توانایی ذهنی‌سازی محدودتری برخوردارند و برعکس. با نظر به اینکه در ایران در زمینه ذهنی‌سازی و ارتباط آن با مولفه‌های درد مزمن پژوهشی صورت نگرفته است لذا به همسویی و ناهمسویی نتایج حاضر با مطالعات پیشین در خارج از کشور اکتفا می‌کینم. یافته های این مطالعه با پژوهش کلونلو (۳۶)، پارادا[8] و همکاران(۲۳)، مودلون[9] و همکاران(۹) و نازارو[10] و همکاران(۳۹) مطابقت دارد. جهت تبیین یافته‌ها بر اساس اذعانات فوناگی و بیتمن(۲۰۱۶) می‌توان گفت توانایی ذهنی‌سازی ارتباط عمیقی با مفهوم انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری دارد. در واقع، فکر کردن در مورد افکار و احساسات و مهمتر از همه، استفاده از دانش این حالات ذهنی برای تسلط بر چالش‌های زندگی در خدمت ایجاد یک فرایند با درجه بالاتر از شناخت است که به افراد دارای توانایی ذهنی‌سازی قوی اجازه می‌دهد تا هم بر چالش‌های روزمره و هم سختی‌های زندگی به نحومطلوبی فائق آید. در همین راستا، در مورد چگونگی کارکرد ذهنی‌سازی در جهت انعطاف پذیری و تاب‌آوری، استین (۲۰۰۶) در مورد نوعی سیستم فیلترسازی درون روان‌شناختی اذعان داشت که این سیستم به یمن روابط دلبستگی ایمن اولیه ایجاد شده است که به افراد امکان می‌دهد تجربیات دردناک را متابولیزه کرده و بر خودپنداره یا انتظارات آن‌ها از دیگران تاثیر می‌گذارد. همچنین در اغلب موارد این حالت در سایر بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های دارای درد مزمن رخ می‌دهد که موارد گفته شده می‌تواند مهر تاییدی بر یافته پژوهشی حاضر مبنی بر ارتباط معکوس و معنادار بین ذهنی‌سازی و مولفه‌های درد گردد. بدین ترتیب افرادی که رویدادهای استرس‌زای زندگی را تجربه کرده‌اند، در تمایز سیگنال‌های عاطفی، بیان کلامی احساسات، توجه و آگاهی از تجربه لحظه فعلی در زندگی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. نسبت به دیگران و دردها و رنج‌های زندگی نگرانی بیشتری نشان می دهند، همچنین هنگام مشاهده تجربیات منفی در دیگران و همچنین خودشان، ناراحتی و اضطراب بیشتری متحمل می‌شوند(۴۰) که در پژوهش حاضر نیز شاهد آن بودیم. به طور کلی در این پژوهش سبک‌های دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان توانستند مولفه‌های درد اعم از شدت و ناتوانی درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی کنند که یافته‌های حاصل برای جمعیت هدف بزرگسالان دارای درد مزمن کاربردی بوده و برای سیاست‌گذاران سلامت و متخصصان درد نیز می‌تواند امری سازنده و کارآمد در جهت برنامه‌ریزی‌های مناسب و تنظیم پروتکل‌های درمانی در راستای ارتقاء سلامت بیماران تلقی شود. بر اساس پژوهش‌های پیشین سالانه هزینه‌های هنگفتی بابت درمان و کنترل درد افراد مبتلا به دردهای مزمن پرداخت می‌شود از این رو توجه به راهکارهایی که بتواند عوامل روانشناختی مهم مانند اختلالات حوزه دلبستگی، تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی را مورد هدف قرار داده تا بیماران با درد خود سازگار شده و به پذیرش نسبی نسبت به درد خود برسند؛ بسیار مفید خواهد بود. زیرا درمان‌های روانشناختی تاثیر ماندگارتری نسبت به درمان‌های دارویی در جهت بهبود و ارتقای سلامت روانشناختی بیماران دارند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر نمونه‌گیری محدود و روش نمونه گیری در

