فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۶

نقش آلکسی تیمیا و بدتنظیمی هیجان در کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن

زهرا ابراهیمی[۱]، سامره اسدی مجره[۲*]، بهمن اکبری[۳]، بهرام نادری نبی[۴]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
۴. متخصص بیهوشی، فلوشیب درد، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۶ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۶/۵/۲۴** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲**

چکیده

زمینـه و هـدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش آلکسی تیمیا و بدتنظیمی هیجان در کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن انجام گردید.

مـواد و روش‌هـا: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر (۹۰ زن و ۶۰ مرد) مبتلا به انواع دردهای مزمن مراجعه کننده به کلینیک درد گیلان شهر رشت طی فروردین تا خرداد ۱۳۹۶ بودند که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند و مقیاس آلکسی تیمیا تورنتو، مقیاس بدتنظیمی هیجان گراتز و رومر و مقیاس کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل گردید.

نتایـج و یافته‌هـا: نتایج نشان داد ارتباط معکوس و معناداری میان آلکسی تیمیا و بدتنظیمی هیجان با کیفیت زندگی وجود دارد($p<۰/۰۱$) و دشواری در شناسایی احساسات و بدتنظیمی هیجان حدود ۳۲ درصد از تغییرات کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن را پیش‌بینی می‌کنند($p<۰/۰۱$).

بحـث و نتیجه‌گیـری: آلکسی تیمیا و بدتنظیمی هیجان درکیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن نقش دارند و لزوم توجه به فرایندهای هیجانی جهت ارتقای سطح کیفیت زندگی مبتلایان می‌تواند حائز همیت باشد.

واژه‌های کلیدی: آلکسی تیمیا، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، درد مزمن

مقدمه

احتمالاً درد، عمومی‌ترین فشار روانی است که انسان با آن مواجه می‌شود و یکی از شایع‌ترین شکایت‌ها در بین بیماران می‌باشد[۱]. انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است، تعریف می‌کند[۲]. درد را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد: حاد و مزمن. درد حاد، درد کوتاه مدت است و چندان طول نمی‌کشد. درد هنگامی مزمن است که بیشتر از حد مورد انتظار استمرار پیدا کند. چنین دردی می‌تواند علی‌رغم درمان‌های انجام شده از شش ماه تا سی سال و بیشتر، طول بکشد[۳]. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که

نویسنده مسئول: سامره اسدی مجره، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رشت
پست الکترونیک: asadimajreh_psy@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

