

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۳، بهار ۱۳۹۷

اثر پیش‌بینی‌کنندگی سبک‌های دلبستگی بر خودکارآمدی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن



منیژه فیروزی^{۱*}، محمدعلی بشارت^۲، زینب سوری^۳

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، پردیس فارابی، دانشگاه تهران، ایران

۲. استاد تمام گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، پردیس فارابی، دانشگاه تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۱۹

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۵

چکیده

زمینه و هدف: تفاوت در سبک‌های دلبستگی با متغیرهای شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن مرتبط دانسته شده است؛ اما مکانیسم‌هایی که از طریق آن سبک‌های دلبستگی بر عوامل شناختی تأثیر می‌گذارند هنوز ناشناخته‌اند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر پیش‌بینی‌کنندگی سبک‌های دلبستگی بر خودکارآمدی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی-همبستگی حاضر بر روی ۱۲۰ بیمار درد مزمن (۳۸/۳ درصد مرد و ۶۱/۷ درصد زن) صورت گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران درد مزمنی که در یک مقطع زمانی سه ماهه به کلینیک درد بیمارستان اختر مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. این افراد پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، سبک‌های دلبستگی بزرگسال، خودکارآمدی و پذیرش درد را تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده، با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ارتباط معناداری بین سبک‌های دلبستگی و متغیرهای ملاک در پژوهش حاضر ($P < 0/01$) وجود داشت. در تحلیل رگرسیون نیز تنها سبک‌های دلبستگی ایمن به طور مثبت و دوسوگرایی به طور منفی توانستند خودکارآمدی و پذیرش درد را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا توانست خودکارآمدی و پذیرش درد را در بیماران درد مزمن پیش‌بینی کند پیشنهاد می‌شود مراکز مرتبط، برنامه‌هایی در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان‌های مبتنی بر ترمیم دلبستگی برای کاهش عوارض ناشی از درد مزمن، مؤثر باشند با تدوین و اجرا کنند. بدین وسیله از آسیب‌ها و مشکلات حاصله جلوگیری و در جهت ارتقای سلامت روان، گامی مؤثر بردارند.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، پذیرش، خودکارآمدی، اختلالات دلبستگی، اختلال اضطراب اجتماعی

مقدمه

احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط بوده و یا در دوره‌های

این گونه آسیب‌های بافتی به وجود می‌آید^(۱). درد مزمن

درد تجربه حسی و روانی ناخوشایند است که با آسیب

نویسنده مسئول: منیژه فیروزی، استادیار گروه روان‌شناسی، پردیس فارابی، دانشگاه تهران، ایران

پست الکترونیک: mfiroozy@ut.ac.ir

و احساس کنترل بالا هنگامی که با یک محرک دردناک مواجه می‌شوند، تولید اپیوئیدهای درون زاد در آن‌ها افزایش می‌یابد که این امر باعث افزایش حس کنترل هنگام مواجهه با محرک‌های درد آور و افزایش تحمل در برابر درد و کاهش شدت آن می‌شود. باورهای مربوط به خودکارآمدی درد با پذیرش درد و آمادگی برای تغییر مرتبط است. بیمارانی که معتقدند علی‌رغم وجود درد می‌توانند با آن مقابله کرده و فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند، به هنگام تجربه درد بیشتر قادرند مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی را به کارگیرند^(۱۰).

پذیرش، دیگر متغیر شناختی است که به دلیل عملکرد سازگارانه و طولانی مدت در بهزیستی جسمی و روان شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مفید است^(۱۱). در بیماران مبتلا به درد مزمن، پذیرش بیشتر درد با افزایش فعالیت و کاهش مصرف دارو همراه است^(۱۲). دو عنصر پذیرش درد یعنی تمایل به درد و تعهد در فعالیت کاملاً برعکس باورهای این بیماران است. یعنی ما در پذیرش درد انتظار داریم که فرد مبتلا به درد مزمن، تلاش‌های غیر مؤثر برای کاهش درد را رها کند و علی‌رغم وجود درد به فعالیت‌های روزمره زندگی خود ادامه دهد. بنابراین با این توضیحات پذیرش درد، نقش مهمی در فرآیندهای درمانی بیماران مبتلا به درد مزمن دارد و در کاهش درد و رنج و ناتوانی ناشی از این شرایط نقش دارد^(۱۱). پذیرش، علائمی را بهبود می‌دهد که مشکل و غیر قابل تغییرند و شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده گرفتن درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف کنترل درد نیست، بلکه منظور از پذیرش، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل ناپذیر (خود درد و هیجانات منفی همراه با آن) به سمت عوامل قابل کنترل است؛ به عبارت دیگر، تغییر رفتاری که متضمن کارکرد روزانه بهتر بر خلاف وجود درد است^(۱۳).

مک کراکن معتقد است که بیماران مبتلا به دردهای مزمن، مکرراً در تلاش برای کنترل حوادث درد آور شکست می‌خورند. از این رو، توجه به این پیشینه شاید

تعاریف متعددی دارد: به عنوان مثال، دردی که بیش از دوره مورد انتظار، برای درمان طول بکشد و یا دردی که بیش از شش ماه طول بکشد (همراه با یا بدون آسیب مشهود) را درد مزمن می‌گویند. هر چند در فعالیت‌های بالینی دردی که بیش از سه ماه طول می‌کشد، درد مزمن در نظر گرفته می‌شود^(۳). در حال حاضر درد به عنوان یک مفهوم چند بعدی، متأثر از عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی شناخته شده است^(۳).

