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



اثـر پیش‌بینی‌کنندگـی سـبک‌های دلبسـتگی بـر خودکارآمـدی و پذیـرش درد بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن

منیژه فیروزی[1*]، محمدعلی بشارت[2]، زینب سوری[3]

۱. استادیار گروه روان شناسی، پردیس فارابی، دانشگاه تهران، ایران
۲. استاد تمام گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، پردیس فارابی، دانشگاه تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۵ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: تفاوت در سـبک‌های دلبسـتگی با متغیرهای شـناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن مرتبط دانسـته شـده اسـت؛ اما مکانیسـم‌هایی کـه از طریـق آن سـبک‌های دلبسـتگی بـر عوامل شـناختی تأثیـر می‌گذارند هنوز ناشـناخته اند. هـدف پژوهش حاضر بررسـی اثـر پیش‌بینی کنندگی سـبک‌های دلبسـتگی بر خودکارآمـدی و پذیـرش درد بیماران مبتلا بـه درد مزمن بود.

مـواد و روش‌هـا: مطالعـه توصیفی- همبسـتگی حاضر بـر روی ۱۲۰ بیمار درد مزمـن (۳۸/۳ درصد مـرد و ۶۱/۷ درصد زن) صـورت گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیـری در دسـترس از بیـن بیمـاران درد مزمنـی کـه در یـک مقطع زمانی سـه ماهه بـه کلینیک درد بیمارسـتان اختر مراجعه کـرده بودند انتخـاب شـدند. این افراد پرسشـنامه‌های اطلاعات جمعیت شـناختی، سـبک‌های دلبسـتگی بزرگسـال، خودکارآمـدی و پذیـرش درد را تکمیل کردند. داده‌هـای به دسـت آمده، با محاسـبه ضریب همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون چنـد متغیره گام بـه گام مورد تحلیل قـرار گرفت.

یافته‌هـا: ارتبـاط معنـاداری بین سـبک‌های دلبسـتگی و متغیرهای مـلاک در پژوهش حاضـر ($P<۰/۰۱$) وجود داشـت. در تحلیل رگرسـیون نیز تنها سـبک‌های دلبسـتگی ایمـن بـه طور مثبت و دوسـوگرایی بـه طور منفی توانسـتند خودکارآمـدی و پذیـرش درد را در بیماران مبتلا بـه دردهای مزمن پیش‌بینـی کنند.

نتیجه‌گیـری: بـا توجـه بـه اینکـه سـبک‌های دلبسـتگی ایمـن و دوسـوگرا توانسـت خودکارآمـدی و پذیـرش درد را در بیمـاران درد مزمـن پیش‌بینـی کنـد پیشـنهاد می‌شـود مراکـز مرتبـط، برنامه‌هایـی در زمینـه پیشـگیری، تشـخیص و درمان‌هـای مبتنـی بـر ترمیـم دلبسـتگی بـرای کاهـش عـوارض ناشـی از درد مزمـن، مؤثـر باشـند بـا تدویـن و اجـرا کننـد. بدیـن وسـیله از آسـیب‌ها و مشـکلات حاصلـه جلوگیـری و در جهـت ارتقـای سـلامت روان، گامـی مؤثـر بردارنـد.

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

مقدمه

درد تجربـه حسـی و روانـی ناخوشـایند اسـت کـه بـا آسـیب احتمالـی یـا واقعـی بافـت در ارتبـاط بـوده و یـا در دوره‌هـای ایـن گونـه آسـیب‌های بافتـی بـه وجـود می‌آیـد[1]. درد مزمـن

نویسنده مسئول: منیژه فیروزی، استادیار گروه روان شناسی، پردیس فارابی، دانشگاه تهران، ایران
پست الکترونیک: mfiroozy@ut.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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[۲]. 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] منعکس‌کننده 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 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[۱۱ و 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 درکاهش 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

ایـده ارزش‌منـدی باشـد مبنـی بـر اینکـه پذیـرش درد بـه جـای تـلاش بـرای کنتـرل آن، بـا سـازگاری بیشـتری همـراه باشـد[۱۳].