بیش از ۱/۵میلیارد نفر در سراسر جهان از درد مزمن رنج می‌برند و شیوع آن رو به افزایش است[۴]. محمدزاده و همکاران[۴] شیوع درد مزمن را در شهر تهران ۲۵/۵ درصد گزارش کرده‌اند. نشانگان درد مزمن مشکل شایعی است که به علت ماهیت پیچیده، سبب‌شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان، چالش‌های عظیمی را برای درمانگران ایجاد می‌کند[۲]. درد مزمن بهزیستی، توانایی حفظ سبک زندگی مستقلانه، بهره‌وری و روابط اجتماعی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد[۵]. بیماران مبتلا به درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین‌فردی بویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای فیزیکی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند[۶]. درد مزمن می‌تواند عملکرد و کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد[۷ و ۸]. کیفیت زندگی اساساً مفهومی فردی است و می‌تواند وضعیت زندگیشخص و توانایی دستیابی به اهداف زندگی را ارزیابی کند[۹]. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آن‌ها تعریف می‌کند[۱۰]. کیفیت زندگی به عنوان واژه‌ی گسترده در برگیرنده‌ی مفاهیم متفاوتی از قبیل وضعیت بدنی، انسجام اجتماعی، وضعیت روحی روانی و درک سلامتی است که بر اساس ارزیابی‌های پزشکی، مواردی از قبیل سلامتی، عملکرد بیمار، تأثیر درمان و نهایتاً کیفیت و کارآمدی درمان و مراقبت از بیمار را توصیف می‌کند[۱۱]. یکی از متغیرهای روان‌شناختی بسیار مهم در ارتباط با کیفیت زندگی، تنظیم هیجانی و دشواری‌های مربوط به آن است. تنظیم هیجانی به طور ویژه‌ای توضیح می‌دهد که افراد چگونه هیجان را تجربه، تعدیل و سازماندهی می‌کنند و چگونه چنین مدیریتی بر رفتار انسان تاثیر می‌گذارد. تنظیم هیجان سازگارانه به افراد اجازه می‌دهد تا تحمل وضعیت‌های درمانده‌کننده افزایش یابد[۱۲]. فرایندهای تنظیم هیجان نقش محوری را در سلامت و بیماری‌ها ایفا می‌کنند[۱۳]. شواهد موجود حاکی از ارتباط معنادار توانایی تنظیم حالات عاطفی و سلامت روان‌شناختی در میان تقریباً کلیه اختلالات روانی موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است[۱۴]. تنظیم هیجان سازگارانه با عزت نفس و تعاملات اجتماعی بالا مرتبط است و افزایش تجربه‌های هیجانی مثبت باعث مواجهه‌ی موثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و پاسخ مناسب به موقعیت‌های اجتماعی را افزایش می‌دهد. همچنین، راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط بوده، سازگاری بعدی فرد را پیش‌بینی می‌کند و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند در پیش‌بینی و درمان مشکلات روانی، موثر باشد[۱۵]. به طور کلی، هیجان نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس‌زا دارد و افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر وقایع زندگی نیستند، بیشتر از سایرین دچار آسیب‌های روانی می‌گردند. آلکسی تیمیا به صورت نارسایی‌هایی در توانایی تشخیص، درک و فهم و ابراز هیجان‌ها و احساسات تعریف شده است. آلکسی تیمیا به عنوان یک پدیده هیجانی/ شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که در نتیجه فرایندهای بازداری اتوماتیک اطلاعات و احساسات هیجانی بوجود می‌آید. آلکسی تیمیا به فقدان توانایی هیجانی فرد اشاره دارد[۱۶]. پژوهش‌ها ارتباط متغیرهای مرتبط با تنظیم هیجان و آلکسی تیمیا را با شدت درد[۱۷-۱۹] و کیفیت زندگی نشان داده‌اند[۲۰ و ۲۱]. لی و همکاران[۲۲] ارتباط تنظیم هیجان را با سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه معنادار گزارش کردند. در پژوهشی دیگر، فیلیپس و همکاران[۲۳]، ارتباط تنظیم هیجان با کیفیت زندگی و شدت بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروز را معنادار یافتند. تارسکی در پژوهشی[۲۴] بر روی ۸۱ بیمار مبتلا به کمر درد مزمن نشان داد که ۱۴/۸٪ بیماران معیار آلکسی تیمیا را داشتند. همچنین در این پژوهش، نمرات بالا در آلکسی تیمیای با سطوح بالای شکایات جسمانی و عاطفه منفی، و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین ارتباط داشت. با توجه به نقش عوامل

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

روان‌شناختی در شکل‌گیری و تداوم درد مزمن و ناتوانی‌های ناشی از آن و نیز سطوح بالای عواطف منفی و مشکلات هیجانی در مبتلایان به درد مزمن که می‌تواند سطح کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار داده و حتی ممکن است شدت بیماری آنها، ادراک درد و ادراک بیماری را تحت تاثیر قرار دهد، ضرورت انجام این پژوهش احساس گردید و نتایج پژوهش برای متخصصان حوزه روان شناسی سلامت و روانپزشکانی که در حوزه ارتقای سطح کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن و درمان ناراحتی‌های روان‌شناختی این بیماران از جمله مشکلات هیجانی آنها فعالیت دارند موثر واقع شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش آلکسی تیمیا و بدتنظیمی هیجان در کیفیت زندگی مبتلایان به انواع دردهای مزمن انجام گردید.

