فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۶



مقایسه مدل‌های اضطراب در تبیین ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن دارای نشانگان اضطراب فراگیر

سامره اسدی مجره[1]*، فیروزه سپهریان آذر[2]

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت
۲.دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه ارومیه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۱ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۶/۸/۲۲** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۳**

چکیده

زمینـــه و هـــدف: پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن بـرازش مدل‌هـای اضطـراب در تبییـن ادراک درد بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن انجـام گردیـد.

مـواد و روش‌هـا: پژوهـش حاضـر در چارچـوب یـک طـرح همبسـتگی از نـوع معـادلات سـاختاری انجـام شـد. نمونـه آمـاری پژوهـش حاضـر شـامل ۲۱۰نفـر از مبتلایـان بـه درد مزمـن دارای نشـانگان اختـلال اضطـراب فراگیـر مراجعـه کننـده بـه کلینیک‌هـای تخصصـی درد شـهر رشـت بـود کـه بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند و پرسشـنامه‌های ادراک درد، دشـواری‌های تنظیـم هیجـان، بیانگـری هیجانـی، آلکسـیتیمیا، فراخلـق، کنتـرل عاطفـه، نگرانـی، نشـخوار فکـری و روان رنجـوری را تکمیـل کردنـد. جهـت تحلیـل داده‌هـا، شـاخص‌های توصیفـی فراوانـی، درصـد، میانگیـن و انحـراف معیـار و روش آمـاری ضریـب همبسـتگی پیرسـون و روش معـادلات سـاختاری اسـتفاده شـد.

یافته‌هـــا: نتایـج نشـان داد کـه متغیـر تنظیـم هیجـان دارای اثـر مسـتقیم بـر متغیـر ادراک درد اسـت (P<۰/۰۱). متغیرهـای بیانگـری هیجانـی، فراخلـق، کنتـرل عاطفـه و آلکسـیتیمیا دارای اثـر مسـتقیم بـر متغیـر تنظیـم هیجـان و اثـر غیرمسـتقیم بـر متغیـر ادراک درد می‌باشـد(P<۰/۰۱). متغیـر روان رنجـوری نیـز بـه واسـطه نقـش میانجـی نگرانـی بـا ادراک درد در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن رابطـه دارد(P<۰/۰۱). همچنیـن، اثـر مسـتقیم روان رنجـوری بـا نگرانـی و نشـخوار فکـری معنـادار بـود(P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیـری: بـر اسـاس یافته‌هـای پژوهـش می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه متغیرهـای هیجانـی و شـناختی قـادر بـه تبییـن ادراک درد بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن می‌باشـند.

واژه‌هـای کلیـدی: آلکسـیتیمیا، اضطـراب فراگیـر، ادراک درد، بیانگـری هیجانـی، تنظیـم هیجـان، روان رنجـوری، درد مزمـن، فراخلـق، کنتـرل عاطفـه، نگرانـی، نشـخوار فکـری.

مقدمه

احتمـالاً درد، عمومی‌تریـن فشـار روانـی اسـت کـه انسـان بـا آن مواجـه می‌شـود و یکـی از شـایع‌ترین شـکایت‌ها در بیـن بیمـاران می‌باشـد[1]. انجمـن بین‌المللـی مطالعـه درد، درد را یـک تجربـه حسـی و روانـی ناخوشـایند کـه بـا آسـیب احتمالـی یـا واقعـی بافـت در ارتبـاط اسـت، تعریـف

نویسنده مسئول: سامره اسدی مجره، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت
پست الکترونیک: asadimajreh_psy@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

می‌کند[۲]. 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 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. پژوهش‌های روبه رشدی درباره رابطه درد مزمن و اختلالات روان‌شناختی انجام شده است[۵].

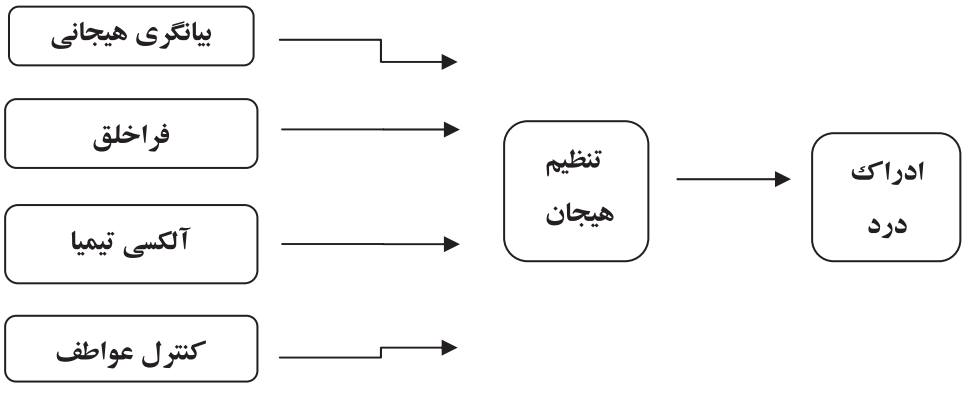
پژوهش‌ها حاکی از ارتباط قوی بین اختلال اضطراب فراگیر و وضعیت درد است[۶-۹]. وان کورف و همکاران[۹] در پژوهش خویش گزارش کردند که از میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر ارتباط قوی‌تری با کمر درد مزمن دارد. اغلب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از درد رنج می‌برند و به نظر می‌رسد که به دلیل همایندی بالای اختلال اضطراب فراگیر با اختلال درد مزمن، مدل‌های پیش بین اختلال اضطراب فراگیر بتوانند ادراک درد را در مبتلایان به درد مزمن تبیین کنند. جدیدترین مدل مطرح شده در زمینه اختلال اضطراب فراگیر، مدل منین، هیمبرگ، تارک و فرسکو[۱۰] است. در این مدل، منین و همکاران معتقدند که هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از طریق ۴ فرایند دچار بدتنظیمی می‌شود: ۱- شدت بالای هیجانات (بیانگری هیجانی؛ قدرت تکانه، بیانگری منفی و بیانگری مثبت)، ۲- درک ضعیف هیجانات (فراخلق؛ وضوح احساسات، آلکسی تیمیا، دشواری در توصیف هیجانات ودشواری در تشخیص هیجانات)، ۳- واکنش منفی به هیجانات (فراخلق؛ توجه به هیجانات، کنترل عاطفه؛ ترس از افسردگی، ترس از اضطراب، ترس از خشم، ترس از هیجانات مثبت)، ۴- پاسخ‌های مدیریت هیجانی ناسازگارانه (ترمیم خلق). یکی از متغیرهای بسیار مهم در مدل مطرح شده منین و همکاران در رابطه با اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم هیجانی و دشواری‌های مربوط به آن است. تنظیم هیجانی بطور ویژه‌ای توضیح می‌دهد که افراد چگونه هیجان را تجربه، تعدیل و سازماندهی می‌کنند و چگونه چنین مدیریتی بر رفتار انسان تاثیر می‌گذارد[۱۱]. یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر توسط نقایصی در آگاهی، پذیرش، ارتباط و تنظیم هیجانی مشخص می‌شود[۱۲]. بیانگری هیجانی شامل دو عنصر گرایش به پاسخ هیجانی و درجه‌ای است که این انگیزه هیجانی بطور آشکار بیان می‌شود[۱۳]. پژوهش‌های مختلف نقش بیانگری هیجانی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده اند[۱۴]. صفت فراخلق به توانایی آگاهی و مدیریت هیجانات یک فرد اشاره دارد[۱۵]. سالووی و همکاران سه عامل مهم را در صفت فراخلق شناسایی کردند: توجه به احساسات (میزان آگاهی از خلق فرد)، وضوح احساسات (توانایی تمایز بین خلق‌ها) و ترمیم خلق (ترمیم) (توانایی اصلاح خلق‌های ناخوشایند یا حفظ خلق خوشایند)[۱۶]. وونگ و همکاران[۱۷] در پژوهش خویش ارتباط فراخلق را با اضطراب گزارش کردند. تامپسون و همکاران[۱۶] در پژوهش خویش رابطه سازه فراخلق را با نشانه‌های جسمانی گزارش کردند. آلکسی تیمیا به صورت دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و دشواری در تمایزگذاری هیجانات و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی و سبک تفکر برون مدار تعریف می‌شود. در حالی که سازه فراخلق با داشتن توانایی‌های هیجانی تعریف می‌شود، آلکسی‌تیمیا با فقدان توانایی هیجانی تعریف می‌شود. پژوهش دیگری[۱۸] نشان داد که آلکسی تیمیا با دشواری‌های تنظیم هیجان مرتبط است و این دشواری‌ها سهم بالایی در مشکلات مرتبط با سلامتی دارند. متغیر تاثیرگذار دیگر کنترل عاطفی است. ناش و همکاران[۱۹]، تعامل عوامل شناختی، هیجانی و شدت درد در پیش‌بینی ناتوانی بیماران مبتلا به سردرد را تبیین نمودند که در این بین، نقش مهم اضطراب مرتبط با درد، در ناتوانی بیماران مبتلا به سردرد برجستگی بیشتری داشت. بر این اساس، از یک سو درد عواطف منفی را به دنبال دارد و از سویی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می‌شود. درد با هیجاناتی از قبیل خشم[۲۰]، ترس[۲۱] و نگرانی مرتبط است.