اینـزورث و همـکاران[۱۴] معتقدنـد کـه همـه کـودکان بهنجـار، احسـاس دلبسـتگی پیـدا می‌کننـد و دلبسـتگی شـالوده رشـد عاطفـی و اجتماعـی سـالم در دوران بزرگسـالی را پی‌ریـزی می‌کنـد. بالبـی[۱۵] فراینـد شـکل گیـری دلبسـتگی نـوزاد بـه مـادر را تشـریح کـرد و نشـان داد چگونـه سیسـتم احساسـات و رفتارهـای دلبسـتگی، نـوزاد را بـه مـادر نزدیـک و از خطـر دور می‌سـازد[۱]. اخیـراً تفاوت‌هـای فـردی در تجربـه و قضـاوت مربـوط بـه درد را بـا نظریـه دلبسـتگی بیـان کرده‌انـد[۱۶]. بـر اسـاس ایـن نظریـه، تجربیـات بیـن فـردی اولیـه بـا تصاویـر دلبسـتگی (مراقبـان اصلـی) موجـب رشـد الگوهـای فعـال درونـی از خـود و دیگـران (سـبک‌های دلبسـتگی) می‌شـود کـه در روابـط بعـدی فـرد بـا دیگـران و بـه هنـگام مواجهـه بـا موقعیت‌هـای اسـترس آمیـز، بـه تنظیـم هیجـان فـرد کمـک می‌کننـد. یکـی از ایـن موقعیت‌هـای اسـترس‌آمیز، درد اسـت کـه بـا فعـال کـردن رفتارهـای دلبسـتگی موجـب تقرب‌جویـی افـراد بـه تصاویـر دلبسـتگی می‌شـود. ایـن تصاویـر بـا فراهـم کـردن یـک پایـگاه امـن فیزیکـی و هیجانـی، بـه تنظیـم هیجـان فـرد کمـک می‌کننـد. بیمـاری بـه عنـوان یـک عامـل اسـترس، فعـال کننـده سـبک دلبسـتگی ویـژه فـرد و متعاقبـاً الگوهـای شـناختی- رفتـاری- هیجانـی مرتبـط بـا آن سـبک دلبسـتگی اسـت و ایـن الگوهـا خـود، تعییـن کننـده نحـوه تعامـل فـرد بـا بیمـاری، پاسـخ‌های زیسـتی- روانـی- اجتماعـی و نیـز رونـد بهبـود و کیفیـت زندگـی بیمـاران اسـت[۱۷]. سـبک دلبسـتگی فـرد، پیش‌بینـی کننـده موفقیـت مداخـلات پزشـکی و روابـط پزشـک و بیمـار اسـت و بـه عنـوان یـک عامـل آسـیب‌پذیری روانـی- اجتماعـی در تبدیـل درد حـاد بـه درد مزمـن نقـش دارد[۱۸].

سـبک‌های دلبسـتگی در پژوهش‌های متعددی بـرای پیش‌بینی سـازگاری بـا بیماری‌هـای مزمـن مطالعـه شـده اسـت. بـه طـور مثـال، سـبک‌های دلبسـتگی پیش‌بینـی کننـده نحـوه خـود مراقبتـی در بیمـاران مبتـلا بـه دیابـت بـوده اسـت[۱۹].