[8] Parada
[9] Modelon
[10] Nazzaro

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

دسترس آن بوده که می‌تواند به تعمیم‌پذیری یافته‌ها لطمه وارد سازد. همچنین خودگزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده مهمترین محدودیت پژوهش حاضر بود، بنابراین ممکن است متغیرهایی از قبیل سبک پاسخگویی، انگیزه‌های بیرونی و حالت‌های روانشناختی بیمار در لحظه جمع‌آوری داده‌ها اثرات بالقوه‌ای بر پاسخ آن‌ها گذاشته و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از ابزارهای عینی‌تر که دارای سوگیری کمتر در رابطه با نظر آزمودنی هستند مانند مشاهده مستقیم رفتار بیمار و یا مطالعات کیفی مورد استفاده پژوهشگران قرار گیرد. همچنین طرح پژوهشی یک طرح همبستگی است و درنتیجه ضرایب همبستگی و رگرسیون بدست آمده در این پژوهش را نباید به مثابه شواهدی بر روابط علت و معلولی بین متغیرهای پژوهش تلقی کرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از شرکت‌کنندگانی که در این پروژه همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌گردد. ضمنا پژوهش حاضر تعارض منافع ندارد و حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی سلامت با کد ۶۰۵ می‌باشد.

منابع

۱. Gatchel RJ, Rollings KH. Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. The Spine Journal. 2008;8(1):40-4. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2007.10.007

۲. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low-and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. Anesthesia & Analgesia. 2016;123(3):739-48. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001389

۳. Asadi-Piri Z, Harvey IS, Imani-Nasab M-H ,Zare S, Nouraei Motlagh S, Cheraghi N. Spirituality and pain self-efficacy in older adults with chronic pain: evidence from Iran. Journal of Religion, Spirituality & Aging. 2021;33(3):298-310. https://doi.org/10.1080/15528030.2020.1845277

۴. Mikail SF, Henderson PR, Tasca GA. An interpersonally based model of chronic pain: An application of attachment theory. Clinical Psychology Review. 1994;14(1):1-16. https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90045-0

۵. Diamond LM, Hicks AM. Attachment style, current relationship security, and negative emotions: The mediating role of physiological regulation. Journal of Social and Personal Relationships. 2005;22(4):499-518. https://doi.org/10.1177/0265407505054520

۶. Davies KA, Macfarlane GJ, McBeth J, Morriss R, Dickens C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. PAIN®. 2009;143(3):200-5. https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.013

۷. Ilves OE, Hermsen LA, van der Wouden JC, Holla JF, van der Leeden M, Smalbrugge M, et al. Are changes in pain, cognitive appraisals and coping strategies associated with changes in physical functioning in older adults with joint pain and chronic diseases? Aging clinical and experimental research. 2019;31(3):377-83. https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-018-0978-x

۸. Fonagy P. Affect regulation, mentalization and the development of the self: Routledge; 2018. https://doi.org/10.4324/9780429471643

۹. Riem MM, Doedée EN, Broekhuizen-Dijksman SC, Beijer E. Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. Psychiatry research. 2018;268:108-13. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056

۱۰. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy. American psychologist. 1989;44(1):19. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19

۱۱. Peters ML. Emotional and cognitive influences on pain experience. Pain in psychiatric disorders. 2015;30:138.۵۲- DOI: 10.1159/000435938

۱۲. Fonagy PG, Jurist G, Target E. M.(2002) Affect Regulation, Mentalization, and the

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

Development of the Self ed. New York, NY: Other Press203-251. https://doi.org/10.4324/9780429471643

.۱۳ Jansman R, Riem M, Broekhuizen-Dijksman S, Veth C, Beijer E, Vingerhoets A. Attachment and crying in patients with medically unexplained somatic symptoms. SN Comprehensive Clinical Medicine. 2019:1-8. https://link.springer.com/article/10.1007/s42399-019-00180-4

.۱۴ Luyten P, Van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy P. A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. Psychoanalytic Psychotherapy. 2012;26(2):121-40. https://doi.org/10.1080/02668734.2012.678061