مدل مفهومی دیگر مدل موریس و همکاران[۱۰] است. در این

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

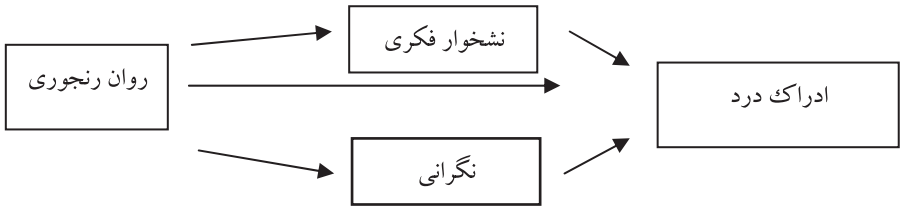
مـدل، نگرانـی و نشـخوار فکـری نقـش تعدیـل کننـده بـر رابطه بیـن روان رنجـوری بـا اضطراب دارند. در این مدل مولفه نخسـت در پیش‌بینـی اضطـراب، نشـخوار فکـری اسـت. نشـخوار فکـری بـه عنـوان اشـتغال دائمـی بـه یـک اندیشـه یـا موضـوع و تفکـر دربارۀ آن شـناخته می‌شـود. نشـخوار فکری مجموعـه‌ای از افکار منفعلانـه هسـتند کـه جنبـۀ تکـراری دارنـد، و مانع حل مسـأله سـازگارانه شـده و بـه افزایـش افـکار منفـی می‌انجامـد. دومیـن مولفـه در پیش‌بینـی اضطـراب، نگرانـی اسـت. اخیـراً، افـکار منفـی ویژگـی کلیـدی اختـلالات اضطرابـی و افسـردگی معرفی شـده‌اند. در اضطـراب، ایـن افـکار می‌تواننـد بـه شـکل نگرانـی رخ دهنـد کـه بـه عنـوان انتظـاری بیمنـاک از پیامدهـای منفی احتمالـی راجـع بـه رخدادهـای قریب الوقوع تعریف شـده اسـت [۲۲]. روان‌رنجـوری نیـز تمایـل به داشـتن احساسـات منفی مانند ترس، غم، برانگیختگی، خشـم، احسـاس گناه، احسـاس کلافگی دایمـی و فراگیـر اسـت. افـرادی که نمـره بالایی در این شـاخص داشـته باشـند، به احتمـال بیشـتری دارای باورهـای غیرمنطقی هسـتند، قـدرت کمتـری در کنتـرل تکانه‌هـا دارنـد و سـازگاری ضعیف‌تـری بـا دیگران و شـرایط اسـترس‌زا نشـان می‌دهنـد [۲۳]. شـواهدی وجـود دارنـد کـه نشـان می‌دهنـد نگرانـی و نشـخوار فکـری ارتباطـی اساسـی بـا روان‌رنجـوری دارنـد [۲۴]. یافته‌هـا همچنیـن حاکـی از رابطـه متغیرهـای شـناختی و شـخصیتی با درد مزمـن اسـت. داویـس و همـکاران [۲۵] در پژوهـش خویـش گـزارش کردنـد کـه بیمـاران مبتلا بـه درد مزمن، سـطوح بالایی از تجربـه نگرانـی، اضطـراب، فاجعه‌سـازی درد و نگرانـی دربـاره درد را گـزارش کـرده انـد کـه ارتبـاط مسـتقیم و غیرمسـتقیمی بـا درجـات درد داشـت. نتیجه پژوهـش پیمان‌نیا و موسـوی قیه قشـلاقی [۲۶] در رابطـه بـا مقایسـه صفات شـخصیتی در مبتلایان بـه سـردرد نشـان داد که بیمـاران مبتلا بـه میگـرن در بعد روان رنجـوری نمـرات بالاتری به دسـت آورده‌اند و اسـترس را بصورت منفـی ادراک می‌کننـد.