تحقیقات زیادی بر روی عوامل روانی- اجتماعی به عنوان متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به درد مزمن صورت گرفته است^(۴). خودکارآمدی متغیر شناختی تأثیرگذاری است و در چارچوب نظریه یادگیری اجتماعی^(۵) منعکس کننده اعتماد فرد به توانایی‌اش در دستیابی به نتیجه‌ای دلخواه است. در بافت درد، خودکارآمدی به عنوان میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد، علی‌رغم وجود درد تعریف می‌شود^(۶). این اعتقاد وجود دارد که خودکارآمدی درد، می‌تواند پیامدهای سلامتی را برای افراد مبتلا به بیماری مزمن میانجی‌گری نماید^(۷). افزایش خودکارآمدی بیمار و مدیریت درد می‌تواند به بهبود مشکلات درد مزمن بینجامد^(۸). در منابع پژوهشی مربوط به درد مزمن، سازه روان شناختی خودکارآمدی درد، واسطه مهمی در فرآیند تبدیل درد حاد به درد مزمن و استمرار درد است و مورد بررسی قرار گرفته است^(۱). خودکارآمدی به عنوان یک عامل شناختی مهم، نقش برجسته‌ای در کاهش و کنترل درد، کارکردهای روان شناختی انطباقی و سازگاری با درد مزمن ایفا می‌کند^(۹). بر اساس شواهد حاصل از مطالعات گسترده‌ای که با بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شده است، احساس خودکارآمدی درد بالا از طریق افزایش سطح عملکرد اجتماعی و شغلی و افزایش سطح فعالیت‌های لذت بخش و مفید از احساس ناامیدی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌کاهد^(۱۰). به علاوه احساس خودکارآمدی، فرآیند شناختی سطح بالایی است که بر شیوه مقابله و نحوه حل مسئله فرد با مشکلات زندگی اثر می‌گذارد. بندورا و همکاران^(۶) مطرح کردند افراد دارای خودکارآمدی

در پژوهش دیگری مشخص شد که سبک دلبستگی بیماران کیفیت زندگی و ادراک آنها از درد را تحت تاثیر قرار می‌دهد^(۲۰). در یک مطالعه کیفی نشان داده شد که بیماران مبتلا به درد مزمن با سبک دلبستگی ایمن، وابستگی عاطفی به خانواده، احساسی عاطفی نزدیک با دوستان، استقلال و خودکفایی، اولویت بودن در کنار خانواده و نیاز به حمایت را در مدیریت درد مهم دانستند^(۲۱). ترس از حرکت و فاجعه‌نمایی درد نیز تحت تاثیر سبک دلبستگی بیماران درد مزمن قرار دارد^(۲۲). مطالعاتی نیز عواملی مانند شفقت خود^(۲۳) و معنویت^(۲۴) را در پذیرش درد موثر دانستند. پژوهش‌هایی نیز تاثیر پذیرش درد را در کاهش ناتوانی ناشی از درد^(۲۵)، افزایش تاب‌آوری و کاهش فاجعه‌آفرینی^(۲۶) در بیماران مبتلا به دردهای مزمن مطالعه کردند. پژوهشها نشان دادند که خودکارآمدی درد موجب کنترل افکار خودکشی^(۲۷)، شدت درد ادراک شده^(۲۸)، ترس از حرکت^(۲۹) و افسردگی^(۳۰) در بیماران مبتلا به درد مزمن شده است. تا کنون پژوهشی که بررسی کند آیا سبک دلبستگی، میزان پذیرش و خودکارآمدی درد را پیش‌بینی می‌کند، مشاهده نشد. از آنجا که یافتن متغیرهایی که به کنار آمدن با درد و حفظ خودکارآمدی در انجام امور روزانه بیماران مبتلا به دردهای مزمن ضروری است و هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد، این مطالعه در ادامه مطالعات پیشین، به بررسی نقش موثر سبک‌های دلبستگی در سازگاری این بیماران با درد پرداخت. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر، مطالعه نقش سبک‌های دلبستگی در پذیرش و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن بود.

روش

جامعه و نمونه آماری

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و مبتنی بر مدل‌های همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، دربرگیرنده کلیه بیماران مبتلا به دردهای مزمنی بود که واجد ملاک‌های شمول این مطالعه بودند و در یک مقطع زمانی سه

ایده ارزش‌مندی باشد مبنی بر اینکه پذیرش درد به جای تلاش برای کنترل آن، با سازگاری بیشتری همراه باشد^(۱۳).