روش اجرا

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها توصیفی است که در چارچوب طرح همبستگی انجام گردید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مبتلایان به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی درد شهر رشت است. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر (۹۰زن و۶۰ مرد) از مراجعه‌کنندگان به کلینیک تخصصی درد گیلان در شهر رشت در طی فروردین تا خردادماه ۱۳۹۶ است که پس از ارزیابی مقدماتی توسط پژوهشگر و زیر نظر پزشک متخصص درد و پس از احراز شرایط ورود پژوهش، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. در خصوص تعیین حجم نمونه باید اشاره کرد که به دلیل عدم دسترسی به حجم جامعه آماری کلیه مبتلایان به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر رشت، امکان استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه امکان نداشت، اما با توجه به اینکه در پژوهش‌های علمی- مقایسه‌ای، حجم نمونه به ازای هر متغیر حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه شده است [۲۵] و نیز با بررسی تعداد نمونه در پژوهش‌های مشابه، حجم نمونه ۱۵۰ نفر انتخاب گردید. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط بیمار و ارائه توضیحات کلی در خصوص پژوهش و لزوم صادقانه پاسخ دادن آزمودنیها و اطمینان‌بخشی به آزمودنی‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی قرار گرفت. اجرا بصورت انفرادی بود و جهت پاسخگویی به سوالات محدودیت زمانی وجود نداشت. لازم به ذکر است که در خصوص برخی آزمودنی‌ها که حوصله کمتری جهت تکمیل مقیاس‌ها داشتند اجرا در ۲ جلسه انجام گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: داشتن تحصیلات حداقل سیکل، دارا بودن انواع درد در ناحیه کمر، سر، پا، ستون فقرات که حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد، سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۵ سال، عدم سابقه اختلالات روان شناختی، امضاء رضایت‌نامه کتبی توسط بیمار. ملاک‌های خروج شامل سابقه جراحی، دریافت درمان و مدیریت درد، مصرف داروهای روان‌پزشکی و موارد مشابهی که در روند تحقیق اختلال ایجاد کند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری spss-۲۰ تحلیل شدند. برای یافته‌های توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار استفاده گردید و برای تعیین ارتباط میان آلکسیتیمیا و بدتنظیمی هیجان با کیفیت زندگی از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. در ادامه با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون رگرسیون شامل نرمال بودن توزیع متغیر ملاک، ارتباط خطی متغیرهای پیش‌بین و ملاک، استقلال خطاها، نرمال بودن توزیع خطاها و عدم هم‌خطی بین متغیرهای پیش بین، جهت پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی از روی متغیرهای پیش‌بین از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس آلکسیتیمیای تورنتو (TASS): مقیاس آلکسیتیمیای تورنتو یک آزمون ۲۰ سوالی است که توسط بگبی، پارکر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

و تیلور در سال ۱۹۹۴ تهیه شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملا مخالف (۱) تا کاملا موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس از ۳ مولفه تشکیل شده است که عبارتند از دشواری در توصیف احساسات (سوالات ۲، ۴، ۷، ۱۲ و ۱۷)، دشواری در شناسایی احساسات (سوالات ۱، ۳، ۶، ۹، ۱۱، ۱۳ و ۱۴) و تمرکز بر تجارب بیرونی (سوالات۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰). بگبی و همکاران (۱۹۹۴)، پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) و ضریب پایایی بازآزمایی (۰/۷۷) مطلوب گزارش کردند[۲۶]. بشارت و همکاران در پژوهشی[۲۷]، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس و مولفه‌های آن را ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ گزارش کردند و نیز، روایی مقیاس با روش روایی همزمان و با اجرای همزمان مقیاس‌های هوش هیجانی، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی مطلوب احراز گردید و ضریب همبستگی آنها به ترتیب ۰/۷-، ۰/۶۸- و ۰/۴۴ به دست آمد. در پژوهش عیسی‌زادگان و همکاران (۲۸)، همسانی درونی مقیاس ۰/۷۴ و برای ابعاد ۱ و ۲ آن به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۶۶ گزارش شد.