بـه طـور کلـی، در پژوهـش حاضـر بـه دلیـل همایندی بـالای اختـلال اضطـراب فراگیـر و درد مزمـن و نیـز نقـش متغیرهـای هیجانـی، شـناختی و شـخصیتی در اضطـراب و درد، دو مـدل، یکـی مـدل تنظیـم هیجـان منیـن و همـکاران و دیگـری مـدل شـناختی- شـخصیتی موریس و همکاران در تبیین درد اسـتفاده و مـورد مقایسـه قـرار گرفتـه انـد چـرا که بررسـی‌ها نشـان داده عاملـی کـه منجـر به تبدیل درد حـاد به درد مزمن می‌شـود علل روان‌شـناختی اسـت. از سـویی دیگر نشـانگان اضطراب فراگیر در مبتلایـان به درد مزمـن بالا بوده و متغیرهای هیجانی، شـناختی و شـخصیتی اضطـراب فراگیـر، بـه دلیـل همایندی بـالای ایـن اختـلال بـا درد مزمـن، بـا درد مزمـن مرتبـط بـوده اسـت، لـذا مدل‌هـای یادشـده می‌توانـد در تبییـن ادراک درد مبتلایـان بـه درد مزمـن دارای اضطـراب موثـر باشـد (شـکل ۱ و ۲). لـذا جهت تعییـن تفـاوت متغیرهـای هیجانی و شـناختی در تبییـن ادراک درد، پژوهـش حاضـر بـا هدف تعیین تفـاوت مدل‌هـای اضطراب در تبییـن ادراک درد مبتلایـان بـه درد مزمـن دارای نشـانگان اضطـراب فراگیـر انجـام گردید.



شکل۱: مدل تنظیم هیجان درد مزمن

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]



شکل ۲. مدل شناختی درد مزمن

لـذا پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن روایـی و نیـز تعییـن تفـاوت مدل‌هـای اضطـراب در تبییـن ادراک درد مبتلایـان بـه درد مزمـن دارای نشـانگان اضطـراب فراگیـر انجـام گردیـد.

روش اجرا

پژوهـش حاضـر بـه لحـاظ هـدف بنیـادی و کاربـردی و از نظـر نحـوه‌ی جمـع‌آوری داده‌هـا از نـوع توصیفـی بـود کـه در چارچـوب یـک طـرح همبسـتگی از نـوع معـادلات سـاختاری انجـام شـد. جامعـه آمـاری پژوهـش حاضـر شـامل کلیـه مبتلایـان بـه درد مزمـن دارای نشـانگان اختـلال اضطـراب فراگیـر مراجعه‌کننـده بـه کلینیک‌هـای تخصصـی درد شـهر رشـت در طـی مـدت ۴مـاه از خـرداد تـا شـهریورماه ۱۳۹۴ بـود کـه از میـان آنهـا، نمونـه‌ای شـامل ۲۱۰ نفـر بـر اسـاس مصاحبـه بالینـی بـه روش نمونه‌گیـری دردسـترس انتخـاب شـدند. بـا توجـه بـه ایـن کـه در روش معـادلات سـاختاری حداقـل حجـم نمونـه پیشـنهادی ۲۰۰ نفـر اسـت، لـذا حجـم نمونـه بیشـتر از ۲۰۰ نفـر انتخـاب شـد تـا درصـورت ریـزش پرسشـنامه‌ها ایـن مفروضـه رعایـت گـردد.

ملاک‌هـای ورود بـه پژوهـش عبارتنـد از: داشـتن تحصیـلات حداقـل سـیکل، دارا بـودن انـواع درد در ناحیـه کمـر، سـر، پـا، سـتون فقـرات کـه حداقـل ۶ مـاه طـول کشـیده باشـد، سـن حداقـل ۱۸ سـال و حداکثـر ۶۵ سـال، دارا بـودن نشـانگان اختـلال اضطـراب فراگیـر، عـدم دریافـت مداخـلات دارویـی و روان شـناختی، امضـاء رضایت‌نامـه کتبـی توسـط بیمـار. ملاک‌هـای خـروج شـامل سـابقه جراحـی، دریافـت درمـان و مدیریـت درد، مصـرف داروهـای روان‌پزشـکی و مـوارد مشـابهی کـه در رونـد تحقیـق اختـلال ایجـاد کنـد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌هـای پژوهـش بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار آمـاری spss-20 تحلیـل شـدند. بـرای ویژگی‌های جمعیـت شـناختی و یافته‌های توصیفـی از شـاخص‌های فراوانـی، درصـد، میانگیـن و انحـراف معیـار و در بخـش اسـتنباطی از روش آمـاری ضریب همبسـتگی پیرسـون اسـتفاده گردیـد. همچنیـن، بـرای تجزیـه و تحلیـل داده‌هـای آمـاری جهـت تعیین بـرازش مدلهای پژوهـش از روش معادلات سـاختاری و نوشـتار ۸/۱۸ نرم افزار لیزرل اسـتفاده شـد.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشـنامه ادراک درد مـک گیـل(MGPQ): فـرم کوتـاه پرسشـنامه درد مـک گیـل توسـط ملـزاک در سـال ۱۹۸۳ طراحـی شـده اسـت و شـامل ۱۵ سـوال ۴ درجـه‌ای (بـدون درد تـا شـدید) اسـت. در پژوهـش ملـزاک (۱۹۸۳)، همبسـتگی فـرم بلنـد و فـرم کوتـاه ۰/۶۷ تـا ۰/۸۷ بـود. در ایـن پژوهـش، ضریـب همسـانی درونـی ابـزار ۰/۷۳ بـه دسـت آمـد. خسـروی، صدیقـی، مـرادی علمـداری و زنـده دل در سـال ۱۳۹۱ ضریـب آلفـای کرونبـاخ پرسشـنامه را ۰/۸۵ گـزارش کردنـد (بـه نقـل از ۲۷). حمـزه پـور حقیقـی در پژوهشـی[۲۷] ضریـب آلفـای کرونبـاخ مقیـاس را ۰/۸۲ گـزارش کـرد. ضریـب همسـانی درونـی در پژوهـش حاضـر ۰/۷۹ بـه دسـت آمـد.

مقیـاس بدتنظیمـی هیجـان گراتـز و رومـر (DERS): مقیاس بدتنظیمـی هیجانی توسـط گراتز و رومر در سـال ۲۰۰۴ سـاخته شـده اسـت و دارای ۳۶ عبارت می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

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 ورومر 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=۰/۲۶). درآن پژوهش، پایایی به دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد و به ترتیب ۰/۸۶ و ۲۹ به دست آمد. همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس آلکسیتیمیای تورنتو (TASS): مقیاس آلکسیتیمیای تورنتو یک آزمون ۲۰ سوالی است که توسط بگبی، پارکر 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. بگبی و همکاران (۱۹۹۴)، پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) و ضریب پایایی بازآزمایی (۰/۷۷) مطلوب گزارش کردند[۳۰]. بشارت و همکاران در پژوهشی[۳۱]، 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.

