

Comparison of cognitive, emotional and social factors in the psychological problems of patients with chronic pain

Emrah Tajaddini*
Firoozeh Sepehrian Azar**
Ozra Pourali***

Abstract

Chronic pain is a comprehensive pain and a challenging health problem that affects a large percentage of the world's population. The cognitive, emotional and social factors in the psychological problems of patients with chronic pain. The method of this study was a comparative –casual design. The population of this study was include all of patients with chronic pain referred to pain clinic in the Urmia. Sample of this study was 40 patients with chronic pain referred to pain clinic in the Urmia. Participants were selected by voluntary sampling method. Data were analyzed using analysis of variance. The results indicated that there is significant differences between two groups in looming maladaptive style, negative problem-orientation, interpersonal emotion regulation, emotional processing styles and rejection sensitivity variables, and patients with chronic pain have the higher scores in these variables. Then, attention to psychological problems in the etiology and treatment of psychological problems of these patients can be a useful step in the reducing of these problems and improving of mental health in the patients.

Keywords: Chronic pain, cognitive factors, emotional factors, social factors

* **Corresponding Author:** Ph.D. in Psychology, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran (emrahbest@yahoo.com)

** Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

*** M.A in General Psychology, Psychology of Department, Payame Noor University, Urmia, Iran

بررسی مقایسه مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد عادی

امراه تاج‌الدینی *

فیروزه سپهزبان‌آذر **

عذرا پورعلی ***

چکیده

درد مزمن رنجی فراگیر و مشکلی چالش‌انگیز برای سلامتی است که درصد زیادی از جمعیت جهان را به خود مبتلا می‌کند. این پژوهش با هدف بررسی مقایسه مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد عادی انجام گرفت. پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی درد در شهر ارومیه و افراد سالم است که شامل ۴۰ نفر مبتلا به درد مزمن و ۴۰ نفر از افراد سالم بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند-دوگانه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از روش آماری عاملی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین دو گروه در متغیرهای سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی جهت‌گیری منفی به مشکل افراد مبتلا به درد و افراد سالم، تنظیم هیجان بین‌فردی، سبک‌های پردازش هیجانی و حساسیت به طرد تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات بیماران مبتلا به درد مزمن در متغیرهای فوق بیشتر است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت بسیاری از مشکلات روان‌شناختی که بیماران مبتلا به درد مزمن تجربه می‌کنند، تا حدی متأثر از عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی است. لذا توجه به این عوامل در سبب‌شناسی و درمان مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند گامی مفید در مسیر کمک به کاهش این مشکلات و ارتقاء سلامت روان آن‌ها باشد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، مشکلات روان‌شناختی

* دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

emrahbest@yahoo.com

** استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

*** کارشناس روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، ارومیه، ایران

مقدمه

درد مزمن رنجی فراگیر و مشکلی چالش‌انگیز برای سلامتی است که ۹ تا ۲۱ درصد جمعیت بزرگسال در ایران (غفاری، علیپور، جنسن، فرشاد و وینگارد^۱، ۲۰۰۶) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. واژه درد مزمن برای توصیف درد غیرسرطانی و مقاوم به درمان به کار برده می‌شود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبودی انتظار می‌رود، طول کشیده است (احدی، ایمانی، رهگذر و مسچی، ۱۳۹۰). درد تجربه هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و بالفعل بافتی است که از عوامل چندگانه زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد (اد، دیلورث و تورنر^۲، ۲۰۱۴). شواهد نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به درد مزمن به علت این‌که نمی‌توانند درد خود را تسکین دهند، دارای مشکلات روان‌شناختی خاصی می‌باشند. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. هم‌چنین درد باعث کاهش توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد می‌شود و بیمار برخلاف تمایل خویش نمی‌تواند از درد رهایی یابد. این امر باعث افت روحیه، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی می‌شود (تورک و اوکیفوجی^۳، ۲۰۰۲). از این‌رو، آشفتگی روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به درد مزمن شیوع بیشتری دارد (سلیمان، زانیوین، خئونگ، بجوانی و سئونگ^۴، ۲۰۱۷). مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب می‌تواند نقش مهمی در تشدید ادراک درد در این بیماران داشته باشد (وو^۵، ۲۰۱۰). سازگاری مؤثر با درد نیازمند انطباق همه جانبه زندگی بیمار با تجربه درد است. از این‌رو، تغییر در تجربه روان‌شناختی همراه با تجربه درد می‌تواند اثرات محدودکننده درد در زندگی افراد مبتلا به دردهای مزمن را به حداقل برساند. به همین منظور، تعیین عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی مرتبط با تجربه درد به منظور ایجاد شرایطی برای تغییر این عوامل به جهت کاهش پریشانی ناشی از درد ضرورت دارد (تان، نگوین، اندرسون و جنسن و ثرنبای^۶، ۲۰۰۵).

1. Ghaffari, Alipour, Jensen, Farshad, & Vingard
2. Ehde, Dillworth, & Turner
3. Turk & Okifuji
4. Sulaiman, Zanyuin, Kheong, Bhojwani, & Seung
5. Woo
6. Tan, Nguyen, & Thornby

سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی^۱ یکی از متغیرهای شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر است. سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی متغیری شناختی است که ریسکیند، ویلیامز، گسنر، چرسنیاک و کرتینا^۲ (۲۰۰۰) آن را به‌عنوان یک الگوی شناختی پایدار و گسترده مطرح کردند که در آن تهدید به‌عنوان چیزی که به سرعت خطرناک‌تر شده، به‌طور پیش‌رونده‌ای بدتر شده و به‌طور فعالی شتاب گرفته و تسریع می‌یابد، ارزیابی می‌شود. این مدل در برابر دیگر مدل‌های شناختی اضطراب مطرح شد. بر اساس این مدل، ویژگی بسیاری از نظریه‌های شناختی اضطراب، تأکید بر ارزیابی‌های ثابت و ایستا از تهدید است. این ارزیابی‌ها همچون تصویری ثابت از تهدید هستند به گونه‌ای که تهدید در طول زمان منجمد، بدون تغییر و ثابت فرض می‌شود. در مقابل مدل آسیب‌پذیری نسبت به بزرگ‌نمایی تهدید، خطر و تهدید را پویا (و نه ایستا) و بسان فیلم و تصویری متحرک (و نه تصویر ثابت در زمان) در نظر می‌گیرد که می‌تواند در طول زمان تغییر کند (ریسکیند، ویلیامز و جوینر^۳، ۲۰۰۶). افرادی که سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی را گسترش می‌دهند نسبت به اضطراب آسیب‌پذیر هستند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی نقش نیرومندی در پیش‌بینی علائم اضطرابی دارد (آدلر و استرانک^۴، ۲۰۱۰؛ گونزالز-دز، کالوت، ریسکیند و اورو^۵، ۲۰۱۵؛ سیکا، کادک، چیری، چیسو و مارچتی^۶، ۲۰۱۲). متغیر دیگر شناختی جهت‌گیری منفی به مشکل^۷ است.