در پژوهـش دیگـری مشـخص شـد کـه سـبک دلبسـتگی بیمـاران کیفیـت زندگـی و ادراک آنهـا از درد را تحـت تاثیـر قـرار می‌دهـد[۲۰]. در یـک مطالعـه کیفـی نشـان داده شـد کـه بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن بـا سـبک دلبسـتگی ایمـن، وابسـتگی عاطفـی بـه خانـواده، احساسـی عاطفـی نزدیـک بـا دوسـتان، اسـتقلال و خودکفایـی، اولویـت بـودن در کنـار خانـواده و نیـاز بـه حمایـت را در مدیریـت درد مهـم دانسـتند[۲۱]. تـرس از حرکـت و فاجعـه نمایـی درد نیـز تحـت تاثیـر سـبک دلبسـتگی بیمـاران درد مزمـن قـرار دارد[۲۲]. مطالعاتـی نیـز عواملـی ماننـد شـفقت خـود[۲۳] و معنویـت[۲۴] را در پذیـرش درد موثـر دانسـتند. پژوهش‌هایـی نیـز تاثیـر پذیـرش درد را در کاهـش ناتوانـی ناشـی از درد[۲۵]، افزایـش تـاب‌آوری و کاهـش فاجعـه آفرینـی[۲۶] در بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مزمـن مطالعـه کردنـد. پژوهشـها نشـان دادنـد کـه خودکارآمـدی درد موجـب کنتـرل افـکار خودکشـی[۲۷]، شـدت درد ادراک شـده[۲۸]، تـرس از حرکـت[۲۹] و افسـردگی[۳۰] در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن شـده اسـت. تـا کنـون پژوهشـی کـه بررسـی کنـد آیـا سـبک دلبسـتگی، میـزان پذیـرش و خـود کارآمـدی درد را پیش‌بینـی می‌کنـد، مشـاهده نشـد. از آنجـا کـه یافتـن متغیرهایـی کـه بـه کنـار آمـدن بـا درد و حفـظ خودکارآمـدی در انجـام امـور روزانـه بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مزمـن ضـروری اسـت و هزینه‌هـای درمانـی را کاهـش می‌دهـد، ایـن مطالعـه در ادامـه مطالعـات پیشـین، بـه بررسـی نقـش موثـر سـبکهای دلبسـتگی در سـازگاری ایـن بیمـاران بـا درد پرداخـت. بنابرایـن هـدف اصلـی پژوهـش حاضـر، مطالعـه نقـش سـبک‌های دلبسـتگی در پذیـرش و خودکارآمـدی درد در بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مزمـن بـود.

روش

جامعه و نمونه آماری

پژوهـش حاضـر از نـوع توصیفـی و مبتنـی بـر مدل‌هـای همبسـتگی بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش، دربرگیرنـده کلیـه بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مزمنـی بـود کـه واجـد ملاک‌هـای شـمول ایـن مطالعـه بودنـد و در یـک مقطـع زمانـی سـه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