مقیاس بدتنظیمی هیجان گراتز و رومر (DERS): مقیاس بدتنظیمی هیجانی توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (تقریبا هرگز) تا۵ (تقریبا همیشه) نمره‌بندی شده‌اند. سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نتایج مربوط به پایایی در پژوهش گراتز و رومر نشان می‌دهند که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس) است[۲۸]. در پژوهش امینیان[۲۹]، روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن قابل قبول گزارش شده است (r=۲۶/۰). درآن پژوهش، پایایی به دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد و به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸ به دست آمد. همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-Brief): فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد و فرم کوتاه و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-۱۰۰) است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال بوده و کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، حیطه روانشناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیط زندگی در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= اصلاً، ۵ = کاملاً) می‌سنجد[۱۰]. نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده در پژوهشی در سال ۱۳۸۴این پرسشنامه را استانداردسازی کرده‌اند. در پژوهش آن‌ها پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آمد و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه شد. در پژوهش مرادی، ملک‌پور، امیری، مولوی و نوری در سال ۱۳۸۹ پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۸۱، سلامت محیط ۰/۷۳ و روابط اجتماعی ۰/۶۰ محاسبه شد[۳۰].

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن

متغیرها		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۹۰	۶۰
	مرد	۶۰	۴۰
وضعیت تاهل	مجرد	۲۴	۱۶
	متاهل	۱۲۶	۸۴
تحصیلات	زیردیپلم	۳۰	۲۰
	دیپلم	۵۱	۳۴
	فوق دیپلم	۲۱	۱۴
	لیسانس	۳۸	۲۵/۳
	فوق لیسانس	۱۰	۶/۷
نوع درد	کمر درد	۵۳	۳۵/۴
	سر درد	۱۷	۱۱/۳
	درد عضلات	۴۱	۲۷/۳
	گردن درد	۱۴	۹/۳
	روماتیسم	۲۵	۱۶/۷
سن		میانگین	انحراف معیار
		۵۲/۳۱	۴/۳

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	Sd	حداقل نمره	حداکثر نمره
آلکسی تیمیا	۲۶	۸۰	۵۵/۳	۱۲/۸۷
دشواری در توصیف احساسات	۵	۲۲	۱۳/۳۱	۴/۱۲
دشواری در شناسایی احساسات	۷	۳۳	۲۰/۳۳	۷/۰۷
تمرکز بر تجارب بیرونی	۱۰	۲۸	۲۱/۶۶	۴/۰۵
بدتنظیمی هیجان	۴۱	۱۳۳	۸۱/۵۹	۲۰/۹۶
کیفیت زندگی	۳۷	۱۰۷	۷۷/۲۱	۱۳/۶۹

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی میان متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- آلکسی تیمیا	-				
۲- دشواری در توصیف احساسات	۰/۹۱۶**	-			
۳- دشواری در شناسایی احساسات	۰/۸۳۱**	۰/۶۶۵**	-		
۴- تمرکز بر تجارب بیرونی	۰/۷۳**	۰/۴۸۷**	۰/۴۶۱**		
۵- بدتنظیمی هیجان	۰/۵۴۴**	۰/۵۱۲**	۰/۴۵۴**	۰/۳۵۵**	
۶- کیفیت زندگی	-۰/۵۱۶**	-۰/۵۴**	-۰/۳۷۷**	-۰/۳۱۲**	-۰/۴۲۷**

نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که رابطه بین نمره بدتنظیمی هیجانی ($r=۰/۴۲۷$،$P<۰/۰۱$) آلکسی‌تیمیا ($r=۰/۵۱۶$ ،$P<۰/۰۱$) و ابعاد دشواری در توصیف احساسات ($P<۰/۰۱$، $r=۰/۵۴$)، دشواری در شناسایی احساسات ($P<۰/۰۱$، $r=۰/۳۷۷$) و تمرکز بر تجارب بیرونی ($r=۰/۳۱۲$،$P<۰/۰۱$) از نظر آماری منفی و معنی‌دار است. جهت همبستگی نشان می‌دهد که نمره بالا در آلکسی‌تیمیا و بدتنظیمی با سطح پایین کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن همراه است.