پرسشنامه بیانگری هیجانی برکلی (BEQ؛ گروس و جان، ۱۹۹۷): پرسشنامه بیانگری هیجانی برکلی یک ابزار ۱۶ سوالی است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری شده است. این پرسشنامه شامل ۳ خرده مقیاس قدرت تکانه، بیانگری منفی و بیانگری مثبت است[۱۰]. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش دابس، اسلوان و کارپینسکی در سال ۲۰۰۷ برای هر یک از خرده مقیاس‌های قدرت تکانه، بیانگری منفی و مثبت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۶۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش بشرپور، علمردانی صومعه و شاه محمدزاده[۳۲]، خرده مقیاس‌های نسخه فارسی این پرسشنامه همبستگی بالایی با مولفه‌های ارزیابی شناختی مجدد و سرکوبی پرسشنامه تنظیم هیجان نشان داد و ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های قدرت تکانه، بیانگری منفی و مثبت به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۸، ۰/۷۴ و برای کل پرسشنامه نیز ۰/۷۵ گزارش گردید. همسانی درونی نمره کل مقیاس بیانگری هیجانی در پژوهش حاضر ۰/۸۱ و برای ۳ مولفه به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس صفت فراخلق (TMMS؛ سالووی و همکاران، ۱۹۹۵): مقیاس صفت فراخلق یک ابزار ۴۲ سوالی است که شامل سه مولفه توجه به احساسات(۱۳ سوال)، وضوح احساسات(۱۱ سوال) و بازسازی (ترمیم) احساسات (۶ سوال) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملا مخالف) تا ۵ (کاملا موافق) نمره‌گذاری می‌شوند اما نمره‌بندی سوالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۳، ۲۷ و ۲۹ بصورت معکوس می‌باشد. ضریب همسانی درونی نسخه فارسی این مقیاس در پژوهش رمضانی و همکاران در سال ۱۳۸۵، ۰/۷۰ گزارش گردید[۳۳]. سالووی و همکاران در پژوهش خویش (۱۹۹۵) همبستگی این مقیاس را با سایر ابزارهای سنجش خلق و مدیریت خلق گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای توجه۰/۹۰، وضوح۰/۹۰ و بازسازی ۰/۸۶ و پایایی آزمون - بازآزمون نیز ۶۰/ تا ۰/۸۳ گزارش گردیده است (۱۰). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی کل مقیاس و ابعاد آن به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس کنترل عواطف (ACS): مقیاس کنترل عواطف یک مقیاس ۴۲ سوالی خودگزارش دهی است که توسط ویلیامز و همکاران در سال ۱۹۹۷ساخته شد و شامل۴ خرده مقیاس اضطراب، افسردگی، خشم و هیجانات مثبت است. آیتم‌ها بر اساس مقیاس ۷درجه‌ای لیکرت از ۱ بشدت مخالف تا ۷ بشدت موافق نمره‌گذاری می‌شوند. زیرمقیاس‌های این مقیاس دارای همسانی درونی قابل قبولی می‌باشند، به این

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

ترتیب که ضریب همسانی درونی نمره کل مقیاس۰/۹۴ و زیرمولفه‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۴ به دست آمد. پایایی آزمون - بازآزمون کل مقیاس در فاصله ۲هفته نیز ۰/۷۸گزارش گردید. نمره کل این مقیاس همبستگی بالایی با روان رنجوری و کنترل هیجانی و همبستگی پایینی با عدم گرایش اجتماعی دارد (۱۰). در پژوهش حاضر نیزا اعتبار کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای خرده مولفه ترس از اضطراب ۰/۷۹، ترس از افسردگی ۰/۸۱، ترس از خشم ۰/۸۲ و ترس از هیجانات مثبت ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): مقیاس نگرانی ایالت پبسیلوانیا توسط مه‌یر و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و ۱۶ سوال دارد. شرکت کننده‌ها به این سوال‌ها به صورت کاملاً مخالف، مخالف، کمی مخالف، موافق، کاملاً موافق پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به صورت ۰-۱-۲-۳-۴ نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش آنها ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی بعد از چهار هفته ۰/۹۳ بود و ضریب همبستگی این آزمون با متغیرهای افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس معنادار گزارش شده است[۳۴]. روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه از طریق اجرای همزمان مقیاس اضطراب بک، مقیاس افسردگی اضطراب استرس، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره ی آزمودنی‌ها در پرسشنامه ی نگرانی با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنی‌دار از ۰/۴۷- تا ۰/۶۴- و با اضطراب، تنش، افسردگی، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۵ وجود دارد[۲۸]. در پژوهش اسدی مجره، عابدینی، پورشریفی و نیکوکار[۳۴] ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش گردید. ضریب همسانی درونی مقیاس در این پژوهش۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس نشخوار فکری: نالن هوکسما و مارور در سال ۱۹۹۱ پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار سبک متفاوت واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس (DRS) تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هرکدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار داشت و همبستگی بازآزمایی برای پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ بود (۳۴). ضریب همسانی درونی نمره کل مقیاس در این پژوهش۰/۹۱ بود.

فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی شخصیت (NEO): پرسشنامه پنج عاملی شخصیت که توسط مک کری و کوستا در سال ۱۹۹۲ تنظیم شد دارای ۶۰ سوال است که پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شوند. این مقیاس ۵ عامل بزرگ شخصیتی را می‌سنجد که عبارتند از روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن. هر یک از این عوامل ۱۲ سوال مقیاس را پوشش می‌دهند. برای سنجش سازه روان‌رنجوری، خرده مقیاس روان‌رنجوری این مقیاس مورد استفاده قرار گرفت مک کری و کاستا در سال۱۹۹۲ ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ (برای موافق بودن) تا ۰/۸۶ (برای روان-رنجوری) را گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران در سال ۱۳۷۷ توسط گروسی هنجاریابی شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد در مورد ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله ۳ماه، برای عامل روان‌رنجوری ۰/۸۳ به دست آمد. در زمینه روایی همزمان این پرسشنامه و پرسشنامه نشانگر ریخت مایرز بریگز، پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیت مینه سوتا، پرسشنامه تجدید نظر شده کالیفرنیا، بررسی مزاج گیلفورد و زاکرمن، فهرست رگه‌ها و مقیاس رگه بین فردی رابطه بالایی گزارش شده است[۳۵]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ روان رنجوری ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