ماهـه، بـرای کاهـش مشـکلات مرتبـط بـا درد مزمـن خـود بـه کلینیـک درد بیمارسـتان اختـر در شـهر تهـران مراجعـه کردنـد. نمونـه ایـن پژوهـش از ۱۲۰ نفـر بیمـار مبتـلا بـه درد مزمـن (۳۸/۳ درصـد مـرد و ۶۱/۷ درصـد زن) تشـکیل شـد کـه بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس و بـر اسـاس ملاک‌هـای ورود و خـروج انتخـاب شـدند. سـابقه شـکایت از درد مزمـن یعنـی دردی کـه دسـت کـم ۶ مـاه از شـروع آن گذشـته و طـی ۶ مـاه گذشـته، علی‌رغـم درمان‌هـای انجـام شـده، بـه مـدت ۳ مـاه، هـر روز یـا تقریبـاً هـر روز توسـط بیمـار، تجربـه شـده بـود [۳۱]، عـدم ابتـلا بـه اختـلالات روانـی عمـده و تأثیرگـذار بـر عملکـرد روزمـره فـرد (ماننـد سـایکوز و دمانـس)، عـدم اعتیـاد بـه هـر نـوع مـاده مخـدر، قـرار گرفتـن در محـدوده سـنی ۲۰ تـا ۶۰ سـال، داشـتن حداقـل مـدرک تحصیلـی پایـان دوره راهنمایـی و بالاتـر، و آمادگـی جسـمی و روان شـناختی بـرای اجـرای پرسشـنامه‌های مرتبـط بـا متغیرهـای تحقیـق از معیارهـای ورود بودنـد. بیمارانـی کـه بـر اسـاس معیارهـای مـورد مطالعـه وارد پژوهـش شـدند پـس از اعـلام رضایـت، بـه تکمیـل پرسشـنامه‌های اطلاعـات جمعیـت شـناختی، پرسشـنامه خودکارآمـدی درد، پرسشـنامه پذیـرش درد و مقیـاس دلبسـتگی بزرگسـال پرداختنـد. در ایـن پژوهـش، شـرکت کننـدگان بیمـاران مبتـلا بـه درد بودنـد. بـه همیـن دلیـل شـرایط جسـمی آنهـا در اجـرای پژوهـش بـا در نظـر گرفتـن مـکان مناسـب بـرای اجـرای پرسشـنامه و زمـان مناسـبی کـه آنهـا حداکثـر آمادگـی را داشـتند لحـاظ گردیـد. از آنجـا کـه لازم بـود شـرکت کننده‌هـای در پژوهـش بـرای حضـور در پژوهـش، رضایـت آگاهانـه و آزادانـه داشـته باشـند، اهـداف پژوهـش تـا حـد امـکان بـرای بیمـاران توضیـح داده شـد. از آنهـا خواسـته شـد تـا هـر زمـان کـه خواسـتند می‌توانسـتند پژوهـش را تـرک کننـد. طبـق روال فعالیت‌هـای پژوهشـی، بـرای حفـظ اسـرار آزمودنی‌هـا و حریـم خصوصـی آنهـا، اطلاعـات فـردی شـرکت‌کنندگان مخفـی نگـه داشـته شـد و بـه اطـلاع آنهـا نیـز رسـید. در کل ۶ نفـر بـه دلیـل بی‌علاقـه بـودن بـه تکمیـل پرسشـنامه‌ها، از شـرکت در پژوهـش انصـراف دادنـد. شـرکت‌کنندگانی کـه مایـل بودنـد نتایـج پرسشـنامه‌ها را بداننـد و در مـورد آن مشـاوره دریافـت کننـد، پـس از پایـان پژوهـش ایـن امـکان فراهـم شـد. کـد اخلاقـی کـه بـرای اجـرای ایـن پژوهـش انجـام شـد: IR.SBMU.RETECH.REC.1396.216 بـود بـرای افـرادی کـه بـه تنهایـی نمی‌توانسـتند پرسشـنامه‌ها را تکمیـل کننـد، سـوال‌های پژوهـش خوانـده می‌شـد. هـدف اصلـی پژوهـش ایـن بـود کـه مطالعـه شـود کـه آیـا سـبک دلبسـتگی می‌توانـد، پذیـرش و خـود کارآمـدی درد را پیش‌بینـی کنـد. در ایـن راسـتا رابطـه همبسـتگی سـبک‌های دلبسـتگی بـا پذیـرش و خـود کارآمـدی درد بررسـی شـد. سـپس، ضرایـب اسـتاندارد و غیـر اسـتاندارد تحلیـل رگرسـیون گام بـه گام بـرای پیش‌بینـی خودکارآمـدی درد بـر اسـاس سـبک‌های دلبسـتگی بـه کمـک نرم‌افـزار SPSS24 و از طریـق تحلیـل رگرسـیون گام بـه گام تحلیـل شـد.

ابزار سنجش

پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان (AAI)

مقیـاس دلبسـتگی بزرگسـالان کـه بـا اسـتفاده از مـواد آزمـون دلبسـتگی هـازن و شـیور سـاخته شـده یـک آزمـون ۱۵ سـؤالی اسـت و سـه سـبک دلبسـتگی ایمـن، اجتنابـی و دوسـوگرا را در مقیـاس پنـج درجـه‌ای لیکـرت از خیلـی کـم تـا خیلـی زیـاد می‌سـنجد. ایـن مقیـاس در مـورد نمونه‌هـای دانشـجویی و جمعیـت عمومـی ایرانـی هنجاریابـی و اعتبـار و پایایـی مقیاس‌هـای آن مـورد تأییـد قـرار گرفتـه اسـت[۳۲].

پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ)

پرسشـنامه پذیـرش درد مزمـن یـک مقیـاس خـود توصیفـی اسـت و از ۲۰ عبـارت تشـکیل شـده اسـت. نتایـج تحلیـل عاملـی نشـان داده اسـت کـه ایـن مقیـاس از دو عامـل "تعهـد بـه فعالیـت" و "رضایـت از درد" اشـباع شـده اسـت [۳۳]. نسـخه فارسـی ایـن ابـزار هماننـد نسـخه اصلـی آن، پذیـرش درد مزمـن را در قالـب ایـن دو خـرده مقیـاس تعهـد بـه فعالیـت (۱۱ عبـارت) و رضایـت از درد (۹ عبـارت) ارزیابـی می‌کنـد. پاسـخ دهنـده بایـد پاسـخ خـود را در مقیـاس لیکـرت هفـت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

درجه‌ای روبروی هر عبارت علامت بزنند. بررسی‌های متعدد نشان داده اند که این پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است (۰/۷۸ تا ۰/۹۱ =α) [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 مبیّن 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 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.

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	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	۷۹/۲۴	۱۶/۷۰	۰/۵۸**	-۰/۵۴**	-۰/۴۵**	۱	
۵	۳۳/۵۰	۱۴/۵۰	۳۴/۷۲	۱۶/۶۵	۳۴/۲۵	۱۵/۸۱	۰/۶۳**	-۰/۵۲**	-۰/۴۶**	۰/۷۹**	۱

**ضرایب در سطح p<۰/۰۱ معنادار هستند.

* ضرایب در سطح p<۰/۰۵ معنادار هستند.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

همان‌طـور کـه مشـاهده می‌شـود میانگیـن سـبک دلبسـتگی ایمـن در شـرکت کننـدگان پژوهـش نسـبت بـه سـبک‌های اجتنابـی و دوسـوگرا نمـره بالاتـری را نشـان داده اسـت. در زنـان سـبک دلبسـتگی ایمـن نمـره بالاتـری را نسـبت بـه مـردان بـه خـود اختصـاص داده اسـت. در حالـی کـه سـبک‌های اجتنابـی و دوسـوگرا در مـردان بالاتـر گـزارش شـده اسـت. نتیجـه جالـب توجـه ایـن اسـت کـه پذیـرش درد و خودکارآمـدی درد در زنـان، میانگیـن بالاتـری دارد. همچنیـن همبسـتگی معنـی داری بیـن سـبک‌های دلبسـتگی بـا خودکارآمـدی و پذیـرش درد وجـود دارد. بـا توجـه بـه جـدول ۱، همبسـتگی دلبسـتگی ایمـن بـا خودکارآمـدی و پذیـرش درد، مثبـت و معنـادار و همبسـتگی دلبسـتگی ناایمـن اجتنابـی و دوسـوگرا بـا خودکارآمـدی و پذیـرش درد، منفـی و معنـادار اسـت. پذیـرش و خودکارآمـدی نیـز کـه هـر دو ابعـادی از سـازگاری بـا درد مزمـن هسـتند، همبسـتگی مثبـت و بالایـی دارنـد. بـرای پیش‌بینـی متغیرهـای مـلاک در پژوهـش بـر اسـاس سـبک‌های دلبسـتگی، از روش رگرسـیون چنـد متغیـره گام بـه گام اسـتفاده شـده اسـت. در جـدول ۲، ضرایـب اسـتاندارد و غیـر اسـتاندارد تحلیل رگرسـیون گام بـه گام بـرای پیش‌بینـی خودکارآمـدی درد بـر اسـاس سـبک‌های دلبسـتگی ارائـه شـده اسـت. در جـدول زیـر:

ضریـب B شـیب رگرسـیون اسـت و تغییـرات مطلـق متغیـر وابسـته را بـه ازای تغییـر در متغیـر مسـتقل نشـان می‌دهـد.

SE نشان دهنده فاصله اطمینان ۹۵ درصد است.

ضریـب بتـا (β) ضریـب اسـتاندارد شـده رگرسـیونی اسـت. ایـن ضریـب بـرای بیـان شـدت رابطـه بیـن متغیرهـای سـتقل و وابسـته اسـتفاده می‌شـود.

پیـش از توصیـف جـدول، لازم بـه ذکـر اسـت کـه دلبسـتگی اجتنابی و جنسـیت نتوانسـتند خودکارآمـدی و پذیـرش درد را پیش‌بینـی کنـد و بـه همیـن دلیـل گـزارش نشـدند.