رابی‌چاد و دوگاس^۸ (۲۰۰۵) جهت‌گیری منفی به مشکل را مشتمل بر باورهای تعریف می‌کنند که بیانگر تهدید ادراک شده از مشکلات، شک و تردید در مورد توانایی حل مسأله و گرایش به بدبینی نسبت به نتیجه می‌باشد. جهت‌گیری منفی به حل مسأله با شناخت‌ها و هیجان‌هایی مرتبط است که مانع حل مسأله سازگارانه شده (اسپنس، شفیلد و دونوان^۹، ۲۰۰۲) و به‌عنوان مانعی مهم در مدیریت و تقلیل نشانه‌های آشفتگی روان‌شناختی عمل می‌کند

1. looming maladaptive style
2. Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak, & Cortina
3. Joiner
4. Adler & Strunk
5. Gonzalez-Diez, Calvete, & Orue
6. Sica, Caudek, Chiri, Ghisi, & Marchetti
7. negative problem orientation
8. Robichaud & Dugas
9. Spence, Sheffield, & Donovan

(دیزوریلا و نزو^۱، ۱۹۹۹). شواهد نشان می‌دهد که نه فقط مهارت‌های خاص حل مسأله (همچون تعریف و فرمول‌بندی مسأله، ایجاد راه‌حل‌های جایگزین، پیش‌بینی پیامدها و نظارت و ارزیابی راه‌حل‌ها) بلکه هم‌چنین جهت‌گیری شناختی که افراد نسبت به رخدادهای و مدیریت مشکل اتخاذ می‌کنند، با افسردگی و مشکلات روان‌شناختی ارتباط دارد (هاگا، فاین، تریل و استوارت^۲، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین جهت‌گیری منفی به حل مسأله و افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افکار خودکشی رابطه نیرومندی وجود دارد (دیزوریلا، چانگ، ناتینگهام و فاسینی^۳، ۱۹۹۸؛ سادوسکی و کلی^۴، ۱۹۹۳؛ ویلسون، بوشنل، ریکوود، کاپوتی و توماس^۵، ۲۰۱۱).

تامپسون^۶ (۱۹۹۴)، یکی از پیشگامان اولیه این حوزه، تنظیم هیجان را «فرآیندهای درونی و بیرونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی به‌ویژه از نوع شدید و موقتی، برای تحقق بخشیدن به اهداف» تعریف می‌کند. این تعریف اولیه مشخص می‌سازد که هیجان‌ها نه تنها از طریق فرآیندهای درون‌فردی^۷ بلکه هم‌چنین از طریق فرآیندهای بین‌فردی که افراد دیگر را شامل می‌شود نیز می‌توانند تنظیم شوند. بر این اساس، اخیراً ذکی^۸ و ویلیامز (۲۰۱۳)، مدل تنظیم هیجان بین‌فردی ارائه داده‌اند. در این مدل بین تنظیم هیجان بین‌فردی درونی در مقابل بیرونی^۹ و واکنش-وابسته در مقابل واکنش-ناوابسته^{۱۰} تمایز ایجاد شده است. تنظیم هیجان بین‌فردی درونی اشاره به فرآیندهای هیجان‌های یک فرد از طریق کمک گرفتن از یک فرد دیگر تنظیم می‌شود. در مقابل، تنظیم هیجان بین‌فردی بیرونی فرآیندی است که در آن یک فرد هیجان‌های فرد دیگر را تنظیم می‌کند. این فرآیندها یا واکنش-وابسته هستند و یا واکنش-ناوابسته. اگر این فرآیندها بر واکنش‌های

-
1. D'Zurilla & Nezu
 2. Haaga, Fine, Terrill, & Stewart
 3. Chang, Nottingham, & Faccini
 4. Sadowski & Kelly
 5. Wilson, Bushnell, Rickwood, Caputi, & Thomas
 6. Thompson
 7. intrapersonal
 8. Zaki
 9. intrinsic versus extrinsic
 10. response-dependence versus response-independence

بخصوصی از سوی فرد دیگر تکیه کنند، واکنش - وابسته و اگر نیازمند واکنش به خصوص و مشخصی از سوی فرد دیگر نباشد، واکنش - ناوابسته بشمار می‌روند. با این‌که مفهوم تنظیم هیجان بین‌فردی جدیداً مطرح‌شده و پژوهش‌های زیادی در مورد آن انجام نشده اما هافمن^۱ (۲۰۱۴، ۲۰۱۶) مدل تنظیم هیجان بین‌فردی^۲ را برای اختلالات خلقی و اضطرابی تطبیق داده است. دیگر متغیر هیجانی مورد بررسی سبک‌های پردازش هیجانی بود.

مفهوم پردازش هیجانی اولین بار از سوی راجمن^۳ (۱۹۸۰) برای اشاره به شیوه‌ای که افراد حوادث استرس‌زای زندگی را تجربه می‌کنند، بکار گرفته شد. راجمن (۱۹۸۰) پردازش هیجانی را این‌گونه تعریف می‌کند: «فرآیندی که از طریق آن آشفتگی‌های هیجانی به میزانی جذب‌شده و کاهش می‌یابند که رفتار و تجارب دیگر بتوانند بدون انقطاع و گسستگی به پیش روند». راجمن (۱۹۸۰) معتقد است که علایم رفتاری خاصی (همچون خاطرات هیجانی عودکننده و مزاحم) بیانگر این است که تجارب هیجانی آشفته‌ساز به خوبی جذب و پردازش نشده است. مشکلات می‌تواند در مراحل مختلف پردازش هیجانی، یعنی، در مرحله ثبت، ارزیابی، تجربه، آگاهی و ابراز رخ دهد (گای و همکاران، ۲۰۱۷). پنج سبک‌پردازش هیجانی ناسازگار تشخیص داده شده‌اند (باکر، توماس، توماس، گاور، سانتوناستاسو^۴، ۲۰۱۰): «سرکوب» که اشاره به کنترل افراطی هیجان‌های دارد؛ «علایم هیجان پردازش نشده» که بیانگر علایم رفتاری و شناختی پردازش ناقص است؛ «هیجان تنظیم‌نیافته» که شامل ناتوانی در کنترل هیجان‌های خود است؛ «اجتناب» که اشاره به دوری از هیجان‌های منفی دارد و «تجربه هیجانی ضعیف» که نشان‌دهنده تجربه تجزیه‌شده از هیجان‌های به دلیل بینش هیجانی ضعیف است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد وجود نقص در پردازش هیجانی با مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (کرت و پلاجر^۵، ۲۰۱۵؛ گای و همکاران، ۲۰۱۷).

