



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 21 May 2022

Accepted: 10 June 2022

Research Article

Doi: 10.22055/JACP.2022.41434.1245

The Prediction of Pain Severity and Catastrophizing among Patients with Chronic Pain Based on Resilience and Emotion Regulation

Mraj Derakhshan¹, Mohsen Alizadeh^{2*}, Ramazan Zareei³

1- PhD of Educational Psychology; Faculty of Educational Sciences; Shiraz University, Shiraz, Iran

2- MA of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

3- MA of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Morovdasht Azad University, Shiraz, Iran

Citation: Derakhshan, M., Alizadeh, M., & Zareei, R. (2022). The prediction of pain severity and catastrophizing among patients with chronic pain based on resilience and emotion regulation. *Clinical Psychology Achievements*, 8(1), 49-58.

Abstract

The aim of this study was to predict the severity of pain and catastrophizing based on resilience and emotion regulation in patients with chronic pain. The statistical sample of the study consisted of 250 patients with chronic pain in governmental and non-governmental centers in Kharameh, and the patients were selected via convenience sampling. Jensen et al.'s (2000) Pain Intensity Questionnaire, Gross and John's (2003) Emotion Regulation Questionnaire, Sullivan et al.'s (1995) Pain Anxiety Symptoms Scale, and the Connor & Davidson resilience scale (2003) were used to obtain the necessary information. Cronbach's alpha method was used to evaluate the reliability of the instrument. The Pearson correlation coefficient and multiple regression were used to analyze the data using SPSS software. The results showed that resilience and the component of reassessment had a significant positive relationship with pain intensity, resilience with catastrophic significant relationship, and the component of reassessment with catastrophe. However, the component of emotion suppression has no significant relationship with the severity of pain and catastrophizing. Conclusion: As a result, it can be said that the use of resilience and emotion regulation in patients with chronic pain affects their pain intensity and catastrophizing.

Keywords: pain intensity, catastrophizing, resilience, emotion regulation

* Corresponding Author: Alizadeh Mohsen

E-mail: sky136959@yahoo.com





تبیین شدت درد و فاجعه‌سازی بیماران مبتلا به درد مزمن براساس تاب‌آوری و تنظیم هیجان

معراج درخشان^۱، محسن علیزاده^{۲*}، رمضان زارعی^۳

- ۱- دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
- ۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
- ۳- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد مرودشت دانشگاه آزاد، مرودشت، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر با بررسی تبیین شدت درد و فاجعه‌سازی بیماران مبتلا به درد مزمن براساس تاب‌آوری و تنظیم هیجان، صورت گرفته است. نمونه آماری پژوهش را ۲۵۰ نفر از بیماران مبتلا به درد مزمن مراکز دولتی و غیردولتی شهر خرامه تشکیل دادند، و پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفته است. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسش‌نامه شدت درد جنسن و همکاران (۲۰۰۰)، پرسش‌نامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳)، مقیاس فاجعه‌سازی درد سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جمع‌آوری شدند. برای بررسی پایایی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج تحلیل حاکمی از پایایی مطلوب این پرسش‌نامه‌ها بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمارهای توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، نمره حداقل و حداکثر و هم‌چنین آمار استنباطی همبستگی و رگرسیون چندگانه هم‌زمان با استفاده نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که تاب‌آوری و مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد با شدت درد رابطه‌ی مثبت معنی‌دار، تاب‌آوری با فاجعه‌انگاری رابطه‌ی منفی معنی‌دار و مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد با فاجعه‌انگاری رابطه‌ی مثبت معنی‌داری داشتند. اما مؤلفه‌ی سرکوب هیجان با شدت درد و فاجعه‌انگاری رابطه‌ی معنی‌داری نداشت. در نتیجه می‌توان بیان داشت که به‌کارگیری تاب‌آوری و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن بر شدت درد و فاجعه‌انگاری آن‌ها تأثیرگذار بود.

کلیدواژه‌ها: شدت درد، فاجعه‌انگاری، تاب‌آوری، تنظیم هیجان

مقدمه

تلاش برای درک درد یکی از قدیمی‌ترین چالش‌های تاریخ پزشکی است. درد یک تجربه پیچیده، چندبعدی، نوروفیزیولوژیکی و روانی اجتماعی است که تنها توسط فردی که آن را از درد به‌عنوان تجربه کرده بهتر شناخته می‌شود (Potter et al., 2021). یک مفهوم کلی در طی قرن‌ها تعاریف متعددی از آن شده است. انجمن بین‌المللی درد در سال ۲۰۲۰ تعریف به‌روزی از مفهوم درد را ارائه کرد، بر این اساس درد یک نوع تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی بیان شده براساس چنین آسیبی است (Raja et al., 2020). همان‌طور که در تعریف آن نیز آمده آسیبی است درد تجربه‌ای ذهنی است، به‌همین دلیل گزارش خود فرد از درد نشان‌دهنده معتبرترین معیار برای وجود درد است (Kozier et al., 2018).