اینزورث و همکاران^(۱۴) معتقدند که همه کودکان بهنجار، احساس دلبستگی پیدا می‌کنند و دلبستگی شالوده رشد عاطفی و اجتماعی سالم در دوران بزرگسالی را پی‌ریزی می‌کند. بالبی^(۱۵) فرایند شکل‌گیری دلبستگی نوزاد به مادر را تشریح کرد و نشان داد چگونه سیستم احساسات و رفتارهای دلبستگی، نوزاد را به مادر نزدیک و از خطر دور می‌سازد^(۱). اخیراً تفاوت‌های فردی در تجربه و قضاوت مربوط به درد را با نظریه دلبستگی بیان کرده‌اند^(۱۶). بر اساس این نظریه، تجربیات بین فردی اولیه با تصاویر دلبستگی (مراقبان اصلی) موجب رشد الگوهای فعال درونی از خود و دیگران (سبک‌های دلبستگی) می‌شود که در روابط بعدی فرد با دیگران و به هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آمیز، به تنظیم هیجان فرد کمک می‌کنند. یکی از این موقعیت‌های استرس‌آمیز، درد است که با فعال کردن رفتارهای دلبستگی موجب تقرب‌جویی افراد به تصاویر دلبستگی می‌شود. این تصاویر با فراهم کردن یک پایگاه امن فیزیکی و هیجانی، به تنظیم هیجان فرد کمک می‌کنند. بیماری به عنوان یک عامل استرس، فعال‌کننده سبک دلبستگی ویژه فرد و متعاقباً الگوهای شناختی- رفتاری- هیجانی مرتبط با آن سبک دلبستگی است و این الگوها خود، تعیین‌کننده نحوه تعامل فرد با بیماری، پاسخ‌های زیستی- روانی- اجتماعی و نیز روند بهبود و کیفیت زندگی بیماران است^(۱۷). سبک دلبستگی فرد، پیش‌بینی‌کننده موفقیت مداخلات پزشکی و روابط پزشک و بیمار است و به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری روانی- اجتماعی در تبدیل درد حاد به درد مزمن نقش دارد^(۱۸).

سبک‌های دلبستگی در پژوهش‌های متعددی برای پیش‌بینی سازگاری با بیماری‌های مزمن مطالعه شده است. به طور مثال، سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی‌کننده نحوه خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت بوده است^(۱۹).

نتایج پرسشنامه‌ها را بدانند و در مورد آن مشاوره دریافت کنند، پس از پایان پژوهش این امکان فراهم شد. کد اخلاقی که برای اجرای این پژوهش انجام شد: IR.SBMU.RETECH.REC.1396.216 بود برای افرادی که به تنهایی نمی‌توانستند پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند، سوال‌های پژوهش خوانده می‌شد. هدف اصلی پژوهش این بود که مطالعه شود که آیا سبک دلبستگی می‌تواند، پذیرش و خود کارآمدی درد را پیش‌بینی کند. در این راستا رابطه همبستگی سبک‌های دلبستگی با پذیرش و خود کارآمدی درد بررسی شد. سپس، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی خود کارآمدی درد بر اساس سبک‌های دلبستگی به کمک نرم‌افزار SPSS24 و از طریق تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان (AAI)

مقیاس دلبستگی بزرگسالان که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور ساخته شده یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد می‌سنجد. این مقیاس در مورد نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی و اعتبار و پایایی مقیاس‌های آن مورد تأیید قرار گرفته است^(۳۲).

پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ)

پرسشنامه پذیرش درد مزمن یک مقیاس خود توصیفی است و از ۲۰ عبارت تشکیل شده است. نتایج تحلیل عاملی نشان داده است که این مقیاس از دو عامل "تعهد به فعالیت" و "رضایت از درد" اشباع شده است^(۳۳). نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، پذیرش درد مزمن را در قالب این دو خرده مقیاس تعهد به فعالیت (۱۱ عبارت) و رضایت از درد (۹ عبارت) ارزیابی می‌کند. پاسخ دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت

ماهه، برای کاهش مشکلات مرتبط با درد مزمن خود به کلینیک درد بیمارستان اختر در شهر تهران مراجعه کردند. نمونه این پژوهش از ۱۲۰ نفر بیمار مبتلا به درد مزمن (۳۸/۳ درصد مرد و ۶۱/۷ درصد زن) تشکیل شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. سابقه شکایت از درد مزمن یعنی دردی که دست کم ۶ ماه از شروع آن گذشته و طی ۶ ماه گذشته، علی‌رغم درمان‌های انجام شده، به مدت ۳ ماه، هر روز یا تقریباً هر روز توسط بیمار، تجربه شده بود^(۳۱)، عدم ابتلا به اختلالات روانی عمده و تأثیرگذار بر عملکرد روزمره فرد (مانند سایکوز و دمانس)، عدم اعتیاد به هر نوع ماده مخدر، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی و بالاتر، و آمادگی جسمی و روان شناختی برای اجرای پرسشنامه‌های مرتبط با متغیرهای تحقیق از معیارهای ورود بودند. بیمارانی که بر اساس معیارهای مورد مطالعه وارد پژوهش شدند پس از اعلام رضایت، به تکمیل پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه خود کارآمدی درد، پرسشنامه پذیرش درد و مقیاس دلبستگی بزرگسال پرداختند. در این پژوهش، شرکت کنندگان بیماران مبتلا به درد بودند. به همین دلیل شرایط جسمی آنها در اجرای پژوهش با در نظر گرفتن مکان مناسب برای اجرای پرسشنامه و زمان مناسبی که آنها حداکثر آمادگی را داشتند لحاظ گردید. از آنجا که لازم بود شرکت کننده‌های در پژوهش برای حضور در پژوهش، رضایت آگاهانه و آزادانه داشته باشند، اهداف پژوهش تا حد امکان برای بیماران توضیح داده شد. از آنها خواسته شد تا هر زمان که خواستند می‌توانستند پژوهش را ترک کنند. طبق روال فعالیت‌های پژوهشی، برای حفظ اسرار آزمودنی‌ها و حریم خصوصی آنها، اطلاعات فردی شرکت کنندگان مخفی نگه داشته شد و به اطلاع آنها نیز رسید. در کل ۶ نفر به دلیل بی‌علاقه بودن به تکمیل پرسشنامه‌ها، از شرکت در پژوهش انصراف دادند. شرکت کنندگانی که مایل بودند

نمونه‌ای متشکل از ۱۶۹ بیمار مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعات، نشانگر اعتبار و پایایی مطلوب نسخه فارسی آن است. به علاوه نتایج تحلیل عامل تاییدی حاکی از این است که پرسشنامه خودکارآمدی درد از یک عامل، اشباع است^(۳۵).