1. Hofmann
2. interpersonal emotion regulation
3. Rachman
4. Baker, Thomas, Thomas, Gower, Santonastaso, & Whittlesea
5. Kret & Ploeger

داونی و فلدمن^۱ (۱۹۹۶) حساسیت به طرد^۲ را انتظارات اضطرابی از طرد شدن در موقعیت‌هایی که احتمال طرد شدن از سوی افراد نزدیک وجود دارد، تعریف می‌کنند. اساس سازه حساسیت به طرد، نظریه‌های دلبستگی و فرآیندهای عاطفی شناختی است. فرض می‌شود که حساسیت به طرد از الگوهای کارکردی درونی که مبتنی بر تجارب طرد در روابط بین‌فردی از سوی مراقبین کودک است، برخاسته می‌شود (داونی و فلدمن، ۱۹۹۶). در این راستا، یک مطالعه اولیه نشان داد که حساسیت به طرد ۵۰ درصد از رابطه بین مواجهه کودک با خشونت خانوادگی و دلبستگی ناایمن خودگزارشی در بزرگسالی را میانجی‌گری می‌کند (فلدمن و داونی، ۱۹۹۴). در روابط بین‌فردی، افرادی که حساسیت به طرد خودگزارشی بالایی دارند، نسبت به علایم احتمالی طرد گوش بزنگ بوده و تلاش می‌کنند تا از آن دوری کنند (استریمپفل^۳، ۲۰۱۲). حساسیت فرد با حساسیت به طرد بالا همچون یک واکنش آلرژیک به طرد رخ می‌دهد به نحوی که منابع دفاعی در او سریعاً به حالت آماده باش قرار می‌گیرد و پاسخ پرخاشگری و خصومت از خود نشان می‌دهد (زلوموک، جتر و کوک^۴، ۲۰۱۶). بررسی ادبیات پژوهشی بیانگر پیامدهای منفی حساسیت به طرد و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن همچون افسردگی و اضطراب و پرخاشگری می‌باشد (مارتسون و هار و آلن^۵، ۲۰۱۰؛ گالیهر و بنتلی^۶، ۲۰۱۰؛ مارفی و راسول^۷، ۲۰۱۶).

در کل می‌توان گفت مشکلات روان‌شناختی بیماران درد مزمن می‌تواند مقابله مؤثر با درد را برای آن‌ها مشکل ساخته و ضمن تشدید درد در این بیماران، در یک چرخه معیوب به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران بیانجامد. لذا شناسایی عوامل مؤثر در مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند زمینه را برای مداخلات لازم به منظور کاهش این مشکلات و درد ناشی از آن‌ها و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران هموار سازد. لذا این پژوهش با هدف بررسی مقایسه مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به

-
1. Downey & Feldman
 2. rejection sensitivity
 3. Strimpfel
 4. Zlomke, Jeter, & Cook
 5. Martson, Hare, & Allen
 6. Galliher & Bentley
 7. Murphy & Russell

درد مزمن و افراد عادی صورت گرفته است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی، گذشته‌نگر و از نوع طرح‌های علی مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد عادی در شهر ارومیه بود که ۴۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی در شهر ارومیه و ۴۰ نفر از افراد عادی بدون درد مزمن به روش نمونه‌گیری هدفمند-داوطلب و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش سطح تحصیلات حداقل سیکل، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰، حداقل مدت زمان ابتلا به بیماری ۱ سال و ملاک‌های خروج از پژوهش عدم ابتلا همزمان به دیگر بیماری‌ها و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی انتخاب شدند (۴۰ نفر بیمار مبتلا به درد مزمن، ۱۵ نفر دچار کمر درد، ۱۰ نفر دچار درد پاها به‌ویژه زانو درد و ۱۵ نفر دچار درد در قسمت‌های مختلف بدن).

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی^۱: این پرسش‌نامه متشکل از شش متن نمایشی^۲ است که موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا را توصیف می‌کند و گرایش فرد به تخمین خطر افزایش‌یابنده تهدید، وخامت رو به فزونی تهدید و یا شتاب گرفتن آن را ارزیابی می‌کند. هر متن نمایشی متشکل از سه ماده بوده و در مجموع شامل ۱۸ ماده است که پاسخ‌دهندگان در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) به هر ماده پاسخ می‌دهند. این پرسش‌نامه از دو مؤلفه بزرگ‌نمایی جسمانی و بزرگ‌نمایی اجتماعی تشکیل شده است. سه متن نمایشی برای سنجش بزرگ‌نمایی جسمانی (همچون بیماری جسمانی) و سه متن نمایشی برای سنجش بزرگ‌نمایی اجتماعی (همچون سخنرانی در جمع) اختصاص دارد (ریسکیند و همکاران، ۲۰۰۰). ریسکیند و همکاران (۲۰۰۰) ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و بساک‌نژاد، سعیدی و مهربانی‌زاده هنرمند (۱۳۹۲) ضریب پایایی آلفای کرونباخ