درد می‌تواند اثرات منفی بر وضعیت روانی بیماران و هم‌چنین فعالیت‌های بدنی آن‌ها داشته باشد (Meulders & Bennett, 2018). از لحاظ طول مدت نیز درد به دو دسته‌ی درد مزمن و درد حاد تقسیم می‌شود که درد مزمن به عنوان درد ماندگار برای حداقل شش ماه در فعالیت‌های بالینی بیش از سه ماه تعریف شده است (Romeo et al., 2017)، اما درد حاد اکثراً نتیجه‌ی صدمه یا بیماری می‌باشد که معمولاً کمتر از سه ماه تداوم می‌یابد (Stnard, 2010) و می‌تواند در طول زمان عود کند (Turk & Okiduji, 2002). درد مزمن به‌طور چشمگیری می‌تواند وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار دهد و منجر به کاهش کیفیت زندگی روزمره مانند مسئولیت‌های خانوادگی، فعالیت‌های تفریحی و خواب تداخل می‌کند و عوارضی چون افسردگی، ناتوانی در فعالیت شغلی، اختلال در روابط اجتماعی، انزوای اجتماعی، بازنشستگی زود هنگام، خستگی، کاهش عملکرد جسمی و روانی، مشکلات خواب و افکار خودکشی را به همراه دارد (et al., 2001؛ Adams؛ Chiu et al., 2005؛ Goldberg & McGee, 2011؛ Finan et al., 2013).

درد به‌وسیله‌ی پیامدهای تنیدگی‌زای خانوادگی، شغلی و هزینه‌های درمانی که برای افراد دردمند ایجاد می‌کند، قسمت‌های گوناگون زندگی افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (Smith & Osborn, 2015). عوامل روانی-اجتماعی بسیاری می‌توانند بر میزان شدت درد مؤثر باشند که در این بین نظم‌بخشی هیجانی نقش ویژه‌ای دارد و مؤلفه‌های آن به صورت مستقیم فراوانی، شدت و طول دوره‌ی ادراک درد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Hamilton et al., 2007). اینکه چگونه فرد هیجانانگیز خود را تنظیم کند با شدت درد و سازگاری او ارتباط دارد (Geenen et al., 2012). هم‌چنین در مطالعات بالینی تأیید شده است که سرکوب سبب افزایش شدت درد می‌شود (Masedo & Esteve, 2007) و در مقابل ارزیابی مجدد موجب کاهش درد است (Connelly et al., 2007). همیلتون و همکاران (Hamilton et al., 2007) نشان داده‌اند افرادی که شدت هیجانی بالاتر و توانایی نظم‌بخشی هیجانی کمتری دارند در مواقع تجربه درد شدید پاسخ‌های عاطفی بدتری را بروز می‌دهند. افرادی که درد خود را فاجعه‌سازی می‌کنند و سعی می‌کنند تا میزان شدت درد جسمانی و رنج روانی خود را با تدابیر ناسازگارانه‌ی نظم‌بخشی هیجانی کنند، درد را برای مدت زمان طولانی تر و با شدت بیشتری ادراک می‌کنند (Gilliam et al., 2010). باتوجه به مبانی نظری که بیان شد و هم‌چنین پژوهش‌های گارنفسکی و کرایچ (Garnefski & Kraaij, 2007)، همیلتون (Hamilton et al., 2007) و گنن و همکاران (Geenen et al., 2012) سازه تنظیم هیجانی را می‌توان برای شدت درد و فاجعه‌سازی پیش‌بین مناسب دانست.

به‌طور سنتی تمرکز اولیه در پژوهش‌های مربوط به سازگاری با درد مزمن روی آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی است؛ اما مکانیسم‌های روان‌شناختی مثبتی نیز وجود دارند که موجب عملکرد مثبت و یا مراقبت در برابر حالات هیجانی منفی بعدی می‌شوند (Sturgeon et al., 2014) که یکی از این مکانیسم‌های روان‌شناختی مثبت تاب‌آوری است.