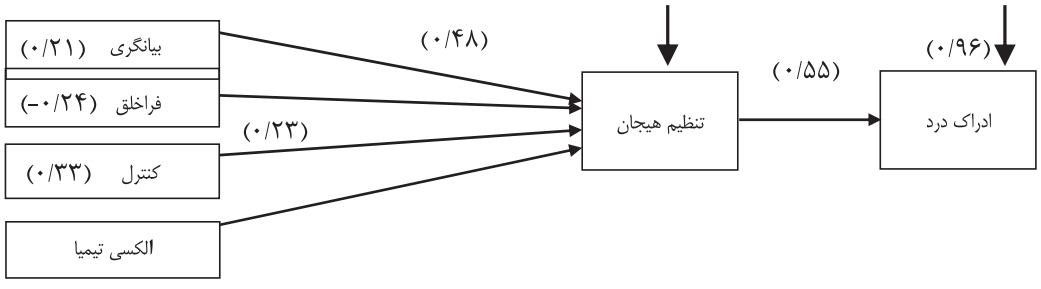
جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	چولگی	حداقل نمره	حداکثر نمره
ادراک درد	۱۶/۲۱	۸/۳۳	۱/۵۹۹	۰/۹۹	۲	۴۵
دشواری های تنظیم هیجان	۹۸/۰۴	۲۴/۲۲	۰/۳۱۵	۰/۵۳۶	۵۳	۱۶۴
بیانگری هیجانی	۷۰/۹۳	۱۲/۲۳	-۰/۱۶	۰/۴۵	۴۷	۱۰۴
فراخلق	۱۰۴/۲۴	۱۳/۴۴	-۰/۱۰۸	۰/۰۵۲	۷۳	۱۴۰
آلکسی تیمیا	۳۵/۰۸	۱۰/۱۷	-۰/۶۳۸	-۰/۱۸	۳۵	۶۸
کنترل عاطفه	۱۶۵/۵۵	۲۵/۳	۶/۲۷	-۱/۰۱	۱۰	۲۳۳
نگرانی	۳۷/۹۴	۱۰/۱۴	۰/۱۷۸	-۰/۴۴۸	۵	۶۲
نشخوار فکری	۴۷/۶۲	۱۲/۶۴	-۴/۹۰۱	۱/۵۶۸	۲۶	۱۱۰
روان رنجوری	۳۷/۰۷	۹/۷۹	-۰/۲۲	۰/۴۵۶	۱۷	۶۰

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل تنظیم هیجان (بعد از اصلاح)

Fitting Indexes (Goodness of Fit Statistics)										
مدل	χ۲	df	P	χ2/df	CFI	GFI	AGFI	NNFI	RMSEA	نتیجه
مدل نهایی	۱/۶۴	۳	۰/۶۵	۰/۵۴	۱	۱	۰/۹۸	۱/۰۱	۰/۰۰۱	تأیید مدل

بر اساس نتایج جدول ۲، شاخص‌های بدست آمده، نشان دهندهٔ برازندگی و تناسب خوب مدل می‌باشد. شاخص خی دو ($\chi 2$) با توجه به $P>0/05$ به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد، و این نشان می‌دهد مدل به حجم نمونه و انحراف از نرمال بودن چند متغیری حساس نبوده است. نسبت مجذور خی دو به df نشان می‌دهد که مقدار بدست آمده برای مدل نهایی ۰/۵۴ می‌باشد که این مقدار کمتر از دامنهٔ قابل قبول بوده و نشان از برازش مدل دارد.



شکل ۳. مدل مقادیر مسیر مستقیم و غیرمستقیم استاندارد شده درد مزمن

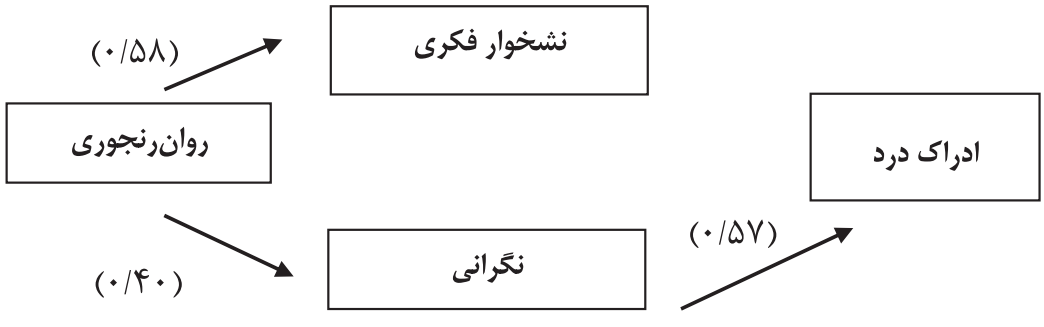
[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

بـر اسـاس شـکل۳، متغیـر پیـش بیـن تنظیـم هیجـان، بـا ضریـب اثـر ۰/۵۵ دارای اثـر مسـتقیم و معنـاداری بـر متغیـر مـلاک ادراک درد می‌باشـد. همچنیـن متغیرهـای بیانگـری بـا ضریـب اثـر ۰/۲۱، فراخلـق بـا ضریـب اثـر ۰/۲۴-، کنتـرل بـا ضریـب اثـر ۰/۲۳، و آلکسـی تیمیـا بـا ضریـب اثـر ۰/۳۳، نیـز دارای اثـر مسـتقیم و معنـاداری بـر متغیـر تنظیـم هیجـان می‌باشـند. نتایـج روابـط غیـر مسـتقیم متغیرهـا نیـز نشـان می‌دهـد کـه، از میـان متغیرهـای پیـش بیـن، الکسـی تیمیـا از طریـق متغیـر تنظیـم هیجـان بـا ضریـب اثـر ۰/۱۸ دارای بیشـترین اثـر (غیـر مسـتقیم) بـر متغیـر ادراک درد بوده اسـت. متغیرهـای الکسـی‌تیمیا، فراخلـق، کنتـرل و بیانگـری، بـه ترتیـب بیشـترین تأثیـرات بعـدی را بـر ادراک درد داشـته انـد.