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

بـا توجـه بـه معنـادار بـودن ضرایـب β کـه در جـدول مشـاهده می‌شـود، بـر اسـاس یافتههـا میتـوان بیـان کـرد کـه بـه ازای یـک واحـد تغییـر در سـبک دلبسـتگی ایمـن و سـبک دلبسـتگی دوسـوگرا، خودکارآمـدی درد بـه ترتیـب ۰/۵۴۰ و ۰/۱۷۰- واحـد تغییـر میکننـد. بـر ایـن اسـاس، می‌تـوان گفـت سـبک دلبسـتگی ایمـن و سـبک دلبسـتگی دوسـوگرا در یـک مـدل معنـادار قـادر بـه پیش‌بینـی خودکارآمـدی درد در افـراد هسـتند. افـرادی کـه سـبک دلبسـتگی آنهـا ایمـن بـود، بـا ضریـب اطمینـان بـالا و در سـطح ۰/۰۰۰۱ در مدیریـت درد خـودکار آمدتـر بودنـد.

افـرادی کـه دلبسـتگی دوسـوگرا داشـتند، در سـطح ۰/۰۵ در خودکارآمـدی بـرای مدیریـت درد ناکارآمـد بودنـد. در جـدول ۳، ضرایـب اسـتاندارد و غیـر اسـتاندارد تحلیـل رگرسـیون گام بـه گام بـرای پیش‌بینـی پذیـرش درد بـر اسـاس سـبک‌های دلبسـتگی ارائـه شـده اسـت.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

با توجه به معنادار بودن ضرایب β که در جدول مشاهده می‌شود، بر اساس یافته ها 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 ۰/۰۰۰۱ 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 نتیجه گیری

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، طرحواره‌هایی را شکل داده اند 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 زندگی شان 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 مهم زندگیشان 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 غوطه ور 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 خودبسندگی را به وسیله طفره رفتن از رابطه پرورش می‌دهند. این افراد از حمایت دیگران ناامید شده اند به همین دلیل خودکارآمدی و پذیرش درد آنها وابسته به ارتباطشان با دیگران قرار ندارد و احتمالا به عوامل دیگری مرتبط است.

بر اساس نتایج این پژوهش، سبک‌های دلبستگی بر تلاش‌های مقابله‌ای و فعالیت‌های کمک جویانه‌ای که افراد برای مقابله با درد اتخاذ می‌کنند، تأثیر می‌گذارد و تفاوت در مقابله و کمک جویی، 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 متعاقباً الگوهای شناختی- رفتاری- هیجانی مرتبط با آن سبک دلبستگی است و این الگوها خود تعیین کننده نحوه تعامل فرد با بیماری است. بر این اساس، پژوهش‌ها روی بیماران ارجاع شده به مراکز سلامت، حاکی از تأثیر ابعاد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

هیجانی، شناختی و رفتاری الگوی دلبستگی افراد بر وضعیت سلامت و بیماری آن‌ها بوده است[۳۹ و 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 ناامنی 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 خود کارآمدی 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 ناایمن، 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 ناایمن، شدت درد بیشتری نشان می‌دهند و در نتیجه سطوح پایین‌تری از خودکارآمدی برای کنترل درد دارند 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 ناایمن، 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 استرس زا 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.

نتیجه گیری

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 داده اند 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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 روان شناختی 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 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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 Prâksis. 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: opl4. 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-Marín 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 catastrophising 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;

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

3040021, 1-14.

18. Pfeifer AC, Amelung D, Gerigk C, Schroeter C, Ehrenthal J, Neubauer E, Schiltenwolf 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

Journal of Anesthesiology and Pain Spring 2018, Vol 8, NO 3

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

Manijeh Firoozi[*1], Mohammad Ali Besharat[2], Zeynab Souri[3]

1. *Assistant professor, Department of psychology, Pharabi college, University of Tehran, Tehran*
2. *Full professor of Psychology,Tehran University of Scoences, 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-18]

▶ 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