1. Looming Maladaptive Style Questionnaire
2. Scenarios

این ابزار را ۰/۹۰ و روایی آن با پرس‌شنامه نگرانی پنسیلوانیا معنی‌دار گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۲ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه جهت‌گیری منفی به مشکل^۱: این پرسش‌نامه توسط رابی‌چاد و دوگاس (۲۰۰۵) در قالب ۱۲ ماده برای سنجش نگرش افراد نسبت به مشکل طراحی شده است. این ابزار در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره پاسخ‌دهندگان با جمع کردن نمرات آن‌ها در هر یک از ماده‌های پرسش‌نامه به‌دست می‌آید و بیشترین نمره به‌دست آمده ۶۰ و کمترین نمره به‌دست آمده ۱۲ می‌باشد. ارزیابی اولیه از ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه مذکور نشان داد که از ساختار تک عاملی تشکیل شده است و پایایی همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). ضریب پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه به فاصله ۵ هفته، ۰/۸۰ گزارش شده است (رابی‌چاد و دوگاس، ۲۰۰۵). رابی‌چاد و دوگاس (۲۰۰۵) ضریب روایی همگرا و واگرای این پرسش‌نامه را با سنج‌های افسردگی، اضطراب و توانایی حل مساله معنی‌دار گزارش کردند. حمیدپور، اندوز و اکبری (۱۳۸۹)، به نقل از محمودعلیلو، شاهجویی و هاشمی، (۱۳۸۹) نشان دادند که ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه مذکور در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه تنظیم هیجان بین‌فردی^۲: این پرسش‌نامه که توسط هافمن، کارپنتر و کورتیس^۳ (۲۰۱۶) تهیه شده شامل ۲۰ ماده است که پاسخ‌دهندگان پاسخ خود را در یک طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً (۵) تا هرگز (۱) درجه‌بندی می‌کنند. این پرسش‌نامه از چهار خرده‌مقیاس افزایش عاطفه مثبت، تسکین، الگوگیری اجتماعی و دیدگاه‌گیری تشکیل شده است. هافمن و همکاران (۲۰۱۶) مدل چهار عاملی را تأیید نمودند و ضرایب پایایی آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های افزایش عاطفه مثبت (۰/۸۷)، دیدگاه‌گیری (۰/۸۵)، تسکین (۰/۸۹) و الگوگیری اجتماعی (۰/۹۱) گزارش نمودند. ضریب روایی همگرا و واگرای این پرسش‌نامه، با چندین پرسش‌نامه همچون مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و مقیاس تجدیدنظرشده سبک دل‌بستگی

-
1. Negative Problem-Orientation Questionnaire
 2. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire
 3. Carpenter & Curtiss

معنی‌دار گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ و در خرده‌مقیاس‌های افزایش عاطفه مثبت ۰/۷۴، دیدگاه‌گیری ۰/۸۴، تسکین ۰/۸۲ و الگوگیری اجتماعی ۰/۷۷ به‌دست آمد.

مقیاس سبک‌های پردازش هیجانی^۱: این مقیاس توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) تهیه شده و شامل ۲۵ ماده است که هر ماده بر اساس یم طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالف) تا ۹ (کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود. این پرسش‌نامه دارای پنج مؤلفه سرکوب، علایم هیجان پردازش نشده، هیجان تنظیم نیافته، اجتناب و تجربه هیجانی ضعیف است. باکر و همکاران (۲۰۱۰) ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس ۲۵ ماده‌ای پردازش هیجانی ۰/۹۲ و در خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ به‌دست آمد. بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه تنظیم هیجان همبستگی منفی معنی‌داری به‌دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و در خرده‌مقیاس‌های سرکوب ۰/۸۵، هیجان پردازش نشده ۰/۷۷، هیجان تنظیم نیافته ۰/۸۰، اجتناب ۰/۷۷ و تجربه هیجانی ضعیف ۰/۷۳ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه حساسیت به طرد^۲: این پرسش‌نامه توسط داوونی و فلدمن (۱۹۹۶) تهیه شده و دارای ۱۸ ماده دو بخشی (الف و ب) است و هر ماده این مقیاس بر اساس یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای تنظیم شده است. قسمت الف هر ماده در مورد میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن ماده احساس می‌کند و قسمت ب احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل را ارزیابی می‌کند. میزان حساسیت به طرد این‌گونه به دست می‌آید که ابتدا با کم کردن نمرات «انتظار پذیرش» در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷، «نمرات انتظار طرد» محاسبه می‌شود. سپس در هر موقعیت نمره انتظار طرد در درجه اضطراب ضرب شده و میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت به‌دست می‌آید. داوونی و فلدمن (۱۹۹۶)، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و بازآزمایی ۰/۸۳ و ضریب روایی آن را با مقیاس افسردگی بک ۰/۳۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی دیگر ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۹ و بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (برنسون، پاپروکی، توماس، بوشان، الباسل و داوونی^۳، ۲۰۱۵) و خوشکام، بهرامی، رحمت‌الهی و نجارپوریان (۱۳۹۳) ضریب پایایی این ابزار با روش آلفای

1. Emotional Processing Scale
2. Rejection Sensitivity Questionnaire
3. Berenson, Paprocki, Bhushan, & El-Bassel

کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب روایی همگرا و واگرایی بین پرسش‌نامه حساسیت به طرد با مقیاس‌های نگرانی و عزت نفس معنی‌دار گزارش شده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

ابتدا با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه ارومیه، به کلینیک تخصصی دکتر سلطانزاده در شهر ارومیه در مجتمع پزشکی رازی مراجعه شد. پس از ارائه معرفی‌نامه و جلب رضایت متخصص محترم کلینیک، فرآیند اجرای پژوهش آغاز شد. به این صورت که در بهار ۱۳۹۶ و دو روز در هفته به مرکز مورد نظر مراجعه می‌شد و بیمارانی که تمایل به همکاری داشتند و هم‌چنین ملاک‌های ورود (سطح تحصیلات حداقل سیکل، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰، حداقل مدت زمان ابتلا به بیماری ۱ سال) و خروج (ابتلا همزمان به دیگر بیماری‌ها و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی)، پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. کلیه ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز رعایت گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به روش آماری تحلیل واریانس یک راهه و با کمک نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتیجه آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنف^۱ ($Z = ۰/۵۳۳, p = ۰/۹۴۱$) نشان داد که توزیع داده‌ها تابع توزیع طبیعی است. آزمون ام‌باکس ($F = ۲/۱۸, p = ۰/۲۰$) نشان داد که ماتریس ضرایب کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است. نتیجه آزمون معنی‌داری چندمتغیری لامبدای ویلکز^۲ ($F = ۴/۸۰, p = ۰/۰۱۱$) معنی‌دار است و نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی تفاوت وجود دارد.