مفهوم تاب‌آوری بینش امیدوارکننده‌ای را جهت تسهیل رشد و پیشرفت فرد بعد از شرایط سخت ایجاد می‌کند (Scheffers et al., 2020). تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین از فرد محافظت می‌کند (Wu et al., 2020). عوامل تاب‌آور باعث می‌شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش‌ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جوید و از آن سربلند بیرون آید (Masten, 2018). در درد نیز تاب‌آوری به این معنی می‌باشد که افراد با وجود تجربه کردن سطوح بالای درد، سطح پایینی از اختلال عملکرد و بار هیجانی از درد را نشان می‌دهند (Karoly & Ruhlman, 2006). افراد

مبتلا به درد مزمنی که تاب‌آوری مناسب و خوبی دارند، عملکرد مناسبی در حوزه‌های رفتاری و شناختی مانند تمایل به فاجعه‌سازی نسبت به افرادی که تاب‌آوری کمتر یا افراد غیرتاب‌آور دارند (Ong et al., 2010). افراد مبتلا به بیماری مزمن بر اثر عدم تاب‌آوری یا تاب‌آوری کمتر و همچنین تسلط نداشتن به مهارت‌های مدیریت ترس از درد، در ابراز آن اغراق کرده و تفکرات اغراق‌آمیزی از درد به دست می‌آورند. یکی از باورهای منفی که در افراد مبتلا به درد مزمن به وجود می‌آید، فاجعه‌آفرینی درد (Catastrophizing pain) یا فاجعه‌انگاری درد است که به شدت درد، پریشانی روانی و پیامدهای منفی دیگر در افراد مبتلا به درد مزمن منجر می‌گردد (Cano et al., 2005). فاجعه‌آفرینی، علائم اضطراب را در افراد مبتلا به درد مزمن ایجاد کرده و احتمالاً پیامدهای دیگری مانند ترس از درد بیشتر، ناتوانی فیزیکی بیشتر و شدت درد بیشتر را در پی دارد (Nicholas et al., 2009؛ داودی و همکاران ۱۳۹۱). بنابراین تاب‌آوری با افزایش دایره تحمل فرد و ارائه تفکر مثبت به جای تفکر فاجعه‌ساز می‌تواند نقش زیادی در کاهش تفکر فاجعه‌ساز در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن داشته باشد.

بنابراین با توجه به اهمیت و نقش مهمی که تنظیم هیجان در شدت درد و سازگاری نسبت به درد (Geenen et al., 2012) و همچنین تاب‌آوری که به عنوان یکی از راهبردهای مقابله ای مثبت، در رویارویی درد و فاجعه‌سازی آن است و از سلامت روان افراد می‌تواند محافظت کند، لذا پژوهش حاضر بر تبیین شدت درد و فاجعه‌سازی بیماران مبتلا به درد مزمن براساس تاب‌آوری و تنظیم هیجان می‌پردازد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی، همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران بالای ۱۸ سال سن مبتلا به درد مزمن (بیماران قطع عضو، دیابت، ناراحتی قلبی، فلج نخاعی، مشکلات حرکتی و...) در مراکز دولتی و غیردولتی شهر خرامه که بیماری دیگری به جزء درد مزمن نداشتند، تشکیل داده‌اند. نمونه پژوهش را ۲۵۰ نفر از بیماران مبتلا به درد مزمن تشکیل دادند. نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند به این صورت که افرادی که دارای درد مزمن هستند و به مراکز درمانی شهر خرامه مراجعه کرده‌اند را انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها این نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. سپس داده‌ها جمع‌آوری شده و با نرم‌افزار آماری SPSS در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه شدت درد (Pain Intensity Questionnaire): جهت بررسی شدت درد از پرسش‌نامه جنسن و همکاران (Jensen et al., 2000) استفاده شد. در این پرسش‌نامه میانگین شدت درد بیمار را در دو هفته گذشته با استفاده از پرسش‌نامه ۱۱ نقطه‌ای درد (صفر = بی‌دردی تا ده = بدترین درد ممکن) سنجیده شد. این پرسش‌نامه در اکثر پژوهش‌های مربوط به درد به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته و برای تمام جمعیت‌ها و انواع درد دارای اعتبار است. در روش مقیاس عددی درد با اختصار NRS دو طرف محدوده‌ی آن سمت چپ بدون درد و سمت راست بدترین درد قابل تصور بود و در این شیوه بیمار یک عدد را از بین صفر تا ۱۰ انتخاب می‌کند. در پژوهشی شریف و همکاران (۱۳۹۳) اعتبار محتوایی را تأیید کردند و پایایی آن را از روش آزمون مجدد ۰/۹۰ به دست آورده‌اند. همچنین خداکرمی و همکاران (۱۳۸۷) روایی این مقیاس را با روش بررسی اعتبار محتوایی و پایایی مقیاس مذکور را از طریق آزمون هم‌ارزی تأیید کردند. در پژوهش حاضر پژوهشگر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آورده است.