جدول شماره ۳. شاخص‌های برازش مدل شناختی

مدل	χ2	df	P	χ2/df	CFI	GFI	AGFI	RMR	NNFI	RMSEA	نتیجه
اولیه	۰/۶۶	۱	۰/۴۲	۰/۶۶	۱	۱	۰/۹۸	۱/۵۸	۱/۰۱	۰/۰۰۱	تأیید مدل

همانطـور کـه جـدول شـماره۳ نشـان داده اسـت شـاخص‌های نیکویـی بـرازش ایـن مـدل در سـطح بسـیار خوبـی هسـتند. شـاخص مربـوط بـه نسـبت مجذورخـی بـه درجـه آزادی کمتـر از عـدد ۳ اسـت کـه مقـدار مناسـبی بـوده و نشـان داد کـه سـاختارکوواریانس یافته‌هـا بـا مـدل نظـری مطابقـت دارد. از طـرف دیگـر، ریشـه خطـای میانگیـن مجـذورات تقریـب نیـز برابـر بـا (RMSEA=۰/۰۰۱) بدسـت آمـد کـه شـاخص خوبـی اسـت و معمـولاً در مدل‌هـای ضعیـف انـدازه آن بزرگتـر از ۰/۱ اسـت. شـاخص برازندگی تطبیقی (CFI=۰/۱) و شاخص نیکوئی بـرازش انطباقـی (AGFI=۰/۹۸) نیـز نشـان‌دهنده بـرازش بهتر مـدل هسـتند. بـا توجـه بـه شـاخص‌های مذکـور مدل بـا داده‌ها برازش مناسـبی داشـته اسـت. بر اسـاس یافته‌های بدسـت آمده و بـا توجـه به خروجـی تحلیل مسـیر حاصلـه از برنامـه Lisrel، مسـیرهای روان‌رنجـوری بـه ادراک درد و نشـخوار فکـری بـه ادراک درد از مـدل حـذف، و سـپس مـدل نهایی مورد بررسـی و آزمـون قـرار گرفت، که نتایج آن در شـکل شـماره۴ آمده اسـت.



شکل شماره ۴. مسیر و برآورد پارامترهای مدل پیش‌بینی ادراک درد (بعد از اصلاح)

بنابرایـن بـا توجـه بـه نتایـج بدسـت آمـده در مرحلـۀ دوم (مـدل نهایـی)، ضریـب مسـیر مسـتقیم اسـتاندارد شـده، بیـن متغیـر پیش‌بیـن نگرانـی (p<۰/۰۱، t=۶/۲۳، β=۰/۴۰)، بـا متغیـر مـلاک ادراک درد معنـادار بـود و ایـن متغیـر بـه صـورت مسـتقیم بـا ادراک درد رابطـه داشـت. همچنیـن بـا توجـه بـه نتایـج بدسـت آمـده، ضریـب مسـیر غیرمسـتقیم

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

استاندارد شده، بین متغیر پیش بین روان‌رنجوری، با متغیر ملاک ادراک درد معنادار بود و این متغیر به صورت غیر مستقیم (از طریق نگرانی) با ادراک درد رابطه داشت. همچنین، ضرایب مسیر مستقیم استاندارد شده، بین متغیر پیش‌بین روان‌رنجوری، (p<۰/۰۱، t=۱۰/۲۸، β=۰/۵۸)، با متغیر نشخوار فکری معنادار بود.

مقایسه شاخص‌های برازش دو مدل نشان می‌دهد که مقدار شاخص‌ها بسیار به هم نزدیک است. در مدل اول و دوم، شاخص خی دو (χ^2) با توجه به P>۰/۰۵ به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد، و این نشان می‌دهد مدل‌ها به حجم نمونه و انحراف از نرمال بودن چند متغیری حساس نبوده و از برازش مطلوبی برخوردار هستند. نسبت مجذور خی دو به df نشان می‌دهد که مقدار بدست آمده برای مدل اول ۰/۵۴ و برای مدل دوم ۰/۴۵ می‌باشد که این مقدار کمتر از دامنهٔ قابل قبول بوده و نشان از برازش هر دو مدل دارد. شاخص RMSEA در هر دو مدل ۰/۰۰۱ بوده و نشان می‌دهد مدل‌های مورد نظر با داده‌ها برازش مطلوبی داشته‌اند. بررسی سایر شاخص‌های برازندگی نیز نشان می‌دهد که در کلیهٔ شاخص‌های هر دو مدل، مقادیر بدست آمده بر اساس ملاک‌های از پیش گفته شده قابل پذیرش بوده و در دامنهٔ قابل قبول و مطلوب و نزدیک به هم قرار دارند. لذا بین این دو مدل تفاوت زیادی در تبیین درد مزمن دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته پژوهش حاکی از ارتباط مستقیم تنظیم هیجان با ادراک درد در مبتلایان به درد دارای نشانگان اضطراب فراگیر بود که این یافته در راستای نتیجه پژوهش سالومونز و همکاران [۳۶] بود که نشان دادند وقتی ادراک درد کنترل می‌شود، عاطفه منفی از طریق مکانیسم‌های تنظیم شناختی هیجان کاهش می‌یابد. دشواری‌های تنظیم هیجان می‌توانند منجر به روابط بین‌فردی ضعیف گردند که می‌تواند منجر به بدکارکردی اجتماعی، مشکلات سلامت روان و مشکلات و بیماری‌های جسمانی از جمله درد مزمن گردد. یافته دیگر پژوهش حاکی از ارتباط غیرمستقیم بیانگری، فراخلق، آلکسی تیمیا و کنترل عاطفه با ادراک درد به واسطه نقش میانجی دشواریهای تنظیم هیجان است که این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است [۱۸،۳۷]. مبتلایان به دردهای مزمن، هنگام رویارویی با یک رویداد آسیب زا به دلیل ناتوانی در تنظیم و مدیریت احساسات، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. بیان احساسات موجب تخلیه هیجانی و آرامش می‌شود و چون افراد مبتلا به درد مزمن، در بیان هیجانات با مشکل روبرو هستند بنابراین مشکلات هیجانی و عاطفی خود را به صورت درد نشان می‌دهند. هیجانات خوشایند شدت درد را کاهش می‌دهند در حالی که هیجانات ناخوشایند آن را افزایش می‌دهند. هیجانات می‌توانند منجر به توجه افراد به درد شوند. آگاهی از هیجان‌ها با برانگیختگی روانشناختی سیستم‌های فیزیولوژیکی مرتبط با هیجان‌ها ارتباط دارد. 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[۳۸]. مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان با کاهش آستانه تحمل درد مرتبط بوده و منجر به ادراک درد بالا در افراد می‌گردد. اگر تنظیم هیجانات افراد بطور سازگارانه نباشد با افزایش ادراک درد، شدت درد بیشتر می‌گردد. تجربه درد با هیجانات مرتبط است به طوری‌که تنظیم سازگارانه هیجان می‌تواند منجر به فرونشانی و تسکین درد گردد. دیگر یافته پژوهش نشان داد که در مبتلایان به درد مزمن دارای نشانگان اضطراب فراگیر، روان‌رنجوری به طور مستقیم با ادراک درد ارتباط ندارد اما به طور غیرمستقیم و از طریق نقش واسطه‌ای نگرانی بر ادراک درد موثر است. به عبارت دیگر هر اندازه نگرانی افراد بیشتر بوده، ادراک آنان از درد نیز بالاتر خواهد بود. همچنین در افراد روان‌رنجور نیز هر اندازه نگرانی بیشتر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