.۱۵ Gross JJ. Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. 2014. https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-001

.۱۶ Melzack R, Katz J. The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. 2001. https://psycnet.apa.org/record/2001-05101-003

.۱۷ Amir Hussein A., Ishaq Rabb, Mahmoud N. [The structural effect of chronic stress, resilience and physicalization on functional disability in functional physical symptoms: The mediating role of mentalization (persian)]. https://www.sid.ir/fA/Journal/ViewPaper.aspx?id=558460

.۱۸ Dehnavi. R, Tavakoli. Gh, Montajabian.Z . [The effectiveness of positive psychotherapy on pain perception and death anxiety in the elderly (persian)]. Psychology of aging. 2020; 5 (4): 321-32. Doi: 10.22126/JAP.2020.4969.1397

.۱۹ Wilson KG, Kowal J, Henderson PR, McWilliams LA, Péloquin K. Chronic pain and the interpersonal theory of suicide. Rehabilitation psychology. 2013;58(1):111. https://doi.org/10.1037/a0031390

.۲۰ Drogar E, Ashtiani F, Ali, Ashrafi. [Validation and reliability of the Persian version of the subjectification questionnaire (persian)]. Clinical Psychology. 2020; 12 (1): 1-12. Doi:10.22075/jcp.2020.18897.1745

.۲۱ Choubdar M. The relationship between behavioral inhibition/activation systems and attachment styles with cardio diseases: MA thesis, General psychology, Tabriz university, Tabriz, Iran.(Persian); 2007. Doi: 20.1001.1.20084331.1390.5.3.6.5

.۲۲ Alavi SM ,Rafieinia P, Makvand HS. Comparison of Behavioral Brain Systems and Difficulty of Emotional Regulation Profile in Patients with Social Anxiety Disorder and Normal People. http://jsums.medsab.ac.ir/article_1119.html?lang=en

.۲۳ Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Stressful life events and hopelessness in adults: the mediating role of mentalization and emotional dysregulation. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020(AHEAD). https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1061

.۲۴ Jaén I, Díaz-García A, Pastor MC, García-Palacios A. Emotion regulation and peripheral psychophysiological correlates in the management of induced pain: A systematic review. PloS one. 2021;16(6):e0253509. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253509

.۲۵ Sadeghpoor R, Farhangi A, Tizdast T. Relationship of somatic symptoms with difficulty in emotional adjustment, alexithymia and traumatic events in adolescents offenders. Journal of police medicine. 2018;7(3):123-8. Doi: 20.1001.1.22286241.1397.7.3.3.6

.۲۶ Srisopa P, Cong X, Russell B, Lucas R. The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review. Pain Management Nursing. 2021;22(6):783-90. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.05.011

.۲۷ Sirois FM, Molnar DS, Hirsch JK. Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. Self and Identity. 2015;14(3):334-47. https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249

.۲۸ Barnes A, Adam ME, Eke AO, Ferguson LJ. Exploring the emotional experiences of young women with chronic pain: The potential role of self-compassion. Journal of health psychology.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

2021;26(3):367-77. https://doi.org/10.1177/1359105318816509

.۲۹ Tang NK, Salkovskis PM, Hodges A, Wright KJ, Hanna M, Hester J. Effects of mood on pain responses and pain tolerance: an experimental study in chronic back pain patients. Pain. 2008;138(2):392-401. https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.01.018

.۳۰ McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. Behaviour research and therapy. 2011;49(9):544-54. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003

.۳۱ Werner A, Isaksen LW, Malterud K. 'I am not the kind of woman who complains of everything': Illness stories on self and shame in women with chronic pain. Social science & medicine. 2004;59(5):1035-45. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.001

.۳۲ Firoozi M, Souri Z. [Attachment styles Predics catastrophizing and pain intensity in patients with chronic pain (persian)]. Journal of Psychological Sciences. 1397; 17 (71): 807-801

https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=310&sid=1&slc_lang=fa

.۳۳ Behfar, Kraskian, Addis, Fati, Laden, Fathi. [The role of attachment styles in the quality of life of patients with chronic pain (persian)]. Anesthesia and pain. 2018; 9 (2): 37-46. https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/592317