جدول شماره ۳. تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر اساس نمرات متغیرهای پیشبین

گامها	متغیرها	R	R^2	F	sig	B	β (بتا)	t
۱	دشواری در شناسایی احساسات	۰/۵۴	۰/۲۹۱	۶۰/۷۹۷	۰/۰۰۱	-۱/۰۴۴	-۰/۵۴	-۷/۷۹۷
۲	بدتنظیمی هیجان	۰/۵۶۶	۰/۳۲	۳۴/۶۵۹	۰/۰۰۱	-۰/۸۴۲	-۰/۴۳۵	-۵/۴۶۲
						-۰/۱۳۱	۰/۲	-۲/۵۱۶

خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام آلکسی تیمیا و بدتنظیمی هیجانی در پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن در جدول ۳ ارائه شده است. در گام اول متغیر دشواری در شناسایی احساسات ۲۹ درصد ($R^2=۰/۲۹۱$) و در گام دوم متغیر بدتنظیمی هیجان ۳ درصد ($R^2=۰/۳۲$) از کیفیت زندگی را تبیین کرده است. نتایج نشان می‌دهد که در مجموع، ۳۲ درصد از متغیر کیفیت زندگی به وسیله ترکیب خطی از دو متغیر دشواری در شناسایی احساسات و بدتنظیمی هیجان پیش‌بینی می‌شود. با توجه به ضرایب β مندرج در جدول ۳ نیز معلوم می‌شود که متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات ($\beta=-۰/۵۴$) و بدتنظیمی هیجان ($\beta=۰/۲$) به شکل معناداری تغییرات در کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن را تبیین می‌کنند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط آلکسی‌تیمیا و بدتنظیمی هیجان با کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن انجام گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که رابطه بین نمره دشواری تنظیم هیجانی، آلکسی‌تیمیا و ابعاد دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی منفی و معنی‌دار است و متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات و بدتنظیمی هیجان به شکل معناداری کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن را پیش‌بینی می‌کنند. یافته پژوهش حاکی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

از ارتباط آلکسی‌تیمیا با کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن، همسو با نتایج پژوهش‌های مشابه قبلی است [۲۱]. بگبی و پارکر (۱۹۹۷) چارچوبی را برای مفهوم‌سازی رابطه آلکسی‌تیمیا و نشانه‌های جسمانی مطرح کردند که افراد آلکسیتیمیک نشانه‌های جسمانی و شکایات بدنی بیشتری گزارش می‌کنند و سطح بالای خودبیمارانگاری، شکایات جسمانی و سطح پایین سلامت دارند [۲۴]. افراد آلکسیتیمیک توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس‌زا دارند و هنگام رویارویی با یک رویداد آسیب‌زا به دلیل ناتوانی در تنظیم و مدیریت احساسات، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. در واقع مبتلایان به آلکسی تیمیا احساسات نامتمایزی دارند که عموماً با یک برانگیختگی فیزیولوژیک همراه است. اما به علت مشکل در تمایز و توصیف، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود. این افراد هیجان ناشی از احساسات جسمی خود را نشناخته و تنها بر حس‌های جسمی تمرکز می‌کنند. تاکید و تمرکز بر حس‌های جسمی موجب تشدید این علائم شده و در یک چرخه پسخوراندی معیوب، بیماری جسمی عملکردی بروز می‌نماید [۳۱]. از آنجا که این افراد نمی‌توانند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کنند، در تخلیه و خنثی کردن این عواطف نیز دچار مشکل شده و در نتیجه از سطح پایین کیفیت زندگی برخوردار خواهند شد. ناتوانی در نظم دهی هیجان با سطوح پایین سلامت جسمانی و روانی افراد مبتلا به آلکسی تیمیا ارتباط دارد [۲۷]. از سویی دیگر، نداشتن آگاهی از هیجانها، منجر به تشدید برانگیختگی هیجانی می‌شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستمهای خودمختار می‌شود. تداوم تحریکات روی این سیستمها، موجب ناراحتی فیزیکی و روانی می‌شود [۲۶]. افراد دارای مشکلات هیجانی به این دلیل که نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز دارند، به احتمال بیشتری مشکلات و ناراحتی‌های روانشناختی‌شان را به صورت جسمانی نشان می‌دهند. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ی موثری ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبرو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق بوده و در نهایت از کیفیت زندگی بالایی برخوردار خواهند بود [۳۲].