یافته‌ها

جهت بررسی گروه‌های مورد مطالعه از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. متغیرهای پژوهش، سبک‌های دلبستگی به عنوان متغیر پیش‌بین و خودکارآمدی و پذیرش درد مزمن به عنوان متغیر ملاک بود. نتایج توصیفی و استنباطی حاصل از پژوهش در جداول زیر ارائه شده است. در جدول شماره ۱، مؤلفه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش مربوط به سبک‌های دلبستگی، خودکارآمدی و پذیرش درد ارائه شده است.

درجه‌ای روبروی هر عبارت علامت بزند. بررسی‌های متعدد نشان داده اند که این پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است (۰/۷۸ تا ۰/۹۱) $(\alpha = 0.78 \text{ تا } 0.91)$ ^(۳۲).

پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ)

پرسشنامه خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷) بر پایه مفهومی که بندورا^(۳۴) از خودکارآمدی مطرح کرده است، قرار دارد. پرسشنامه خودکارآمدی درد، ارزیابی بیمار از توانایی‌اش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود درد را می‌سنجد و دارای ۱۰ عبارت است و هر عبارت، میزان ارزیابی بیمار از توانایی وی را برای انجام گروهی از فعالیت‌ها، با وجود درد بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت بخشی (صفر تا شش) مورد پرسش قرار می‌دهد. بنابراین نمرات این مقیاس بین صفر تا ۶۰ متغیر است و نمرات بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن خواهد بود. نسخه فارسی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن، دارای پایایی قابل قبولی است؛ همچنین اعتبار سازه نسخه فارسی آن در

جدول ۱. مؤلفه‌های توصیفی سبک‌های دلبستگی، خودکارآمدی و پذیرش درد و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	مرد		زن		کل				
	M	SD	M	SD	1	2	3	4	5
۱	۱۴/۰۲	۴/۰۸	۱۴/۹۳	۴/۹۵	۱۴/۵۸	۴/۶۴	۱		
۲	۱۶	۴/۵۷	۱۳/۱۸	۵/۹۹	۱۴/۲۶	۵/۶۴	-۰/۷۳***	۱	
۳	۱۴/۶۰	۴/۳۴	۱۳/۵۱	۶/۳۹	۱۳/۹۳	۵/۷۰	-۰/۵۴**	۰/۵۹**	۱
۴	۷۶/۸۹	۱۶/۱۱	۸۰/۷۰	۱۶/۹۹	۷۹/۳۴	۱۶/۷۰	۰/۵۸**	-۰/۵۴**	-۰/۴۵**
۵	۳۳/۵۰	۱۴/۵۰	۳۴/۷۲	۱۶/۶۵	۳۴/۲۵	۱۵/۸۱	۰/۶۳***	-۰/۵۲**	-۰/۴۶**

**ضرایب در سطح $p < 0.01$ معنادار هستند.

* ضرایب در سطح $p < 0.05$ معنادار هستند.

۱: دلبستگی ایمن؛ ۲: دلبستگی اجتنابی؛ ۳: دلبستگی دوسوگرا؛ ۴: پذیرش درد؛ ۵: خودکارآمدی درد

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین سبک دل‌بستگی ایمن در شرکت کنندگان پژوهش نسبت به سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا نمره بالاتری را نشان داده است. در زنان سبک دل‌بستگی ایمن نمره بالاتری را نسبت به مردان به خود اختصاص داده است. در حالی که سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا در مردان بالاتر گزارش شده است. نتیجه جالب توجه این است که پذیرش درد و خودکارآمدی درد در زنان، میانگین بالاتری دارد. همچنین همبستگی معنی داری بین سبک‌های دل‌بستگی با خودکارآمدی و پذیرش درد وجود دارد. با توجه به جدول ۱، همبستگی دل‌بستگی ایمن با خودکارآمدی و پذیرش درد، مثبت و معنادار و همبستگی دل‌بستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا با خودکارآمدی و پذیرش درد، منفی و معنادار است. پذیرش و خودکارآمدی نیز که هر دو ابعادی از سازگاری با درد مزمن هستند، همبستگی مثبت و بالایی دارند. برای پیش‌بینی

متغیرهای ملاک در پژوهش بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، از روش رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شده است. در جدول ۲، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی خودکارآمدی درد بر اساس سبک‌های دل‌بستگی ارائه شده است. در جدول زیر: ضریب B شیب رگرسیون است و تغییرات مطلق متغیر وابسته را به ازای تغییر در متغیر مستقل نشان می‌دهد. SE نشان دهنده فاصله اطمینان ۹۵ درصد است. ضریب بتا (β) ضریب استاندارد شده رگرسیونی است. این ضریب برای بیان شدت رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته استفاده می‌شود. پیش از توصیف جدول، لازم به ذکر است که دل‌بستگی اجتنابی و جنسیت نتوانستند خودکارآمدی و پذیرش درد را پیش‌بینی کند و به همین دلیل گزارش نشدند.