باشـد، ادراک آنـان از درد افزایـش می‌یابـد کـه ایـن یافتـه همسـو بـا نتایـج پژوهش‌هـای پیشـین اسـت[۲۵، ۲۶، ۳۸، ۳۹ و ۴۰] و ناهمسـو بـا نتایـج پژوهـش رولوفـس و همـکاران[۲۴] و اسشـورن و همـکاران[۴۱] می‌باشـد. در تبییـن ایـن یافته‌هـا بایـد اذعـان کـرد کـه احتمـالاً افـراد مبتـلا بـه انـواع درد نگرانـی را بـه عنـوان راهبـردی بـرای کاهـش برانگیختگـی جسـمی مرتبـط بـا درد بـکار ببرنـد کـه می‌توانـد منجـر بـه گسـترش اختـلال اضطـراب فراگیـر شـود[۷]. بـه نظـر می‌رسـد کـه نگرانـی منجـر بـه افزایـش عاطفـه منفـی می‌شـود کـه در یـک موقعیـت اسـترس زا، رنـج بـردن از درد مـداوم را افزایـش می‌دهـد[۴۲]. افـرادی کـه نگرانی‌هـای بیشـتری را تجربـه می‌کننـد، در مواجهـه بـا اطلاعـات مبهـم، تفسـیری منفـی از موقعیـت دارند، دائمـا در مـورد آینـده پیش‌بینی‌هـای منفـی انجـام می‌دهنـد و راه‌حل‌هـای خـود را بـه گونـه‌ای منفـی ارزیابـی می‌کننـد و در نتیجـه، ایـن افـراد مشـکلات جسـمانی بیشـتری را تجربـه می‌کننـد. بـه عبارتـی می‌تـوان گفـت افـراد نگـران بـرای فـرار از ایـن نگرانی‌هـا بـه درد پنـاه می‌برنـد. درد یـک پدیـده پیچیـده و ذهنـی اسـت کـه هـر شـخص بـه شـیوه منحصـر بـه فـردی تجربـه می‌کنـد و چگونگـی شـناخت، باورهـای فـرد دربـاره درد، ارزیابی‌هـا و شـیوه‌های مقابلـهٔ وی بـا آن، در چگونگـی تجربـه وی نقـش دارد.

در ارتبـاط بـا نقـش غیرمسـتقیم روان رنجـوری بـا درد مزمـن و بـه واسـطه نقـش میانجـی نگرانـی، بایـد اذعـان کـرد کـه افـراد بـا نمـره بـالا در روان رنجورخویـی، نسـبت بـه موقعیت‌هـای اسـترس زا واکنـش پذیـر هسـتند. عمدتـاً روان رنجـوری از فاجعـه آمیـز قلمـداد کـردن علایـم جسـمانی منعکـس می‌شـود کـه منجـر بـه حساسـیت بـالا و تمرکـز افراطـی روی محرک‌هـای فـردی می‌شـود. در نوروتیسیسـم‌ها، دسـتگاه عصبـی سـمپاتیک حتـی بـه اسـترس‌های ملایـم، واکنـش اضافـی نشـان می‌دهـد کـه نتیجـه آن پرحساسـیتی مزمـن اسـت و در مبتلایـان بـه درد، منجـر بـه ادراک بـالای درد می‌گـردد و در نوروتیسیسـم‌هایی کـه نگرانـی نیـز دارنـد ایـن تجربـه ادراک درد شـدیدتر خواهـد بـود[۴۳]. در مـورد رابطـه معنـادار روان رنجـوری بـا نگرانـی و نشـخوار فکـری، بـه نظـر می‌رسـد کـه روان‌رنجـوری ویژگـی مشـترک عوامـل شـناختی نگرانـی و نشـخوار فکـری اسـت. افـراد بـا نمـره بـالا در روان رنجورخویـی دارای عواطـف غیرمنطقـی بیشـتر و توانایـی کمتـر در مهـار رفتارهـای تکانشـی و ضعـف در کنارآمـدن بـا مشـکلات، خصومـت، افسـردگی، کمرویـی و آسـیب‌پذیری هسـتند[۴۲]. در مواجهـه بـا سـطوح بـالای اسـترس یـا تهدیـد، نشـخوار فکـری و نگرانـی در افـرادی بـا سـطوح بـالای روان‌رنجـوری برانگیختـه می‌شـوند. روان‌رنجـوری می‌توانـد بـا سـوگیری‌های منفـی در توجـه و حافظـه، سـبک‌های شـناختی و رفتـاری نشـخوارگرایانه منجـر بـه نشـانه‌های اضطـراب شـود. بررسـی مولفه‌هـای شـناختی موثـر در ادراک درد و پایـداری درد مزمـن بیانگـر آن اسـت کـه در تمـام بیمـاران دردمنـد، چگونگـی تلقـی آنهـا از معنـای درد، از بیمـاری و از ناتوانـی جسـمی ناشـی از تجربـه دردنـاک، در ابعـاد، چگونگـی و شـدت بـروز مشـکل آنهـا و میـزان اثربخشـی درمـان نقـش دارد. ایـن باورهـا کـه بخشـی از زمینـه روانـی-اجتماعـی فـرد را تشـکیل می‌دهـد در تجربـه درد و پیـش بینـی میـزان و محـدوده ناتوانی‌هـای جسـمی ناشـی از آنهـا و نهایتـا پذیـرش و اثربخشـی درمان‌هـای رایـج درد مزمـن و مسـائل مربـوط بـه آن نقـش اصلـی را ایفـا می‌کنـد[۴۴]. مقایسـه یافته‌هـای پژوهـش نشـان داد کـه بیـن میـزان نقـش مدل‌هـای اضطرابـی در تبییـن درد مزمـن تفـاوت زیـادی دیـده نمی‌شـود و هـر دو مـدل بـه خوبـی می‌تواننـد درد مزمـن را تبییـن نماینـد. بـا توجـه بـه اینکـه هیـچ پژوهشـی مسـتقیماً ایـن دو مـدل را مـورد مقایسـه قـرار نـداده اسـت می‌توانـد اذعـان کـرد کـه متغیرهـای شـناختی و هیجانـی بـه یـک اندازه در سـبب شناسـی دردهـای مزمـن سـهم دارنـد و لازم اسـت متخصصـان از تأثیـر عوامل روان شـناختی آگاه باشـند و رویکرد جامـع تـری در درمـان بیمـاری درد مزمـن اتخـاذ نماینـد کـه عـلاوه بـر ویژگی‌هـای جسـمانی بـر ویژگی‌هـای روان شـناختی نیـز توجـه نمایـد. تمرکـز بـر مولفه‌هـای شـناختی و هیجانـی همـراه بـا درد منجـر بـه کاهـش ادراک درد و وخامـت درد می‌گـردد. بـه دلیـل نقـش متغیرهـای شـناختی در ادراک درد، افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن احتمـالاً دچـار خطاهـای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