یافته دیگر پژوهش حاکی از ارتباط بدتنظیمی هیجان با کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن است. میرزایی در پژوهشی [۳۳] به این نتیجه رسید که بین کنترل هیجان و ابرازگری هیجان با سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به این ترتیب که با افزایش کنترل خشم و بیانگری هیجانی، سلامت عمومی افزایش می‌یابد. وی همچنین به این نتیجه رسید که بین کنترل هیجان و کارکرد جسمانی رابطه مثبت وجود دارد. درد و هیجانات منفی ارتباط معناداری با هم دارند. راهبردهای تنظیم هیجان، مشابه روش‌های سازگاری افراد با درد است [۳۴]. بررسی‌ها نشان داده که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبرو شدن آنها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آنها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید [۳۵]. بدتنظیمی هیجان می‌توانند منجر به روابط بین‌فردی ضعیف، بدکارکردی اجتماعی، مشکلات سلامت روان و مشکلات و بیماری‌های جسمانی از جمله درد مزمن گردد. نارسایی در نظم‌دهی هیجانی می‌تواند موجب افزایش تجارب منفی شود. بنابراین، هنگامی که افراد احساس می‌کنند مهار کمی بر موقعیت دارند، آن را منفی و پرتنش تعبیر می‌کنند، امری که نتیجه آن تجربه عاطفی منفی خواهد بود. مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان با کاهش آستانه تحمل درد مرتبط بوده و منجر به ادراک درد بالا در افراد می‌گردد. تنظیم سازگارانه هیجان می‌تواند منجر به فرونشانی و تسکین درد و نهایتاً بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی گردد. تنظیم کارآمد هیجانات منجر به افزایش تجارب هیجانی مثبت شده و باعث می‌شود بیماران به صورت کارآمدتری با بیماری خود سازگار شوند و متعاقباً کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی آنها ارتقا خواهد یافت.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

نتیجه‌گیری

با توجه به ماهیت بنیادی هیجانات، در زمینه بیماران مبتلا به دردهای مزمن، درد و هیجانات به راحتی می‌توانند بر روی هم تاثیر گذارند[۳۶]. در مورد تبیین این رابطه باید اذعان کرد که چون بیان احساسات موجب تخلیه هیجانی و آرامش می‌شود و چون این افراد در بیان هیجانات با مشکل روبرو هستند بنابراین مشکلات هیجانی و عاطفی، افزایش شدت در حس درد را باعث می‌شوند. مبتلایان به درد مزمن هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و چون در تنظیم هیجانات نیز مشکل دارند بنابراین گرفتار مشکلاتی مانند اضطراب و افسردگی می‌شوند که سطح کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود که درد بیشتری احساس کنند و ناتوان‌تر شوند. هیجانات می‌توانند منجر به توجه افراد به درد شوند. با توجه به نقش اساسی عوامل هیجانی در کیفیت زندگی مبتلایان به دردهای مزمن، شناسایی نقایص هیجانی موجود در این افراد و هدف قرار دادن آنها در مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و حتی ادراک درد آنها کمک کند. بر اساس این یافته، می‌توان از فرایندهای هیجانی در طرح‌های درمانی جهت بهبود موفقیت‌آمیز مبتلایان به درد مزمن بهره گرفت. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که در مداخلات مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران باید به نقش نقایص و مشکلات هیجانی مبتلایان به دردهای مزمن توجه ویژه داشت.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از محدودیت در تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های دیگر، عدم امکان مقایسه تفاوت‌های جنسیتی، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی، عدم ارزیابی شدت درد بیماران و عدم بررسی مدت زمان درد؛ لذا پیشنهاد می‌شود بررسی‌های مشابه بر روی مبتلایان به دردهای مزمن همایند با اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی انجام گیرد و در پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی مدنظر قرار داده شود و در کنار داده‌های خودسنجی، داده‌های به دست آمده از ارزیابی متخصصان بالینی نیز به کار برده شود تا شاید الگوهای جدیدی از همبستگی‌ها را آشکار سازد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه آتی، شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن ارزیابی شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1395.69 می‌باشد و نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه کسانی که در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