پرسش‌نامه تنظیم هیجان (Emotion Regulation Questionnaire): در این پژوهش جهت بررسی تنظیم هیجان از پرسش‌نامه‌ی تنظیم هیجان گراس و جان (Gross & John, 2003) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای دو مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد (سوالات ۱ تا ۶) و سرکوب هیجان (سوالات ۷ تا ۱۰) و ۱۰ سؤال با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) تشکیل شده است. دامنه نمرات برای تنظیم هیجان از ۱۰ تا ۵۰ و برای مؤلفه‌ها ارزیابی مجدد از ۶ تا ۳۰ و سرکوبی ۴ تا ۲۰ در نوسان می‌باشد (Gross & John, 2003). روایی همگرایی پرسش‌نامه را با بررسی ارتباط آن با چهار سازه موفقیت تنظیم هیجان ادراک‌شده، سبک مقابله‌ای، مدیریت خلق و غیرقابل اعتماد بودن مورد بررسی قرار داده‌اند و

هم‌چنین روایی و اگرایی آن را با ابعاد پنج عامل بزرگ شخصیت، کنترل تکانه، توانایی شناختی و مطلوبیت اجتماعی بررسی کردند. هم‌چنین گراس و جان (Gross & John, 2003) پایایی این پرسش‌نامه را در پایایی درونی ۰/۷۳ و در پایایی بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش کردند که نشان از پایایی قابل قبول برای پرسش‌نامه بود. در ایران قاسم‌پور و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی روایی این پرسش‌نامه را از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده‌مقیاس ($r=0/13$) و روایی ملاکی مطلوب گزارش کردند آن‌ها هم‌چنین پایایی آن را براساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ محاسبه کردند که نشان از پایایی مطلوب پرسش‌نامه بود. پژوهشگر در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آورده است.

مقیاس فاجعه‌سازی درد (Pain Anxiety Symptoms Scale): این مقیاس توسط سالیوان و همکاران (Sullivan et al., 1995) با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه‌آمیز فرد طراحی شد و دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار یا اندیشناکی، بزرگنمایی یا اغراق‌آمیزکردن و درماندگی است. این مقیاس از ۱۳ ماده در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۰= هیچ وقت تا ۴= همیشه) طراحی شده است. نمرات پایین‌تر به معنی فاجعه‌سازی کمتر بوده و نمرات بالا نشان‌دهنده فاجعه‌سازی بیشتر است. در پژوهش دیگری چیپنل و تیت (Chibnall & Tait, 2009) پایایی درونی را برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های درماندگی، بزرگنمایی و نشخوار ذهنی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ گزارش کردند. در ایران نیز در تحقیقی داودی و همکاران (۱۳۹۱) برای سنجش اعتبار این مقیاس از اعتبار سازه از نوع همگرا استفاده کردند، به این ترتیب که ضریب همبستگی PCS و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک محاسبه شد و همبستگی مثبت و معنی‌داری ($r=0/46$) بین نمره کل مقیاس فاجعه‌انگاری درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمد. در پژوهش دیگری مرتضوی نصیری (۱۳۹۳) پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پژوهشگر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار، بزرگنمایی، درماندگی و کل مقیاس فاجعه‌سازی درد به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۶ به دست آورده است.

مقیاس تاب‌آوری (Resilience Scale): در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor & Davidson, 2003) که در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شد مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱= هرگز تا ۵= همیشه) مرتب شده است. این مقیاس ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل است. کانر و دیویدسون (Connor & Davidson, 2003) روایی آن را با روش تحلیل عامل و هم‌چنین روایی همگرا و واگرا و پایایی مقیاس را با روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) بررسی و مطلوب گزارش کرده‌اند. در ایران در مطالعه جوادی و پرو (۱۳۸۷) روایی این مقیاس با روش تحلیل عامل تأییدی به دست آورده‌اند که ضرایب همبستگی هر گویه با نمره کل بین ۰/۴۵ تا ۰/۶۴ بودند. در تحقیقی دیگری جوکار (۱۳۸۶) روایی این مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی کرده و روایی آن را تأیید کرده است، و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کرده است. پژوهشگر در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آورده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات موردنظر از نرم‌افزارهای SPSS-24 و روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره) و استنباطی (رگرسیون چندگانه) استفاده گردید.