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. Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R., Lee, S., et al… (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. Pain, 129, 332-342.
7. McWilliams, L. A, Goodwinb, R. D., & Coxc, B. D. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample, Pain, 1-2 (111), 77–83.
8. McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. Pain, 106, 127–33.
9. Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Suanders, K., & et al. (2005). Chronic spinal pain and physical–mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. Pain, 115,331–9.
10. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy, 43, 1281–1310.
11. Elliott. R., Watson. J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2003). Learning emotionfocus therapy: The process-experiential approach to change. Washington, DC: American Psychological Association.
12. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. Clinical Psychology: Science and Practice, 9, 85–90.
13. Gross, J. J., & John, O. P. (1997). Revealing feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 72, 435–448.
14. Palm, M. E., Elliott, R., McKie, S., Deakin, J. F., & Anderson, I. M. (2011). Attenuated responses to emotional expressions in women with generalized anxiety disorder. Psychology Medicine, 41(5), 1009-18.
15. Sepehrian Azar F. Emotion regulation from IQ to EQ and SQ. Urmia University Jiha. pp 18-32. [Persian]
16. Thompson, B. L., Waltz, J., Croyle, K., & Pepper, A. C. (2007). Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. Personality and Individual Differences, 43, 1786–1795.
17. Wong, S. S., Oei, T. P. S., Ang, R. P., Lee, B. O., wang, A. K., & Leng, V. (2007). Personality, Meta-Mood Experience, Life Satisfaction, and Anxiety

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

in Australian versus Singaporean Students. Current Psychology, 26,109–120.

18. Pandey, R., Saxena, P., Dubey, A. (2005). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. Europe's Journal of Psychology, 7(4), 604-623.
19. Nash, J. M., Williams, D.M., Nicholson, R., Trask, P.C. (2006). The contribution of pain-related anxiety to disability from headache. Behavior Mediseance, 29(1), 61-7.
20. Trost, Z., Vangronsveld, K., Linton, S. J., Quartana, P. J., & Sullivan, M. J. L. (2012). Cognitive dimensions of anger in chronic pain. Pain, 153, 515–517.
21. Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. Pain, 153, 1144–1147.
22. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, Depree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. Behav Res Ther 1983; 21: 9–16.
23. Fathi Ashtiani A. Psychological tests: Personality evolution and mental health. Tehran: Besat: 2007, pp 35-45.
24. Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, van Os J. Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. Behav Res Ther 2008; 26: 1283–1289.
25. Davis CE, Stockstill JW, Stanley WD, Wu Q. Pain-related worry in patients with chronic orofacial pain. JADA 2014; 145(7): 722-730.
26. Peymannia B, Moosavi E. The comparison between conceived stress and personality traits, in people suffering from migraine and healthy people. J Yazd Univ Med Sci 2014; 22 (2): 1069-1078.
27. 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]
28. 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]
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. 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]
31. 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.
32. Basharpoor S, Almardani someeh S, Shahmohammadzadeh Y. The Role of Alexithymia and Emotional Expressivity in Predicting Somatization Symptoms among Students of Mohaghegh Ardabili University during 2014-2015. JRUMS 2015; 13 (10) :961-972
33. Bayani AA. Reliability and Validity of Persian Version of Emotional Intelligence Scale in Students. Mental Health Principles 2009; 11(3); 205-212.
34. Asadi Majreh S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. Relationship between intolerance of uncertainty and rumination with worry in students. Clin psychol 2012; 4(16): 83-91.
35. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. Bagh Rezvan; 2006.
36. Salomons TV, Nusslock R, Detloff A, JohnstoneT, 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 2026-11-15]

37. Turesky DG. A descriptive analysis of alexithymia among patients with chronic back pain. PhD (Doctor of Philosophy), thesis, University of Iowa, 2011.
38. Gerrits GMJ, Van Marwijk HWV, Oppen PV, Horst HV, Penninx BW. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. J Psychosom Res 2015; 78(1): 64-70.
39. Mohiyeddini CH, Baue S, Semple S. Neuroticism and stress: The role of displacement behaveior. Anxiety, Stress, & Coping 2015; 28(4): 391-407.
40. Scheuren R, Stefan Sutterlin S, Anton F. Rumination and interoceptive accuracy predict the occurrence of the thermal grill illusion of pain. BMC Psychol 2014; 2(1): 1-15.
41. Suso-Ribera C, Gallardo-Pujol D. Personality and health in chronic pain: Have we failed to appreciate a relationship. Personality and Individual Differences 2016; 96: 7-11.
42. Linton SJ. A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. Appl Biobehav Res 2013; 18: 2, 82–103.
43. Davodi I, Zargar Y, Mozafari Pour E, Nargesi F, Mola K. The relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. Health Psychol 2012; 1(1): 1-17.
44. Eccleston C. Role of psychology in pain management. British Journal of Anesthesia 2001; 87 (1): 144- 152.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2018, Vol 8, NO 2

Evaluating the role of anxiety model in pain perception in chronic pain Patients with Generalized anxiety syndrome

Samereh Asadi Majareh[*1], Firozeh Sepehrian Azar[2]

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht

2. Associate Professor, Department of Psychology, Uromia University

ABSTRACT

Aim and Background: This study aimed to determine the fitness of emotion regulation and personality-cognitive model of generalized anxiety disorder to explain perception of pain in patients with chronic pain.

Materials and methods: This study was conducted in the context of a correlation research (the type of structural equation). The study statistical society consisted of all chronic pain patients with generalized anxiety disorder syndrome, who were referred to specialist pain clinics in Rasht city. Among those a sample of 210 individuals were selected by available sampling method and completed questionnaires about perception of pain alexithymia, emotion dysregulation, emotional expressivity, meta- mood, affect control, rumination, worry and neurosis. Data were analyzed by using descriptive measures of mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient and structural equation model.

Findings: Results showed that emotion regulation has a direct effect on pain(P<0/01).The expressivity, meta-mood, affect control and alexithymia have a direct effect on emotional regulation and indirect effect on pain perception(P<0/01).The results showed that neuroticism is associated with pain perception by mediated role of worry in people with pain disorder(P<0/01). Also, direct effect of neuroticism with worry and rumination was significant(P<0/01).

Conclusion: According to results, emotion and cognition variables can explain the perception of pain in patients with chronic pain.

Keywords: Alexithymia, generalized anxiety, pain perception, emotional expressivity, emotion regulation, chronic pain, meta-mood, affect control, neuroticism, rumination, worry.

▸ Please cite this paper as:

Asadi Majare S, Sepehrian Azar F.[The comparison of anxiety model to explain pain perception in chronic pain Patients with Generalized anxiety syndrome(Persian)]. J Anesth Pain 2017;8(2):1-14.

Corresponding Author: Samereh Asadi Majareh, Assistant Professor rasht branch, Islamic azad university
Email: asadimajreh_psy@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]