-
1. Kolmogorov-Smirnov test
 2. Wilks' Lambda

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	p
بزرگ‌نمایی جسمانی	بیماران مبتلا به درد مزمن	۳۰/۶۰	۶/۴۲	۷/۹۳	$p < ۰/۰۰۶$
	افراد سالم	۲۶/۷۷	۶/۵۲		
بزرگ‌نمایی اجتماعی	بیماران مبتلا به درد مزمن	۲۸/۸۵	۶/۲۷	۸/۰۲	$p < ۰/۰۰۶$
	افراد سالم	۲۴/۶۲	۶/۲۰		

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین دو گروه از شرکت‌کنندگان در خرده‌مقیاس‌های سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی جسمانی و اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد عادی دارای نمرات بالاتری از بزرگ‌نمایی غیرانطباقی دارند. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای جهت‌گیری منفی به مشکل ($Z = ۰/۵۹, p = ۰/۸۷۱$) و حساسیت به طرد ($Z = ۰/۸۳, p = ۰/۴۸۰$) بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. آزمون همگنی واریانس لون در متغیرهای جهت‌گیری منفی به مشکل ($F = ۰/۸۵, p = ۰/۴۱۲$) و حساسیت به طرد ($F = ۰/۹۰, p = ۰/۴۴۳$) حاکی از برقراری این پیش‌فرض است.

جدول ۲

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در متغیر جهت‌گیری منفی به مشکل و حساسیت به طرد

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	p
جهت‌گیری منفی به مشکل	بیماران مبتلا به درد مزمن	۳۵/۴۷	۷/۷۳	۴/۴۴	$p < ۰/۰۴۱$
	افراد سالم	۳۲	۷/۰۰		
حساسیت به طرد	بیماران مبتلا به درد مزمن	۹/۷۵	۴/۱۳	۹/۳۱	$p < ۰/۰۰۳$
	افراد سالم	۷/۲۹	۲/۹۹		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه‌های مبتلا به درد مزمن و سالم در متغیر جهت‌گیری منفی به مشکل و حساسیت به طرد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون‌های

نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنف خرده‌مقیاس تنظیم هیجان بین فردی و سبک‌های پردازش همگی بیانگر این هستند که این خرده‌مقیاس تابع توزیع نرمال هستند.

جدول ۳

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجان بین فردی و سبک‌های پردازش هیجانی

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	p
افزایش عاطفه مثبت	بیماران مبتلا به درد مزمن	۱۸/۲۲	۳/۹۶	۵/۰۰	$p < ۰/۰۲۸$
	افراد سالم	۱۶/۳۵	۳/۵۲		
تسکین	بیماران مبتلا به درد مزمن	۱۶/۱۰	۵/۴۴	۷/۰۶	$p < ۰/۰۱۰$
	افراد سالم	۱۳/۳۲	۳/۷۴		
دیدگاه‌گیری	بیماران مبتلا به درد مزمن	۱۶/۵۰	۴/۴۰	۸/۲۶	$p < ۰/۰۰۵$
	افراد سالم	۱۳/۷۰	۴/۳۰		
الگوگیری اجتماعی	بیماران مبتلا به درد مزمن	۱۶/۶۰	۴/۷۵	۱۲/۸۹	$p < ۰/۰۰۱$
	افراد سالم	۱۳/۲۵	۳/۲۶		
سرکوب	بیماران مبتلا به درد مزمن	۲۷/۳۵	۸/۶۴	۳۲/۹۴	$p < ۰/۰۰۱$
	افراد سالم	۱۸/۰۲	۵/۵۵		
اجتناب	بیماران مبتلا به درد مزمن	۲۵/۴۰	۹/۲۳	۴/۲۱۴	$p < ۰/۰۴۳$
	افراد سالم	۲۱/۹۲	۵/۴۳		
هیجان تنظیم‌نیافته	بیماران مبتلا به درد مزمن	۲۳/۶۷	۸/۷۱	۶/۲۲	$p < ۰/۰۱۵$
	افراد سالم	۱۹/۶۲	۵/۴۳		
هیجان پردازش‌نشده	بیماران مبتلا به درد مزمن	۲۶/۶۷	۷/۵۰	۴۲/۷۸	$p < ۰/۰۰۱$
	افراد سالم	۱۷/۴۵	۴/۸۲		
تجربه هیجانی ضعیف	بیماران مبتلا به درد مزمن	۲۲/۰۲	۷/۳۷	۹/۹۹	$p < ۰/۰۰۲$
	افراد سالم	۱۷/۴۰	۵/۵۹		

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌های بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم در خرده‌مقیاس‌های افزایش عاطفه مثبت، تسکین، دیدگاه‌گیری و الگوگیری اجتماعی و در خرده‌مقیاس سبک‌های پردازش هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی، بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم میانگین نمرات بالاتری را در این خرده‌مقیاس‌ها کسب نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم بود. نتایج نشان داد که بیماران درد مزمن در مقایسه با افراد سالم نمرات بیشتری را در هر دو سبک بزرگ‌نمایی جسمانی و اجتماعی به‌دست آورده‌اند. بالا بودن سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی در این بیماران می‌تواند بالا بودن میزان اضطراب را در آن‌ها تا اندازه‌ای تبیین کند. سبک این بیماران در مواجهه با تهدید به گونه‌ای است که تهدید را به‌عنوان چیزی که به سرعت خطرناک‌تر شده، به‌طور پیشرونده‌ای بدتر شده و به‌طور فعالی شتاب گرفته و تسریع می‌یابد، ارزیابی می‌کنند. لذا می‌توان گفت این بیماران بیماری خود را به‌عنوان یک عامل تهدیدآمیز، به گونه‌ای در نظر می‌گیرند که به سرعت پیشرفت کرده و وخیم‌تر شده و خطرناک‌تر می‌شود. بالا بودن نمرات بیماران در سبک بزرگ‌نمایی جسمانی دلیلی بر این ادعا است. چنین سبکی، اضطراب به‌ویژه اضطراب مرتبط با سلامتی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. اضطراب بالا نیز به نوبه خود منجر به کاهش کیفیت زندگی در آن‌ها شده و در یک چرخه معیوب به تشدید بیماری منجر شده و مقابله مؤثر با بیماری را تضعیف می‌کند. این یافته با شواهد پژوهشی که نشان می‌دهند سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی نقش نیرومندی در پیش‌بینی علائم اضطرابی دارد (آدلر و استرانک، ۲۰۱۰؛ گونزالز-دز و همکاران، ۲۰۱۵؛ سیکا و همکاران، ۲۰۱۲) همسو می‌باشد. این یافته هم‌چنین با مبانی نظری مدل مبنی بر این که اگر تهدید پویا و متحرک ادراک شود و به گونه‌ای ارزیابی شود که هر لحظه نزدیک‌تر شده، خطر آن بیشتر شده و تشدید می‌یابد، اضطراب افزایش می‌یابد (هایکال و هنگ^۱، ۲۰۱۰؛ ریسکیند و ویلیامز، ۲۰۰۶) همسو می‌باشد.