یافته‌ها

پیش از بررسی فرضیه‌ها، آمار توصیفی متغیرهای پژوهش (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات) بررسی شد که نتایج حاصل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای کل شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	نمره حداقل	نمره حداکثر	کجی	کشیدگی
نمره کل شدت درد	۹۸/۵۲	۲۳/۸۱	۷۴	۱۰۲	۱/۵۲	-۱/۶۹
نمره کل فاجعه‌انگاری	۹۲/۲۶	۲۱/۵۴	۳۵	۵۲	-۱/۷۱	۱/۸۳
نشخوار	۱۹/۴۳	۵/۷۱	۱۱	۱۵	-۰/۴۸	۰/۲۹
بزرگنمایی	۱۸/۵۲	۴/۳۹	۹	۱۴	۰/۷۴	-۰/۵۹
درماندگی	۱۹/۴۱	۵/۱۶	۱۴	۲۰	-۰/۴۶	۰/۳۲
نمره کل تنظیم هیجان	۸۷/۲۵	۱۸/۲۹	۳۲	۴۸	-۱/۷۴	۱/۸۳
ارزیابی مجدد	۲۰/۳۶	۶/۴۸	۱۹	۲۴	۰/۶۴	-۰/۵۷
سرکوب هیجان	۲۰/۷۱	۶/۷۲	۲۱	۲۵	-۰/۵۲	۰/۲۹
نمره کل تاب‌آوری	۱۰۵/۸۱	۲۴/۷۰	۹۲	۱۱۹	-۱/۴۳	۱/۲۸

به منظور بررسی ارتباط ساده بین متغیرهای پژوهش، همبستگی بین تمامی متغیرها محاسبه گردید و نشان داد که همبستگی بین متغیرها در اغلب موارد معنی‌دار هستند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
تاب‌آوری	۱							
ارزیابی مجدد	۰/۳۳*	۱						
سرکوب هیجان	-۰/۲۵**	-۰/۱۹*	۱					
فاجعه‌انگاری	-۰/۳۰**	۰/۵۴**	-۰/۲۲**	۱				
نشخوار	-۰/۳۲*	۰/۴۱**	۰/۲۸	۰/۳۹*	۱			
بزرگنمایی	-۰/۲۸**	-۰/۳۷**	-۰/۳۱*	۰/۳۳*	۰/۲۹*	۱		
درماندگی	-۰/۳۴*	۰/۳۱**	-۰/۲۳	۰/۳۵	۰/۳۲**	۰/۲۸*	۱	
شدت درد	-۰/۳۳**	۰/۵۲**	-۰/۱۷*	-۰/۴۳*	-۰/۴۲**	-۰/۳۵*	-۰/۴۶**	۱

به‌منظور بررسی تاب‌آوری و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان (مؤلفه‌های تنظیم هیجان) با شدت درد از روش تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. اثر مستقیم تاب‌آوری و ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان (مؤلفه‌های تنظیم هیجان) بر شدت درد

متغیر پیش‌بین	R	R ²	F	Sig	B	T	Sig
تاب‌آوری					۰/۳۸	۴/۵۰	۰/۰۰۰
ارزیابی مجدد	۰/۵۹	۰/۳۴۸	۲۳/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴	۴/۷۲	۰/۰۰۱
سرکوب هیجان					-۰/۱۸	۰/۸۳	۰/۱۷

براساس نتایج به‌دست آمده از جدول ۳، تاب‌آوری و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان (مؤلفه‌های تنظیم هیجان) توانستند به‌صورت همزمان و با هم ۳۵ درصد از واریانس کل شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن را پیش‌بینی کنند. این میزان با $(F=۲۳/۲۸, p<۰/۰۰۱)$ معنی‌دار بوده است. میزان بتا نشان داد که متغیر تاب‌آوری $(p<۰/۰۰۱)$ ، $(\beta=۰/۳۸, t=۴/۵۰)$ و مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد $(\beta=۰/۳۴, t=۴/۷۲, p<۰/۰۰۱)$ تأثیر معنی‌دار بر شدت درد دارند. اما میزان بتا نشان داد که مؤلفه‌ی سرکوب هیجان $(\beta=-۰/۱۸, t=۰/۸۳, p<۰/۱۷)$ نتوانست پیش‌بین معنی‌دار شدت درد باشد. باتوجه به اینکه تأثیر هر کدام از این مؤلفه‌ها به‌صورت مجزا بر شدت درد معنی‌دار بوده است، می‌توان بیان داشت که متغیر

تاب‌آوری و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد به دلیل تأثیر قوی بر شدت درد، توانسته نقش مؤلفه‌های سرکوب هیجان را کاهش داده و غیرمعنی‌دار کند.