جدول ۲. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی خودکارآمدی درد بر اساس سبک‌های دل‌بستگی

مدل	B	SE	β	T	P
سبک دل‌بستگی ایمن	۱/۸۳۸	۰/۲۸۵	۰/۵۴۰	۶/۴۳۹	۰/۰۰۰۱
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	-۰/۴۷۱	۰/۲۳۳	-۰/۱۷۰	-۲/۰۲۵	۰/۰۴۵

با توجه به معنادار بودن ضرایب β که در جدول مشاهده می‌شود، بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که به ازای یک واحد تغییر در سبک دل‌بستگی ایمن و سبک دل‌بستگی دوسوگرا، خودکارآمدی درد به ترتیب ۰/۵۴۰ و -۰/۱۷۰ واحد تغییر میکنند. بر این اساس، می‌توان گفت سبک دل‌بستگی ایمن و سبک دل‌بستگی دوسوگرا در یک مدل معنادار قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی درد در افراد هستند. افرادی که سبک

دل‌بستگی آنها ایمن بود، با ضریب اطمینان بالا و در سطح ۰/۰۰۰۱ در مدیریت درد خودکارآمدتر بودند. افرادی که دل‌بستگی دوسوگرا داشتند، در سطح ۰/۰۵ در خودکارآمدی برای مدیریت درد ناکارآمد بودند. در جدول ۳، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی پذیرش درد بر اساس سبک‌های دل‌بستگی ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی پذیرش درد بر اساس سبک‌های دل‌بستگی

مدل	B	SE	β	T	P
سبک دل‌بستگی ایمن	۱/۷۱۲	۰/۳۱۴	۰/۴۷۶	۵/۴۴۸	۰/۰۰۰۱
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	-۰/۵۸۶	۰/۲۵۶	-۰/۲۰۰	-۲/۲۸۸	۰/۰۲۴

مهم‌زندگیشان نیاز به ابزارهای رفتاری دارند و اغلب روابط پرتنشی را تجربه می‌کنند؛ زیرا الگوی رفتاری آن‌ها خشم و در عین حال چسبندگی به دیگران است. افراد دوسوگرا، خودپنداره ضعیف و ارتباطات آشفته داشته و یک عشق وسواسی همراه با افکار منفی دارند و در این افکار و احساسات منفی غوطه‌ور می‌شوند و در نتیجه فاقد مهارت‌هایی برای مقابله با حوادث هستند. در حالی که افراد دلبسته اجتنابی معمولاً برای پرهیز از تنش از نزدیک شدن به دیگران اجتناب می‌کنند، ارتباطات کمی دارند و اصلاً وارد رابطه نمی‌شوند، فاصله می‌گیرند و درگیری فکری در روابط نیست و کمتر درگیر فرآیند آشفته می‌شوند. طبق نظریه بالبی^(۱۵)، افراد با دلبستگی ناایمن اجتنابی که الگوهای دلبستگی‌شان بر اساس راهبردهای گوشه‌گیری و فاصله گرفتن گسترش یافته است، به این نتیجه می‌رسند که منبع اتکایی وجود ندارد که بتوانند به آن اعتماد کنند و وابسته باشند و در نتیجه تعارض بیشتری را تجربه می‌کنند و در این تقابل، احساسی از خودبسنندگی را به وسیله طفره رفتن از رابطه پرورش می‌دهند. این افراد از حمایت دیگران ناامید شده‌اند به همین دلیل خودکارآمدی و پذیرش درد آنها وابسته به ارتباطشان با دیگران قرار ندارد و احتمالاً به عوامل دیگری مرتبط است.

بر اساس نتایج این پژوهش، سبک‌های دلبستگی بر تلاش‌های مقابله‌ای و فعالیت‌های کمک‌جویانه‌ای که افراد برای مقابله با درد اتخاذ می‌کنند، تأثیر می‌گذارد و تفاوت در مقابله و کمک‌جویی، منجر به تفاوت‌هایی در دوره‌های تحولی درد مزمن می‌شود. قابلیت یک فرد برای اینکه بتواند مورد تسلی قرار گیرد، به طور مستقیم با احساس ناایمنی، تعلق و دلبستگی وی مرتبط است. هر چه فرد در احساس تعلق خود، ناایمن‌تر باشد کمتر مورد تسلی قرار می‌گیرد و در نتیجه بیشتر نسبت به درد مزمن، آسیب‌پذیر می‌شود. بیماری به عنوان یک عامل استرس، فعال‌کننده سبک دلبستگی ویژه فرد و متقابلاً الگوهای شناختی-رفتاری-هیجانی مرتبط با آن سبک دلبستگی است و این الگوها خود تعیین‌کننده نحوه تعامل فرد با بیماری است. بر این اساس، پژوهش‌ها روی بیماران ارجاع شده به مراکز سلامت، حاکی از تأثیر ابعاد