.۳۴ Bonaz BL, Bernstein CN .Brain-Gut Interactions in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology. 2013;144(1):36-49. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2012.10.003

.۳۵ Charbonneau-Lefebvre V, Rosen NO, Bosisio M, Vaillancourt-Morel M-P, Bergeron S. An Attachment Perspective on Partner Responses to Genito-pelvic Pain and Their Associations with Relationship and Sexual Outcomes. The Journal of Sex Research. 2020:1-13. https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1761936

.۳۶ Colonnello V, Agostini A. Disease course, stress, attachment, and mentalization in patients with inflammatory bowel disease. Medical Hypotheses. 2020:109665. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109665

.۳۷ Dallos R. Attachment narrative therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. Journal of Family Therapy. 2004;26(1):40-65.

.۳۸ Sechi C, Vismara L, Brennstuhl MJ, Tarquinio C, Lucarelli L. Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. Health Psychology Open. 2020;7(2):2055102920947921. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2004.00266.x

.۳۹ Nazzaro MP, Boldrini T, Tanzilli A, Muzi L, Giovanardi G, Lingiardi V. Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality? Psychiatry Research. 2017;256:169-75. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.045

.۴۰ Ballespí S, Vives J, Alonso N, Sharp C, Ramírez MS, Fonagy P, et al. To know or not to know? Mentalization as protection from somatic complaints. PloS one. 2019;:(۵)۱۴e0215308. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215308

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۷	۵
	دیپلم	۲۷	۸
	فوق دیپلم	۲۷	۸
	کارشناسی	۲۰۴	۶۰/۲
	کارشناسی ارشد و دکتری	۶۴	۱۸/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۴۴	۱۳
	متأهل	۲۹۵	۸۷
جنسیت	مرد	۱۳۸	۴۰/۷
	زن	۲۰۱	۵۹/۳
مبتلا به بیماری های جسمی و روانی	بله	۲۰۷	۶۱/۱
	خیر	۱۳۲	۳۸/۹
مبتلا به بیماری های زمینه‌ای	بله	۱۴۱	۴۱/۶
	خیر	۱۹۸	۵۸/۴

جدول ۲. اطلاعات توصیفی وپایایی

عامل ها و خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	آلفای کرونباخ
ذهنی سازی (نمره کل)	۳/۸۹	۱/۰۲	۲	۶	۰/۶۲
عدم اطمینان	۴/۲۷	۱/۲۳	۲	۶/۷۵	۰/۶۵
اطمینان	۳/۵۱	۱/۲۱	۱/۵۰	۶	۰/۳۲
شدت درد	۴۳/۹۹	۲۶/۲۲	۰	۸۶/۶۷	۰/۹۲
ناتوانی درد	۳۴/۸۱	۲۸/۲۸	۰	۸۳/۳۳	۰/۹۸
دشواری تنظیم هیجان (نمره کل)	۸۹/۱۷	۲۷/۸۸	۴۳	۱۳۷	۰/۹۶
عدم پذیرش هیجان منفی	۱۴/۲۵	۶/۳۹	۶	۲۶	۰/۹۱
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۱۴/۹۷	۲/۸۴	۹	۲۲	۰/۸۲
دشواری در کنترل تکانه	۱۵/۱۱	۵/۹۶	۷	۲۸	۰/۸۸
فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۹۷	۴/۵۲	۷	۲۶	۰/۷۷
دسترسی محدود به راهبردهای اثر بخش تنظیم هیجان	۱۹/۶۱	۷/۵۹	۸	۳۶	۰/۹۰

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

عدم وضوح هیجانی	۹/۲۵	۴/۲۲	۴	۲۰	۰/۹۰
دلبستگی نا ایمن اضطرابی	۲/۸۸	۰/۸۱	۱/۶۷	۴/۶۷	۰/۷۸
دلبستگی نا ایمن اجتنابی	۳/۰۵	۰/۷۱	۱/۳۳	۴/۳۳	۰/۶۸