به‌منظور بررسی تاب‌آوری و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان (مؤلفه‌های تنظیم هیجان) با فاجعه‌انگاری، از روش تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. اثر مستقیم تاب‌آوری و ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان (مؤلفه‌های تنظیم هیجان) بر فاجعه‌انگاری

متغیر پیش‌بین	R	R2	F	Sig	β	T	Sig
تاب‌آوری	۰/۵۷	۰/۳۲۴	۲۲/۵۳	۰/۰۰۰	-۰/۳۶	۴/۷۴	۰/۰۰۰
ارزیابی مجدد					۰/۳۷	۴/۶۳	۰/۰۰۰
سرکوب هیجان					-۰/۲۲	۰/۴۹	۰/۱۲

براساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۴، تاب‌آوری و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان (مؤلفه‌های تنظیم هیجان) توانستند به‌صورت همزمان و با هم ۳۲ درصد از واریانس کل فاجعه‌انگاری بیماران مبتلا به درد مزمن را پیش‌بینی کنند. این میزان با $(F=۲۲/۵۳, p<۰/۰۰۱)$ معنی‌دار بوده است. میزان بتا نشان داد که متغیر تاب‌آوری $(\beta=-۰/۳۶, t=۴/۷۴, p<۰/۰۰۱)$ و مؤلفه ارزیابی مجدد $(\beta=۰/۳۷, t=۴/۶۳, p<۰/۰۰۱)$ تأثیر معنی‌دار بر فاجعه‌انگاری دارند. اما میزان بتا نشان داد که مؤلفه سرکوب هیجان $(\beta=-۰/۲۲, t=۰/۴۹, p<۰/۱۲)$ نتوانست پیش‌بین معنی‌دار فاجعه‌انگاری باشد. با توجه به این‌که تأثیر هر کدام از این مؤلفه‌ها به‌صورت مجزا بر فاجعه‌انگاری معنی‌دار بوده است، می‌توان بیان داشت که متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد به دلیل تأثیر قوی بر فاجعه‌انگاری، توانسته نقش مؤلفه سرکوب هیجان را کاهش داده و غیرمعنی‌دار کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین شدت درد و فاجعه‌سازی بیماران مبتلا به درد مزمن براساس تاب‌آوری و تنظیم هیجان انجام گرفت. که نتایج پژوهش حاضر از تاب‌آوری و تنظیم هیجان به‌عنوان پیش‌بین شدت درد و فاجعه‌انگاری حمایت کرده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های شاو (Shaw, 2020)، دجالانت و همکاران (Djalante et al., 2020)، فریتاگ (Freitag, 2007) همسو می‌باشد.

با توجه به تعریف رایج از تاب‌آوری به‌عنوان توان برگشتن به حالت تعادل و حفظ فعالیت‌های قبلی و سازگاری مثبت با سختی (Friedman, 2015)، نتیجه فوق تأکیدی بر اهمیت زیاد تاب‌آوری در کاهش شدت درد و سازگاری با شرایط تنیدگی‌زایی چون درد مزمن می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت براساس نظر کنت و همکاران (Kent et al., 2015) تغییر شناختی همراه با تاب‌آوری بی‌نظیر است، چون فرایندهای ناقص یا گذرا را تشخیص می‌دهد؛ یعنی قبل از تغییر اولیه به سمت سازگاری مثبت، باعث مقابله با تنیدگی‌زاهای پیچیده و نوسانات دوره‌ای بین گذشته و آینده می‌شود. از منظر نظریه‌ی تاب‌آوری روان‌شناختی یک رگه‌ی شخصیتی نسبتاً ثابت با توان غلبه بر مشکل و هدایت آن است (Block & Kremen, 1996). پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد که هیجان‌های مثبت از جمله ارزیابی مجدد، عنصری حیاتی در تاب‌آوری روان‌شناختی هستند (Ong et al., 2006). به‌نظر می‌رسد که این هیجان‌ها باعث انعطاف‌پذیری شناختی در هنگام سختی‌ها شده و از این طریق سازگاری را بهبود و شدت درد را کاهش می‌دهد (Ong et al., 2010). افراد دارای تاب‌آوری کمتر به دلیل این‌که منابع و مهارت‌های خودتنظیمی‌شان تحت تأثیر درد مختل می‌شود، در معرض افسردگی، اضطراب و تنیدگی و ناتوانی جسمانی مربوط به درد هستند؛ در مقابل آن‌هایی که رفتار هدمند و ظرفیت‌های خودتنظیمی‌شان حتی تحت تأثیر درد فعالی می‌مانند، در مقابله با درد مزمن سازگارتر بوده و اختلال هیجانی و ناتوانی جسمانی کمتری را تجربه می‌کنند.