با توجه به معنادار بودن ضرایب β که در جدول مشاهده می‌شود، بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که به ازای یک واحد تغییر در سبک دلبستگی ایمن و سبک دلبستگی دوسوگرا، پذیرش درد به ترتیب ۰/۴۷۶ و ۰/۲۰۰- واحد تغییر می‌کنند. بر این اساس، می‌توان گفت سبک دلبستگی ایمن و سبک دلبستگی دوسوگرا در یک مدل معنادار قادر به پیش‌بینی پذیرش درد در افراد هستند. افرادی که سبک دلبستگی آنها ایمن بود، با ضریب اطمینان بالا و در سطح ۰/۰۰۱ درد خود را پذیرفته بودند و در کنار درد به زندگی روزمره خود می‌پرداختند. افرادی که دلبستگی دوسوگرا داشتند، در سطح ۰/۰۵ در پذیرش درد خود ناتوان بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی خودکارآمدی و پذیرش درد با توجه به انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران دارای درد مزمن بود. یافته‌ها نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی با خودکارآمدی و پذیرش درد، رابطه معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که تنها سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا می‌توانند خودکارآمدی و پذیرش درد را پیش‌بینی کنند؛ اما سبک دلبستگی اجتنابی قادر به پیش‌بینی متغیرهای ملاک در این پژوهش نبود. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است^(۳۶، ۳۷ و ۳۸).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بحث ارتباطات بین فردی، محور اصلی یافته‌های پژوهش حاضر است. سبک دلبستگی نشان می‌دهد که کیفیت ارتباط فرد با دیگران چگونه است. افرادی که دلبستگی ایمن دارند، با توجه به تجربه‌های گذشته از روابط، طراحاره‌هایی را شکل داده‌اند که دیگران حمایت‌کننده هستند و برای جلب حمایت آن‌ها لازم نیست تلاش‌های افراطی انجام شود. آن‌ها به دیگران اعتماد داشته و به روابط، خوش بین هستند. اما افراد دلبسته ناایمن دوسوگرا، تجربه‌های ناخوشایندی از ترک شدن و طرد شدن دارند. آن‌ها برای این که افراد مهم زندگی‌شان را در کنار خود نگه دارند همه تلاش خود را به کار می‌گیرند. آن‌ها تصور می‌کنند که لایق حمایت نیستند و برای جلب حمایت افراد

و به دلیل احساس ناتوانی و تصویر منفی که از خود به عنوان فردی بی کفایت دارند، رفتار و عملکرد آن‌ها در رویارویی با درد می‌تواند ناکارآمد باشد و خودکارآمدی کمتری را تجربه می‌کنند.

از طرف دیگر، افراد ایمن چون بیشتر درگیر رابطه هستند و در پردازش اطلاعات، نگرش خوش بینانه‌ای اتخاذ می‌کنند، در نتیجه نسبت به تغییر عقایدشان انعطاف‌پذیرترند و پذیرش درد بالاتری دارند. آن‌ها بیشتر از راهبردهای حل مسئله استفاده می‌کنند. دلبستگی و عملکرد خانواده، نقش جدایی‌ناپذیری در کمک به فرد برای برخورد با چالش‌ها دارد. همچنین بخش قابل توجهی از نمونه ایرانی را افراد خانه‌داری تشکیل می‌دهند که به دلیل مسئولیت خانوادگی و مسائل فرهنگی باید علی‌رغم درد، به کار و فعالیت معمولی خود ادامه دهند و به تبع، پذیرش درد بالاتری داشته باشند. ولی در افراد نایمن، نوع طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فعال درونی، این افراد را مستعد خطاهای شناختی و پذیرش کمتر درد می‌کند. آن‌ها در پردازش هرگونه اطلاعاتی که نسبت به عقایدشان متناقض است، غیرمنعطف هستند و در برخورد با مشکلات و عوامل استرس‌زا مثل بیماری‌ها یا درد، بیشتر اجتناب می‌کنند و کمتر به تعاملات با والدین و اطرافیان اعتماد می‌کنند. همچنین این افراد، درگیر نشخوارهای منفی هستند که سبب فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه و گوشه‌گیری از روابط بین فردی و عدم پذیرش درد می‌شود.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش، سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا توانست خودکارآمدی و پذیرش درد را در بیماران درد مزمن پیش‌بینی کند. این موضوع برای سیاست‌گذاران سلامت و متخصصان درد می‌تواند سودمند باشد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سالانه هزینه‌های هنگفتی بابت درمان و کنترل درد افراد مبتلا به دردهای مزمن چه توسط خود افراد و چه توسط شرکت‌های بیمه پرداخت می‌شود و در این خصوص با کاهش نیروی انسانی کارآمد (به خاطر بازنشستگی زودهنگام) رو به رو هستیم. از این رو توجه به راهکارهایی که بتواند عوامل کلیدی

هیجانی، شناختی و رفتاری الگوی دلبستگی افراد بر وضعیت سلامت و بیماری آن‌ها بوده است^(۳۹، ۴۰). از سوی دیگر بیماری نیز به ویژه در شرایط مزمن، به عنوان یک عامل تهدیدکننده حیات، شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌های خاصی را در سیستم تعاملی و الگوی دلبستگی به همراه دارد^(۴۱). احتمال دیگری نیز قابل تصور است. شاید درد زبانی برای بیان نامنی و درخواست کمک باشد. افراد دو سو گرا همزمان هم خشم و هم میل به تقاضای حمایت از سوی نگاره دلبستگی را تجربه می‌کنند. درد هر دوی این امکانات را در اختیار آنها قرار می‌دهد. آنها به کمک درد، می‌توانند خشم خود را منفعلانه نشان دهند و همزمان ترحم و توجه دیگران، به خصوص نگاره دلبستگی را به سمت خود جلب کنند. از آنجا که درد ممکن است ابزاری برای فرد دوسو گرا باشد، او تلاشی برای خودکارآمدی و پذیرش درد نمی‌کند.