جدول۳. ضریب همبستگی پیرسون ذهنی سازی، دشواری در تنظیم هیجان، میزان درد و دلبستگی نا ایمن

عامل ها و خرده مقیاسها	**۱**	**۲**	**۳**	**۴**	**۵**	**۶**	**۷**	**۸**	**۹**	**۱۰**	**۱۱**	**۱۲**
۱.ذهنی سازی	۱											
۲.شدت درد	۰/۵۵** -	۱										
۳.ناتوانی درد	۰/۶۵** -	/۸۶** ۰	۱									
۴.دشواری در تنظیم هیجان(نمره کل)	۰/۷۵** -	/۶۵** ۰	/۷۳** ۰	۱								
۵. عدم پذیرش هیجان منفی	۰/۷۶** -	/۵۹** ۰	/۷۰** ۰	/۹۱** ۰	۱							
۶. دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۰/۶۰** -	/۳۷** ۰	/۴۳** ۰	/۷۸** ۰	/۶۹** ۰	۱						
۷. دشواری در کنترل تکانه	۰/۷۴** -	/۵۲** ۰	/۶۸** ۰	/۹۳** ۰	/۸۵** ۰	/۷۵** ۰	۱					
۸. فقدان آگاهی هیجانی	۰/۴۶** -	/۶۲** ۰	/۶۵** ۰	/۷۹** ۰	/۵۹** ۰	/۵۲** ۰	/۶۵** ۰	۱				
۹. دسترسی محدود به	۰/۷۵** -	/۵۷** ۰	/۶۳** ۰	/۹۵** ۰	/۸۶** ۰	/۷۳** ۰	/۹۰** ۰	/۶۷** ۰	۱			

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

راهبردهای اثر بخش تنظیم هیجان												
۱۰. عدم وضوح هیجانی	۰/۴۸**	۰/۷۲**	۰/۶۹**	۰/۸۰**	۰/۶۶**	۰/۴۹**	۰/۶۰**	۰/۷۸**	۰/۷۰**	۱		
۱۱. دلبستگی ناایمن اضطرابی	۰/۹۰**	۰/۵۴**	۰/۶۹**	۰/۷۹**	۰/۷۸**	۰/۶۴**	۰/۷۹**	۰/۵۱**	۰/۷۷**	۰/۳۵**	۱	
۱۲. دلبستگی ناایمن اجتنابی	۰/۵۱**	۰/۴۵**	۰/۴۰**	۰/۵۶**	۰/۵۱**	۰/۳۱**	۰/۴۴**	۰/۳۸**	۰/۶۲**	۰/۵۵**	۰/۵۷**	۱

جدول ۴. رگرسیون سلسله مراتبی برروی شدت درد وناتوانی درد بر اساس دشواری تنظیم هیجان ، ذهنی سازی و دلبستگی ناایمن

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب رگرسیونی استاندار شده (β)	خطای استاندارد ضرایب	سطح معناداری (*P-value*)	تغییرات ضریب تعیین(ΔR^2)	ضریب تغیرات (R^2)
ناتوانی درد	دشواری تنظیم هیجان	۰/۵۲	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۵۸
	ذهنی سازی	۰/۰۲	۲/۳۲	۰/۷۵	۰/۰۰۴	
	دلبستگی نا ایمن اضطرابی	۰/۳۰	۳/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۳	
	دلبستگی نا ایمن اجتنابی	-۰/۰۷	۱/۷۶	۰/۰۹	۰/۰۰۶	
شدت درد	دشواری تنظیم هیجان	۰/۵۳	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۴۴
	ذهنی سازی	۰/۲۵	۲/۴۷	۰/۰۰۸	۰/۰۰۷	
	دلبستگی نا ایمن اضطرابی	-۰/۱۹	۳/۴۴	۰/۰۷	۰/۰۰۳	
	دلبستگی نا ایمن اجتنابی	۰/۱۳	۱/۸۷	۰/۰۱	۰/۰۱	

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]