هم‌چنین نتایج یافته‌ها نشان داد که تاب‌آوری و تنظیم هیجان از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی فاجعه‌انگاری برخوردار است. در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان اینگونه بیان کرد که داشتن تاب‌آوری باعث بهبود شرایط جسمی و روحی فرد در شرایط تنش‌زا می‌شود. در واقع تاب‌آوری به‌عنوان نوعی فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با داشتن موقعیت

تهدیدکننده تعریف شده است. این نتیجه که تاب‌آوری عامل‌کننده‌ای به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی است، با برخی تحقیقات (White et al., 2010) همسو می‌باشد. تاب‌آوری افسردگی را کاهش و توانایی سازگاری با درد و فاجعه‌انگاری را افزایش می‌دهد و به‌عنوان یک احساس بنیادی از کنترل، به فرد امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای از عهده برآمدن را نیز خواهد داد که این خود نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی ایفا می‌کند و به‌عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌نماید. هم‌چنین منجر به ارتقای کیفیت زندگی می‌شود.

هم‌چنین تنظیم هیجان را باید به‌عنوان فرایندی در نظر گرفت که از طریق آن، فرد هیجان‌های خود را به‌منظور ارائه پاسخ‌های متناسب با فشارهای محیطی به‌طور هشیار یا ناهشیار تعدیل و تنظیم می‌کند. افرادی که توانایی تنظیم هیجان‌ها خود را ندارند در معرض آسیب‌پذیری بالایی برای ابتلا به پریشانی روان‌شناختی می‌باشند، سرکوب، مانع از انطباق فرد با رویدادهای استرس‌آمیز و آسیب‌زا می‌گردد و فرد را به سمت فاجعه‌انگاری و بیماری هدایت می‌کند (Al-Rabiaah et al., 2020). ازسوی دیگر ارزیابی مجدد با پردازش بهتر موقعیت همراه است و منجر به مدیریت و انطباق با شرایط می‌گردد. تعداد زیادی از تحقیقات عنوان کرده‌اند که مدیریت مؤثر می‌تواند حساسیت را کاهش دهد و هم‌چنین وسیله مهمی برای رفع اضطراب عمومی است (Schlotz et al., 2008). بنابراین می‌توان گفت تنظیم هیجان برای کاهش احساسات منفی از جمله فاجعه‌انگاری و تقویت بهزیستی لازم و ضروری است.

باوجود آنکه نتایج پژوهش حاضر، اطلاعات ارزشمندی را درباره‌ی ویژگی‌های تاب‌آوری و تنظیم هیجان در پیش‌بینی شدت درد و فاجعه‌انگاری درد فراهم کرده است، اما برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج آن را با مشکل روبرو کند. نخست اینکه آزمودنی‌های پژوهش را افراد بالای ۱۸ سال تشکیل دادند و نتایج آن را نمی‌توان به گروه‌های کودک و نوجوان تعمیم داد، لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش برای رده‌های سنی دیگر مانند نوجوانان انجام گیرد. هم‌چنین در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارشی استفاده شده است که ممکن است نتایج آن را دچار سوگیری کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود از ابزارها و روش‌هایی استفاده شود که مبین رفتارهای واقعی‌تری از افراد باشد.

تشکر و قدردانی: از مدیریت مراکز درمانی دولتی و غیردولتی شهر خرامه و هم‌چنین شرکت‌کنندگان پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع مالی: پژوهش حاضر توسط نویسندگان تامین مالی شده است.

تضاد منافع: هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- جوادی، رحم‌خدا و پرو، درا. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. *اعتیادپژوهی*، ۲(۸)، ۸۲-۶۹.
- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه با هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *روانشناسی معاصر*، ۲(۱)، ۱۲-۳.
- خداکرمی، ناهید، معطر، فربرز و قهیری، عطا... (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی داروی گیاهی (کرفس، زعفران و انیسون) و کپسول مفنایک اسید بر شدت دیسمنوره اولیه. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، ۱۴(۲)، ۱۹-۱۱.
- داودی، ایران، زرگر، یداله، مظفری‌پور سی‌سخت، الهام، نرگسی، فریده، و مولا، کریم. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. *روانشناسی سلامت*، ۱(۱)، ۶۷-۵۴.
- قاسم‌پور، عبدالله، ایلبگی، رضا، و حسن‌زاده، شهناز. (۱۳۹۱). *خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی*. ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان، ۷۲۴-۷۲۲.