در ارتباط با پیش‌بینی خودکارآمدی درد بر اساس سبک دلبستگی ایمن می‌توان چنین تبیین کرد که افراد ایمن، دردشان را کمتر آسیب‌رسان و خودشان را برای روبرو شدن با درد، توانمندتر ارزیابی می‌کنند. همچنین افراد ایمن به احتمال قوی‌تری از سطح عملکرد بالاتری برخوردارند، آشفتگی‌های روان شناختی کمتری را تجربه می‌کنند و به گونه‌ای مؤثر با درد خود روبرو می‌شوند. الگوی فعال درونی مبنی بر ارزشمندی در افراد ایمن شکل می‌گیرد که سبب خودکارآمدی بالاتر در آن‌ها می‌شود و ثابت شده تولید مواد شبه افیونی درون زاد در این افراد، سبب افزایش تحمل درد و کاهش شدت درد می‌شود. فرد ایمن از نقش حمایتگری اطرافیانش مطمئن است پس با دریافت نشانه‌های حمایت از سوی آنها بیشتر متمرکز بر حل مساله می‌شوند. به خودشان اتکا دارند و وقتی می‌بینند درد بهبود پیدا نکرد، برای کنار آمدن با آن و بازگشت به زندگی عادی تلاش می‌کنند. اما دلبستگی نایمن، عامل خطر در ابتلا به درد مزمن شناخته شده و با احساس تهدید بیشتر، برداشت منفی بیشتر از در دسترس بودن اطرافیان و خودکارآمدی درد پایین‌تر در ارتباط است. افراد نایمن، شدت درد بیشتری نشان می‌دهند و در نتیجه سطوح پایین‌تری از خودکارآمدی برای کنترل درد دارند

مطالعه، تکیه بر اطلاعات جمع‌آوری شده در یک مقطع زمانی است که با این روش نمی‌توان جهت رابطه‌ها را به صورت مستدل تعیین نمود. همچنین این طرح پژوهشی یک طرح همبستگی است و در نتیجه ضرایب همبستگی و رگرسیون به دست آمده در این پژوهش را نباید به مثابه شواهدی بر روابط علت و معلولی بین متغیرهای پژوهش شده تلقی کرد. پذیرش درد مزمن از عوامل مهم و مؤثر بر میزان شدت درد ادراک شده در بیماران درد مزمن است. بنابراین جهت به حداقل رساندن شدت درد، می‌توان استفاده از روش‌های درمانی را که بر افزایش میزان پذیرش درد مزمن تمرکز دارند، پیشنهاد کرد.

تقدیر و تشکر

از مسئولین محترم کلینیک تخصصی درد بیمارستان اختر تهران، به دلیل فراهم نمودن امکان فعالیت پژوهشگر و نیز تمامی بیماران عزیزی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

مانند مشکلات دلبستگی را هدف بگیرد، تا بیماران با درد خود سازگار شوند، بسیار مفید خواهد بود. به جای این که داروها برای تسکین درد افزایش یابند، با درمان دلبستگی می‌توان خودکارآمدی و پذیرش را افزایش داد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

نمونه‌گیری پژوهش حاضر محدود بوده و این امر ممکن است به تعمیم‌پذیری یافته‌ها لطمه وارد سازد. خودگزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده، مهمترین محدودیت پژوهش حاضر می‌باشد. بنابراین ممکن است متغیرهایی از قبیل سبک پاسخگویی، انگیزه‌های بیرونی و حالت روان‌شناختی بیمار در لحظه جمع‌آوری داده‌ها اثرات بالقوه‌ای بر پاسخ آن‌ها بگذارد و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از ابزارهای عینی‌تری که سوگیری کمتری در رابطه با نظر آزمودنی دارند مانند مشاهده مستقیم رفتار بیمار استفاده گردد. همچنین در این پژوهش، نسبت جنسیتی رعایت نشده است که بهتر است در پژوهش‌های بعدی در نظر گرفته شود. محدودیت دیگر این

References

1. Martel ME, Lafontaine MF, Thériault A, Balbinotti M. Chronic pain self efficacy as a mediator of the link between romantic attachment insecurity, individual functioning and couple satisfaction: a preliminary study. *Revista Práxis*. 2016; 2:119-36.
2. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical psychology review*. 2008;28(3):407-29.
3. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*. 2004;5(4):195-211.
4. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*. 2014;69(2):153.
5. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191.
6. Fitzgerald J, Thomas J. A report: Couples with medical conditions, attachment theoretical perspectives and evidence for emotionally-focused couple's therapy. *Contemporary Family Therapy*. 2012;34(2):277-81.
7. Guntzviller LM, King AJ, Jensen JD, Davis LA. Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of immigrant and minority health*. 2017; 19(2):489-93.
8. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*. 2016;157(11):2434-44.
9. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European journal of pain*. 2007;11(2):153-63.
10. Archer K, Coronado RA, Ehde D, Vanston S, Koyama T, Phillips S, Mcgirt MJ, Spengler D, Aaronson OS, Cheng JS, Devin CJ. Fear Of Movement And Pain Self-efficacy Mediate Outcomes Following A Targeted Rehabilitation Intervention After Spine Surgery: op14. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical*. 2017;47(1):A3-4.
11. McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*. 2005;118(1):164-9.
12. Rodero B, Luciano JV, Montero-Marin J, Casanueva B, Palacin JC, Gili M, del Hoyo YL, Serrano-Blanco A, Garcia-Campayo J. Perceived injustice in fibromyalgia: psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophizing and pain acceptance. *Journal of psychosomatic research*. 2012;73(2):86-91.
13. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *PAIN®*. 2011;152(3):533-42.
14. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *Psychology Press*; 2015.
15. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol 1. Attachment. Basic Books: New York, NY, USA. 1969. Bruns D. Chronic pain. In Sage Publications, Inc. Encyclopedia of Counseling, 84-88, Los Angeles, Calif; London. 2008. 122.
16. Taylor RE, Marshall T, Mann A, Goldberg DP. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological medicine*. 2012;42(4):855-64.
17. Donnelly TJ, Jaaniste T. Attachment and chronic pain in children and adolescents. *Children*. 2016;