یافته‌ها نشان داد که بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری در متغیرهای موردنظر کسب نموده‌اند. افرادی که جهت‌گیری منفی به مشکل دارند، مشکلات را تهدید ادراک کرده و در توانایی خود برای حل مسأله شک و تردید داشته و نسبت به نتیجه بدبین هستند. لذا چنین افرادی در برابر مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب و ناامیدی آسیب‌پذیر هستند. جهت‌گیری منفی به مشکلات در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌تواند در نتیجه شرایط خاصی باشد که بیماری برای آن‌ها ایجاد می‌کند. به عبارتی دیگر،

می‌توان گفت در بسیاری از موارد، درد مزمن غیرقابل درمان بوده و بیماران کنترل زیادی بر آن نداشته و نیاز دارند زندگی خود را با آن سازگار کرده و محدودیت‌های ناشی از آن را بپذیرند. با این حال، بسیاری از بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، به منظور کنترل و درمان بیماری خود، اقدامات و تلاش‌های مکرر و ناموفقی را از خود نشان می‌دهند (اکلستون و کرامبز^۱، ۲۰۰۷). لذا می‌توان گفت این اقدامات و تلاش‌های مکرر و ناموفق برای کنترل و درمان دردی که در بسیاری از مواقع غیرقابل کنترل بوده در کنار دیگر محدودیت‌هایی که درد ایجاد می‌کند، نوعی جهت‌گیری منفی به مشکل را در این بیماران ایجاد می‌کند. به‌طوری‌که بیماران تصور می‌کنند اقدامات آن‌ها برای حل مشکلات دیگر نیز ناموفق خواهد بود. چنین جهت‌گیری منفی به مشکل منجر می‌شود بیماران اقدامی برای حل مشکلات خود انجام ندهند و به این ترتیب در یک چرخه معیوب، جهت‌گیری منفی به مشکل در آن‌ها تقویت می‌شود. جهت‌گیری منفی به مشکل می‌تواند تا اندازه‌ای مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه اضطراب و افسردگی بالا در این بیماران را تبیین کند چرا که جهت‌گیری به مشکل به عنوان عامل میانجی مهم بین حوادث استرس‌زای زندگی و آشفتگی روان‌شناختی عمل می‌کند (مک‌موران و کریستوفر^۲، ۲۰۰۹). همسو با آنچه گفته شد، پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین جهت‌گیری منفی به حل مسأله و افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افکار خودکشی رابطه نیرومندی وجود دارد (دیزوربلا و همکاران، ۱۹۹۸؛ سادوسکی و کلی، ۱۹۹۳؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم در مؤلفه‌های تنظیم هیجان بین‌فردی یعنی بهبود عاطفه مثبت، دیدگاه‌گیری، تسکین و الگوگیری اجتماعی نمرات بیشتری دریافت می‌کنند. این امر نشان می‌دهد که این بیماران در تنظیم هیجان‌های خود، به‌ویژه هیجان‌های منفی، بیشتر به عوامل بیرونی و بین‌فردی تکیه می‌کنند. در صورتی که فرد برای تنظیم هیجان خود به دیگران وابسته باشد، تنظیم هیجان بین‌فردی می‌تواند راهکاری ناسازگارانه باشد. استفاده زیاد و پیوسته از تنظیم هیجان بین‌فردی نشانگر این است که فرد به‌طور درونی و به تنهایی نمی‌تواند هیجان خود را کنترل و تنظیم کند و برای تنظیم هیجان‌های خود به دیگران متوسل شده و از آن‌ها کمک می‌گیرد. استفاده پیوسته از

1. Eccleston & Crombez

2. McMurrin & Christopher

راهبرد تنظیم هیجان بین‌فردی به‌طور قابل‌درکی می‌تواند حس کنترل فرد بر تجارب هیجانی خود را کاهش دهد و به تداوم مشکلات هیجانی و روان‌شناختی در آن‌ها منجر شود. همسو با این یافته هافمن (۲۰۱۴) نقش تنظیم هیجان بین‌فردی را در تداوم مشکلات اضطرابی و افسردگی نشان داده است. هم‌چنین پژوهش هافمن و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد افرادی که مشکلاتی در تنظیم هیجان‌های خود دارند، که با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۱ سنجیده می‌شود، از راهبردهای تنظیم هیجان بین‌فردی بویژه آن‌هایی که مرتبط با هیجان منفی هستند، بیشتر استفاده می‌کنند. در پژوهش آن‌ها هم‌چنین اضطراب صفتی، افسردگی، اضطراب اجتماعی و سبک دلبستگی مضطرب با راهبردهای تنظیم هیجان بین‌فردی ارتباط داشت. لذا استفاده زیاد از تنظیم هیجان بین‌فردی می‌تواند به نوبه خود آشفتگی‌های هیجانی و روان‌شناختی و تداوم آن‌ها در این بیماران را تبیین کند. از سوی دیگر هیجان خود می‌تواند نقشی اساسی در تجربه درد داشته باشد. افرادی که از تنظیم هیجان‌های خود به شیوه صحیح ناتوان هستند، در معرض تجربه درد می‌باشند. در واقع، دردی که این بیماران تجربه می‌کنند می‌تواند در نتیجه هیجان‌های تنظیم نیافته‌ای باشد که بیماران در زندگی با آن‌ها مواجهه می‌شوند. همسو با آنچه گفته شد، پژوهش‌ها حاکی از ارتباط تنظیم هیجان با ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشند (اسدی مجره و سپهریان آذر، ۱۳۹۶). البته باید یادآوری کرد که مفهوم تنظیم هیجان بین‌فردی مفهومی جدید بوده و نیاز است پژوهش‌های بیشتری در ارتباط با نقش سازگاران یا ناسازگاران آن در بروز مشکلات روان‌شناختی و هیجانی انجام شود.