References

1. Rafiee S, Foroughi A, Momenzadeh S. Comparing the co morbidity of psychological disorder among women and men with chronic musculoskeletal pain. Bimon Hormozgan Univ Med Sci. 2012; 15(4): 295-303.
2. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. Isfahan Med sci 2014; 32(295): 1156-65. [Persian]
3. Nicholas MK, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. Manage your pain: practical and positive ways of Adapting to chronic pain. Sydney: ABC Books. 2006.
4. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Urban HEART-2 study). Iran J Epidemiol. 2013; 9(1): 19-31.
5. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, & et al… Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity with Depression-Anxiety Disorders. Pain 2008; 9(10): 883–891.
6. Lohnberg JA. (2011). An examination of the psychosocial profile of individuals with complex regional pain syndrome. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa. (pp. 11-18).
7. Newland PK, Naismith RT, Ullione M. The Impact of Pain and Other Symptoms on Quality of Life in Women With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. Neurosci Nurs 2009; 41(6): 322-328.
8. Reis FJJ, Gomes MK, Rodrigues J, Gosling AP, Fontana AP, Ledo A Cunha JA. Pain and Its Consequences in Quality of Life: A Study with WHOQOL-Bref in Leprosy Patients with Neuropathic Pain. ISRN Trop Med 2013; 1-7.
9. Chan S, Wai IU Q. Qualiy of Life with Schizophernia. Adv Nurs 2003; 45(1): 72-83.
10. World Health Organization; Quality of Life Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument_ (WHOQOL).Qual Life Res 1993; 2: 153-9.
11. Von mackensen S. Quality of life and sports activities in patients withhaemophilia. Haemoph 2007. 13: 38-43.
12. Sepehrian Azar F, Asadi Majreh S, Asadnia S, Farnoodi L. The relationship between attachment and coping styles with emotion dysregulation in adolescence. Urmia Univ Med Sci 2014; 25 (10):913-22-930. [Persian]
13. Gross, JJ. The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. Psychol Inq 2013; 26: 130–137.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.2013.
15. Alilo MM, Ghasempour A, Azimi Z, Akbari E, Fahimi S. Role of Emotion Regulation Strategies in the Prediction of borderline personality traits. Iranian Psychiatry & Clin Psychol 2012; 6(24): 9-18. [Persian]
16. Sepehrian Azar F. Emotion regulation from IQ to EQ and SQ. Urmia University Jiha. pp 18-32. [Persian]
17. Rezaei F, neshat doost H, molavi H, abedi M, karimifa M. The Relationship between Emotional Deficit and Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis in Isfahan City. JSSU 2013; 21 (4):448-458. [Persian]
18. Salomons TV, Nusslock R, Detloff A, Johnstone T, and Davidson RJ. Neural Emotion Regulation Circuitry Underlying Anxiolytic Effects of Perceived Control over Pain. Cogn Neurosci 2014; 27(2): 222–233.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