- 3040021, 1-14.
18. Pfeifer AC, Amelung D, Gerigk C, Schroeter C, Ehrenthal J, Neubauer E, Schiltenswolf M. Study protocol-efficacy of an attachment-based working alliance in the multimodal pain treatment. *BMC psychology*. 2016;4(1):10.
 19. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, Simon G, Bush T. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66(5):720-8.
 20. Huang YL, Shu BC, Lee FY. Parental rearing style, premorbid personality, mental health, and quality of life in chronic regional pain: A causal analysis. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(3):206-12.
 21. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. 2003;104(3):627-37.
 22. Meredith P, Strong J, Feeney JA. Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*. 2006;123(1-2):146-54.
 23. Gauthier LR, Rodin G, Zimmermann C, Warr D, Moore M, Shepherd F, Gagliese L. Acceptance of pain: a study in patients with advanced cancer. *Pain*. 2009;143(1-2):147-54.
 24. Hadjistavropoulos H, Shymkiw J. Predicting readiness to self-manage pain. *The Clinical journal of pain*. 2007; 23(3):259-66.
 25. McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*. 2016;74(1):21-7.
 26. Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006;126(1-3):272-9.
 27. Wells-Federman C, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Management Nursing*. 2002;3(4):131-40.
 29. Denison E, Åsenlöf P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*. 2004;111(3):245-52.
 30. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*. 2018;80(3):483-91.
 31. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;70(18):1630-5.
 32. Besharat MA. Adult Attachment Inventory. *Developmental Psychology*. 2013; 35, 317-320.
 33. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 2004;107(1):159-66.
 34. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 2004;107(1):159-66.
 35. Nicholas MK, Asghari A. Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? *Pain*. 2006;124(3):269-79.
 36. Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of applied psychology*. 2003;88(1):87.
 37. Asghari A, Nicholas MK. An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated English-language scale. *Pain medicine*. 2009;10(4):619-32.
 38. Costa-Martins JM, Pereira M, Martins H, Moura-Ramos M, Coelho R, Tavares J. RETRACTED: Attachment Styles, Pain, and the Consumption of Analgesics During Labor: A Prospective Observational Study. *The Journal of Pain*. 2014;15(3):304-11.

39. Julaieha S, Dehkordi MA, Shagaghi F. Relationship between attachment and adjustment with chronic pain; with study the moderator role of resiliency.
40. Godsoe MR. Acceptance of chronic pain, attachment style, affectivity and treatment use. Antioch University New England; 2008.
41. McWilliams LA, Bailey SJ. Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*. 2010;29(4):446.

The predicting effect of attachment styles on pain catastrophizing, self-efficacy and acceptance in patients with chronic pain

Manijeh Firoozi¹, Mohammad Ali Besharat², Zeynab Souri³

1. Assistant professor, Department of psychology, Pharabi college, University of Tehran, Tehran

2. Full professor of Psychology, Tehran University of Sciences, Tehran

3. MSc in Psychology, Department of psychology, Pharabi college, University of Tehran, Tehran

ABSTRACT

Aim and Background: Differences in attachment styles have been linked to cognitive variables in patients with chronic pain, but mechanisms through which attachment styles might impact cognitive factors are unclear. The aim of the present study was to examine the effect of predicting attachment styles on pain self-efficacy and acceptance in patients with chronic pain.

Materials and Methods: In a descriptive-correlational study, convenience sampling was used to select 120 chronic pain patients from pain clinic of Akhtar hospital in Tehran, Iran during three months. The participants completed a demographic questionnaire, Adult Attachment Inventory, Pain Self-Efficacy Questionnaire and Chronic Pain Acceptance Questionnaire. Data was analyzed using Pearson's correlation and step by step regression models.

Findings: The correlations between attachment styles & depending variables in this study were significant ($P < 0.01$). Based on the results of regression analysis, secure and ambivalent attachment styles were able to predict pain self-efficacy and acceptance in patients with chronic pain.

Conclusion: According to the results of the present study, it can be concluded that secure and ambivalent attachment styles can predict pain self-efficacy and acceptance. Considering these variables may be important in the processes of prevention, diagnosis and treatment reparation of attachment, as well as promoting mental health in patients with chronic pain.

Keywords: chronic pain, acceptance, pain self-efficacy, attachment disorder, adjustment

► Please cite this paper as:

Firozi M, Besharat MA, Souri Z [The effect of predicting attachment styles on pain catastrophizing, self-efficacy and acceptance in patients with chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2018;8(3):55-67.

Corresponding Author: Manijeh Firozi, Assistant professor, Department of psychology, Pharabi college, University of Tehran.

Email: mfiroozy@ut.ac.ir