یافته‌ها نشان داد که بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم در سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار نمرات بالاتری کسب نموده‌اند. استفاده از سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار در این بیماران می‌تواند وجود مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب را در آن‌ها توجیه کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران درد مزمن به دلیل شرایط و محدودیت‌های که بیماری برای آن‌ها ایجاد می‌کند احتمالاً بیشتر از افراد سالم با حوادث استرس‌زای زندگی و آشفتگی‌های هیجانی حاصل از آن مواجهه می‌شوند. در واقع خود درد می‌تواند هیجان‌های منفی زیادی را در پی داشته باشد. استفاده از سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار، یعنی، سرکوب، اجتناب، هیجان تنظیم نیافته، تجربه هیجانی ضعیف و علایم

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale

هیجان پردازش نشده، باعث می‌شود که جذب و پردازش آشفتگی‌های هیجانی به خوبی صورت نگرفته و سطوح بالایی از برانگیختگی و مزاحمت ناشی از این آشفتگی‌های هیجانی ایجاد شده و تمرکز بر تکالیف روزمره زندگی دشوار شود. همین امر می‌تواند مشکلات روان‌شناختی را برای آن‌ها در پی داشته باشد. همسو با آنچه بیان شد، شواهد حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد وجود نقص در پردازش هیجانی با مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (کرت و پلاجر، ۲۰۱۵؛ گای و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر می‌توان گفت سبک‌های ناسازگار پردازش هیجانی که این بیماران در برخورد با هیجان‌های آشفته‌ساز و منفی بکار می‌گیرند، خود می‌تواند در ایجاد و تشدید درد نقش داشته باشد. همسو با این، پژوهش‌ها حاکی از این هستند که درد با هیجان‌هایی همچون خشم (ترست، وانگروونسولد، لینتن، قارتانا و سالیوان^۱، ۲۰۱۲) و ترس (ولاین^۲ و لینتن، ۲۰۱۲) مرتبط است. زمانی که افراد در برابر این هیجان‌ها و هیجان‌های منفی مشابه سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار همچون اجتناب و سرکوب را بکار می‌گیرند، جذب و پردازش آن‌ها به خوبی صورت نمی‌گیرد و همین امر می‌تواند به ایجاد درد یا تشدید آن منجر شود. مدل «اجتناب از ترس» در ارتباط با درد (ولاین و لینتن، ۲۰۰۰) به خوبی این امر را نشان می‌دهد. مفهوم اساسی در این مدل ترس از درد است. مواجهه شدن یا اجتناب دو واکنش مختلف به این ترس هستند که اولی (مواجهه شدن) به کاهش ترس در طول زمان منجر شده اما دومی (اجتناب) به حفظ و افزایش ترس منجر می‌شود. بر اساس این مدل، ترس مرتبط با درد که با آن مواجهه صورت نگرفته و از آن اجتناب شده، نقش میانجی را در ایجاد و تشدید درد مزمن و ناتوانایی‌های ناشی از آن دارد. بر این اساس می‌توان گفت سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار از یک سو می‌توانند به نوبه خود مشکلات روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به درد مزمن تبیین کنند و از سوی دیگر در شروع و تشدید درد نقش اساسی را داشته باشند.

یافته‌ها نشان داد که بیماران درد مزمن در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری را در متغیر حساسیت به طرد گزارش کرده‌اند. این یافته نشان می‌دهد بیماران درد مزمن نسبت به علایم احتمالی طرد گوش بزندگی بوده و تلاش می‌کنند تا از آن دوری کنند. یافته قبلی پژوهش حاضر

1. Trost, Vangronsveld, Linton, Quartana, & Sullivan
2. Vlaeyen

مبنی بر این‌که بیماران درد مزمن از طریق مبالغه در صفات مطلوب و انکار صفات نامطلوب تلاش می‌کنند تا خود را مقبول و مطلوب نشان داده و به این ترتیب از طرد شدن احتمالی دوری کنند، تاییدی بر یافته حاضر می‌باشد. فرض می‌شود که حساسیت به طرد از الگوهای کارکردی درونی که مبتنی بر تجارب طرد در روابط بین‌فردی از سوی مراقبین کودک است، برخاسته می‌شود (داونی و فلدمن، ۱۹۹۶). لذا می‌توان گفت که این بیماران در دوران کودکی دلبستگی ناایمنی را تجربه کرده‌اند و در بزرگسالی در قالب حساسیت به طرد در روابط بین‌فردی تجلی یافته است. همسو با آنچه گفته شد، پژوهش‌ها حاکی از ارتباط سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی و اجتنابی با شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن است (مک‌دونالد و کینگسباری^۱، ۲۰۰۶؛ مردیث، استرانگ و فینر^۲، ۲۰۰۶). در پژوهش مروری دیگری که اخیراً انجام شد رمئو، تسیو، کاستلنو و کاستلی^۳ (۲۰۱۷) با بررسی مدل بین‌فردی از درد، نشان دادند که سبک‌های دلبستگی ناایمن با تجربه درد ارتباط دارد. حساسیت به طرد بالا در بیماران درد مزمن می‌تواند به نوبه خود مشکلات روان‌شناختی در این بیماران را تبیین کند. بررسی ادبیات پژوهشی بیانگر پیامدهای منفی حساسیت به طرد و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن همچون افسردگی و اضطراب و پرخاشگری می‌باشد (مارتسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ گالیهر و بتلی، ۲۰۱۰؛ ماری و راسول، ۲۰۱۶).

در مجموع، پژوهش حاضر نقش عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی بررسی‌شده را در مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن نشان می‌دهد. از آنجایی که درد مزمن بیماری است که عمدتاً از عوامل روان‌شناختی متأثر می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود در سبب‌شناسی و درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران درد مزمن به این عوامل توجه نمود. چه بسا توجه به این عوامل بتواند مشکلات روان‌شناختی را در این بیماران کاهش دهد و با ارتقاء سلامت روان از یک سو و جلوگیری از شروع و تشدید بیماری از سوی دیگر به این بیماران کمک کند.

استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی تعمیم داده‌ها را به گروه‌های سنی دیگر با مشکل مواجه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با برطرف کردن این محدودیت‌ها و

-
1. McDonald & Kingsbury
 2. Meredith, Strong, & Feeney
 3. Romeo, Tesio, Castelnuovo, & Castelli

تکرار یافته‌های این پژوهش، اطمینان بیشتری در تأیید این یافته‌ها فراهم آید.