- مرتضوی نصیری و فرشته سادات. (۱۳۹۳). پیش‌بینی ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن براساس باورهای مرتبط با درد، اضطراب درد و فاجعه‌انگاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- Adams, N. J., Plane, M. B., Fleming, M. F., Mundt, M. P., Saunders, L. A., & Stauffacher, E. A. (2001). Opioids and the treatment of chronic pain in a primary care sample. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 791-796.
- Al-Rabiaah, A., Temsah, M. H., Al-Eyadhy, A. A., Hasan, G. M., Al-Zamil, F., Al-Subaie, S., ... & Somily, A. M. (2020). Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 687-691.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 349.
- Cano, A., Leonard, M. T., & Franz, A. (2005). The significant other version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-S): preliminary validation. *Pain*, 119(1), 26-37.
- Chibnall, J. T., & Tait, R. C. (2009). Long-term adjustment to work-related low back pain: associations with socio-demographics, claim processes, and post-settlement adjustment. *Pain Medicine*, 10(8), 1378-1388.
- Chiu, Y. H., Silman, A. J., MacFarlane, G. J., Ray, D., Gupta, A., Dickens, C., ... & McBeth, J. (2005). Poor sleep and depression are independently associated with a reduced pain threshold. Results of a population based study. *Pain*, 115(3), 316-321.
- Connelly, M., Keefe, F. J., Affleck, G. C., Lumley, M. A., Anderson, T., & Waters, S. (2007). Effects of day-to-day affect regulation on the pain experience of patients with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1-2), 162-170.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale: (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Djalante, R., Shaw, R., & DeWit, A. (2020). Building resilience against biological hazards and pandemics: COVID-19 and its implications for the Sendai Framework. *Progress in disaster science*, 6, 100080.
- Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The association of sleep and pain: an update and a path forward. *The Journal of Pain*, 14(12), 1539-1552.
- Freitag, F. G. (2007). The cycle of migraine: Patients' quality of life during and between migraine attacks. *Clinical Therapeutics*, 29(5), 939-949.
- Friedman, H. S. (2015). *Encyclopedia of mental health*. Cambridge, Massachusetts: Academic Press.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141.
- Geenen, R., van Ooijen-van der Linden, L., Lumley, M. A., Bijlsma, J. W., & van Middendorp, H. (2012). The match-mismatch model of emotion processing styles and emotion regulation strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 45-50.
- Gilliam, W., Burns, J. W., Quartana, P., Matsuura, J., Nappi, C., & Wolff, B. (2010). Interactive effects of catastrophizing and suppression on responses to acute pain: a test of an appraisal × emotion regulation model. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(3), 191-199.
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1), 770.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. (2007). Individual differences in emotional processing and reactivity to arthritis. *Clinical Journal of Pain*, 23(2), 165-172.

- Karoly, P., & Ruchman, L. S. (2006). Psychological resilience and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97.
- Kent, M., Rivers, C. T., & Wrenn, G. (2015). Goal-Directed Resilience in Training (GRIT): A biopsychosocial model of self-regulation, executive functions, and personal growth (eudaimonia) in evocative contexts of PTSD, obesity, and chronic pain. *Behavioral Sciences*, 5(2), 264-304.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. J., Buck, M., Yiu, L., & Stamler, L. L. (2018). Fundamentals of Canadian nursing. *Concepts, Process, and Practice-Pearson*, 1096-1119.
- Masedo, A. I., & Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 199-209.
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31.
- Meulders, A., & Bennett, M. P. (2018). The concept of contexts in pain: generalization of contextual pain-related fear within a de novo category of unique contexts. *The Journal of Pain*, 19(1), 76-87.
- Nicholas, M. K., Coulston, C. M., Asghari, A., & Malhi, G. S. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain". *The Medical Journal of Australia*, 190(7), S66- S70.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730.
- Ong, A. D., Zautra, A. J., & Reid, M. C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging*, 25(3), 516.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Potter & Perry's Essentials of Nursing Practice, Sae, E Book*. Elsevier Health Sciences.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Vader, K. (2020). The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976.
- Romeo, A., Tesio, V., Castelnuovo, G., & Castelli, L. (2017). Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in Psychology*, 8, 284.
- Scheffers, F., van Vugt, E., & Moonen, X. (2020). Resilience in the face of adversity in adults with an intellectual disability: A literature review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 828-838.
- Schlotz, W., Kumsta, R., Layes, I., Entringer, S., Jones, A., & Wüst, S. (2008). Covariance between psychological and endocrine responses to pharmacological challenge and psychosocial stress: a question of timing. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 787-796.
- Shaw, S. C. (2020). Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 44, 102780.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41-42.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 23-32.
- Wu, Y., Sang, Z. Q., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2020). The relationship between resilience and mental health in Chinese college students: a longitudinal cross-lagged analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, 108.