19. Zeinali F. Investigating the effectiveness of therapy based on emotion regulation on psychological problems of those with chronic pain. Indian Fundam & Appl Life Sci 2016; 6(2): 627– 632. [Persian]
20. bahrami, B., bahrami, A., mashhadi, A., kareshki, H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. Mashhad med univ sci 2015; 58(2): 96-105. [Persian]
21. Castelli L, Tesio V, Colonna F, Molinaro S, Leombruni P, Bruzzone M, Fusaro E, Sarzi-Puttini P, Torta R Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia: prevalence and relation with quality of life. Clin Exp Rheumatol 2012; 30(6):70-7.
22. Philips LH, Saldis A, McCarrey A, Henry JD, Scott C, Summers F, Whyte M. Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis. Clin Psychol 2009; 48(1): 101-106.
23. Li L, Zhu Z, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y & Zhang J. Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. Health & Qual of Life Outcomes 2015; https://doi.org/10.1186/s12955-015-0242-4.
24. Turesky DG. A descriptive analysis of alexithymia among patients with chronic back pain. PhD (Doctor of Philosophy), thesis, University of Iowa, 2011.
25. Delavar A. Research educational and psychological. Virayesh, 2005.
26. Besharat MA, Zahedi Tajrishi, Noorbala AA. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study. Contemp Psychol 2014: 8(2); 3-16. [Persian]
27. Issazadegan A, Sheikhy S, Basharpoor S. The Relationship of Alexithymia with type D personality and general health. Urmia Univ Med Sci 2012; 22 (6):530-538 [Persian]
28. Gratz, K. L., & Roemer, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Psychopathol & Behav Asses 2004, 26(1), 41–54.
29. Aminian M. Investigating the relationship between emotional dysregulation, negative events of life and body image with nutritional disorders in women and girls in Ahvaz. The dissertation of MA in Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch. 2009.
30. Hamzehpour Haghighi T. The effects of cognitive behavioral group therapy on pain perception, perception of the disease and quality of life of patients with rheumatoid artryd [Dissertation]. Sari Islamic Azad University; 2015: 1-11. [Persian]
31. Shahgholian M, Moradi A, Kafee M. Relationship of Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health among University Students. IJPCP 2007; 13 (3):238-248. [Persian]
32. Irani Barghi Z, Bakhti M, Baghyan MJ, Karami S. The Relationship between the Five Factors of Personality and Alexithymia with Mental Health in MS Patients. Health Psychol 2014; 3(10): 64-79.
33. Mirzai B. The Relationship between General Health and Emotional Expressive Styles. Thought & Behav 2009; 4 (15): 41-50.
34. Linton SJ. A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. Appl Biobehav Res 2013; 18: 2, 82–103.
35. King LA, & Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. Personal & Soc Psychol 1990; 58: 864-877.
36. Price DD. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. Sci 2000; 9: 1769–72.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]

Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2017, Vol 8, NO 1

The relationship between Alexithymia and Emotion Dysregulation with quality of life in Patients with chronic pain

Zahra Ebrahimi[1], Samereh Asadi Majreh[*2], Bahman Akbari[3], Bahram Naderi Nabi[4]

1. *Student in Psychology, Islamic Azad University, Rasht*
2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rash*
3. *Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht*
4. *Associate Professor of Anesthesiology. Fellowship of Anesthesia and pain, Anesthesiology Department, Anesthesiology Research Center, Guilan university of medical sciences, Rasht*

ABSTRACT

Aim and Background: This study was performed with the purpose to determine the role of alexithymia and emotion dysregulation in quality of life in patients with chronic pain.

Materials and methods: This research is descriptive and correlational. The research sample consisted of 150 patients(90female and 60male) with chronic pain who referred to Gilan pain clinic in march-June 2017. They were selected by available sampling method. Toronto's Alexithymia scale, Gratz and Roemer emotion dysregulation Scale and Quality of Life Scale were used for their evaluation. Data was analyzed by using Pearson correlation coefficient and stepwise regression.

Findings: The results showed a negative significant relationship between Alexithymia and emotion dysregulation with quality of life ($p < 0.01$), and the difficulty in identifying emotions and emotion dysregulation predict about 32% of the quality of life changes in patients with chronic pain ($P < 0.01$).

Conclusion: Alexithymia and emotion dysregulation are involved in the quality of life in chronic pain patients and the need to pay attention to emotional responses can improve the quality of life in patients.

Keywords: Alexithymia, emotion dysregulation, quality of life, chronic pain.

Please cite this paper as:

Ebrahimi Z, Asadimajare S, Akbari B, Naderinabi B.[The relationship between Alexithymia and Emotion Dysregulation with quality of life in Patients with chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2017;8(1):1-11.

Corresponding Author: Samereh Asadi Majreh, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Email: asadimajreh_psy@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-11]