سپاسگزاری

از همکاری کلینیک تخصصی درد دکتر سلطان‌زاده که با گشاده‌روی کامل و تمایل خیرخواهانه برای همکاری، تلاش نموده و زمینه اجرای پژوهش را فراهم کردند و هم‌چنین از تمامی بیمارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

فارسی

- احدی، حسن؛ ایمانی، فرناد؛ رهگذر، مهدی و مسچی، فرحناز (۱۳۹۰). مقایسه نشانگان بالینی بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد عادی. *اندیشه و رفتار*، ۵(۱۹)، ۷-۱۴.
- اسدی مجره، سامره و سپهریان آذر، فیروزه (۱۳۹۶). مقایسه مدل‌های اضطرابی در تبیین ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن دارای نشانگان اضطراب فراگیر. *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۸(۲)، ۱-۱۴.
- بساکن‌نژاد، سودابه؛ سعیدی، راضیه و مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۲). بررسی ادراک تهدید، اضطراب شناختی امتحان، بزرگ‌نمایی تهدید، اسناد به عملکرد و ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان پیش‌بین‌های اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر دبیرستان. *مجله علوم تربیتی*، ۲(۱)، ۱۸۹-۲۰۲.
- خوشکام، سمیرا؛ بهرامی، فاطمه؛ رحمت‌الهی، فرحناز و نجارپوریان، سمانه (۱۳۹۳). خصوصیات روان‌شناختی حساسیت به طرد در دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۷(۱)، ۳۸۵-۳۹۵.
- محمودعلیلو، مجید؛ شاهجویی، تقی و هاشمی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب‌شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۵(۲)، ۱۶۷-۱۸۵.

لاتین

- Adler, A. D., & Strunk, D. R. (2010). Looming maladaptive style as a moderator of risk factors for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 34(1), 59-68.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The emotional processing scale: Scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 83-88.
- Berenson, K. R., Paprocki, C., Thomas, F. M., Bhushan, D., El-Bassel, N., & Downey, G. (2015). Rejection sensitivity, perceived power, and hiv risk in the relationships of low-income urban women. *Women Health*, 55(8), 900-920.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1091-1107.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327-1343.
- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233-236.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic Pain. *American Psychological Association*, 69(2), 153-166.
- Feldman, S. I., & Downey, G. (1994). Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Development and Psychopathology*, 6, 231-247.
- Gallagher, R. V., & Bentley, C. G. (2010). Links between rejection sensitivity and adolescent romantic relationship functioning: The mediating role of problem-solving behaviors. *Journal of aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(6), 603-623.
- Gay, M. C., Bungener, C., Thomas, S., Vrignaud, P., Thomas, P. W., Baker, R., ..., Montreuil, M. (2017). Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. *BMC Neurology*, 17(1), 43-53.
- Ghaffari, M., Alipour, A., Jensen, I., Farshad, A. A., & Vingard, E. (2006). Low back pain among Iranian industrial workers. *Occupational Medicine*, 56(7), 455-460.
- Gonzalez-Diez, Z., Calvete, E., Riskind, J. H., & Orue, I. (2015). Test of an hypothesized structural model of the relationships between cognitive style and social anxiety: A 12-month prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 59-65.
- Haaga, D. A. F., Fine, J. A., Terrill, D. R., & Stewart, B. L. (1995). Social Problem Solving deficits, dependency and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 147-158.
- Haikal, M., & Hong, R. Y. (2010). The effects of social evaluation and looming threat on selfattentional biases and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 345-352.

- Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 38(5), 483-492.
- Hofmann, S. G. (2016). Emotion in therapy: From science to practice. New York, NY: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Carpenter, J. K., & Curtiss, J. (2016). Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 341-356.
- Kret, M.E. & Ploeger, A. (2015). Emotion processing deficits: A liability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 52,153-171.
- Martson, E. G., Hare, A., & Allen, J. P. (2010). rejection sensitivity in late adolescence: social and Implicational sequelae. *Journal of Research on Adolescence*, 20(4), 959-982.
- McDonald, G., & Kingsbury, R. (2006). Does physical pain augment anxious attachment?. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 291-304.
- McMurran, M., & Christopher, G. (2009). Social problem solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 101-107.
- Meredith, P. J., Strong, J., & Feeney, J. A. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance in experimentally-induced pain. *Pain*, 120(1-2), 44-52.
- Murphy, A. M., & Russell, G. (2016). Rejection Sensitivity, Jealousy, and the Relationship to Interpersonal Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(13), 2118-2129.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Riskind, J. H., & Williams, N. L. (2006). A unique vulnerability common to all anxiety disorders: The looming maladaptive style. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 175-206). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Riskind, J. H., Williams, N. L., & Joiner, T. E. (2006). The Looming Cognitive Style: a Cognitive Vulnerability for Anxiety Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 779-801.
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. (2000). The looming maladaptive style: anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 837-852.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problemorientation (Part II): construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 403-412.
- Romeo, A., Tesio, V., Castelnovo, G., & Castelli, L. (2017). Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in Psychology*, 8, 284-292.
- Sadowski, C., & Kelly, M. (1993). Social problem solving in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 121-127.

- Sica, C., Caudek, C., Chiri, L. R., Ghisi, M., & Marchetti, I. (2012). "Not just right experiences" predict obsessive-compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*, 159-167.
- Spence, S. H., Sheffield, J., & Donovan, C. (2002). Problem solving orientation and attributional style: moderator of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence? *Journal of Clinical Child Psychology, 31*(2), 219-229.
- Strimpfel, J. M. (2012). *Rejection sensitivity in adolescent offspring of mothers with borderline personality disorder*. M.A. Thesis, University of Tennessee, Tennessee.
- Sulaiman, W., Zanyuin, N. M., Kheong, M. K., Bhojwani, K. M., & Seung, O. P. (2017). Chronic pain with anxiety and depression: A comparison between patients attending multidisciplinary pain and rheumatology clinic. *Biomedical Research, 28*(1), 405-410.
- Tan, G., Nguyen, Q., Anderson, K. O., Jensen, M., & Thornby, J. (2005). Further validation of the chronic pain coping in ventory. *Journal of Pain, 6*(1), 29-40.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 25-52.
- Trost, Z., Vangronsveld, K., Linton, S. J., Quartana, P. J., & Sullivan, M. J. L. (2012). Cognitive dimensions of anger in chronic pain. *Pain, 153*(3), 515-517.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consultancy and Clinical Psychology, 70*(3), 678-90.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85*(3), 317-32.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain, 153*, 1144-1147.
- Wilson, C. J., Bushnell, J. A., Rickwood, D. J., Caputi, P., & Thomas, S. J. (2011). The role of problem orientation and cognitive distortion in depression and anxiety interventions for young adults. *Advances in Mental Health, 10*(1), 52-61.
- Woo, A. K. (2010). Depression and Anxiety in Pain. *Reviews in Pain, 4*(1), 8-12.
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion, 13*(5), 803-810.
- Zlomke, K., Jeter, K., & Cook, N. (2016). Recalled childhood teasing in relation to adult rejection and evaluation sensitivity. *Personality and Individual Differences, 89*, 129-133.

