Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2021, Vol 13, NO 2



# Presenting structural pattern of pain perception based on childhood trauma, early maladaptive schemas mediating emotion regulation in people with chronic pain

**Mona Abbasi [1], Hayede Saberi[2*], Afsane Taheri[3]**

1. *PhD Student in Health Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Unit, Iran*
2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Unit, Iran*
3. *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Unit, Iran*

## ABSTRACT

**Aims and background:** The aim of this study was to present a structural model of pain perception based on childhood trauma, early maladaptive schemas mediating emotion regulation in people with chronic pain.

**Material and Method:** The research method is correlational and applied in terms of purpose. The statistical population consisted of all clients to Tehran clinic in 2020, of which 300 (175 females and 125 males) were selected by available sampling method and were selected by Granovsky and Kerr emotional cognitive regulation questionnaires. Stages (2006), Young's early maladaptive schemas (1991), Bernstein's childhood trauma (2003) and visual scale of pain assessment responded. They were analyzed.

**Result:** The findings indicated that emotion regulation (adapted and non adapted) leaders played a mediating role in pain perception with early maladaptive schemas and childhood trauma in patients with chronic pain.

**Conclusion:** It can be stated that people's tendency to use adaptive and uncompromising cognitive emotion regulation strategies can be a determining factor in the effect of maladaptive schemas and childhood trauma on the perception of chronic pain.

**Keywords:** pain perception, childhood trauma, early maladaptive schemas, emotion regulation, chronic pain

Please cite this paper as:
Abbasi M, Saberi H, Taheri A[Presenting structural pattern of pain perception based on childhood trauma, early maladaptive schemas mediating emotion regulation in people with chronic pain (Persian)J Anesth Pain 2021;13(2):59-74.

**Corresponding Author:**Hayede Saberi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Unit, Iran
**Email:** h.saberi@riau.ac.ir



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

# ارائه الگوی ساختاری ادراک درد بر اساس تروما در دوران کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به درد مزمن

**مونا عباسی[۱]، هاییده صابری[۲*]، افسانه طاهری[۳]**

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران

**تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۷/۱۲** **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۱۰/۲۸** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۰**

## چکیده

**زمینـــه و هـــدف:** هـدف از پژوهـش حاضـر ارائـه الگـوی سـاختاری ادراک درد براسـاس تروما کودکـی، طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه با میانجی‌گـری تنظیـم هیجـان در افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن اسـت.

**مـواد و روش‌هـا:** روش پژوهـش از نـوع همبسـتگی و از لحـاظ هـدف از نـوع کاربـردی اسـت. جامعـه آمـاری شـامل کلیـه مراجعیـن بـه کلینیـک شـهر تهـران در سـال ۱۳۹۹ اسـت کـه از ایـن تعـداد ۳۰۰ نفـر (۱۷۵ نفـر زن و ۱۲۵ نفـر مرد)دبـه شـیوه نمونـه گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند و بـه پرسشـنامه‌های تنظیـم شـناختی هیجانـی گرانفسـکی و کرایـج (۲۰۰۶)، طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه یانـگ (۱۹۹۱)، تروماـی کودکـی برنسـتاین (۲۰۰۳) و مقیـاس بصـری سـنجش درد پاسـخ دادنـد .داده‌هـای پژوهـش در قالـب مـدل معـادلات سـاختاری و تحلیل رگرسـیون سلسـله مراتبـی مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفـت.

**یافته‌هـا:** یافته‌هـا حاکـی از آن بـود کـه راهبرهـای تنظیـم هیجـان (سـازگار یافتـه و سـازگار نیافتـه) در رابطـه بـا ادراک درد بـا طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه و تروماـی کودکـی در مبتلایـان بـه درد مزمـن نقـش میانجـی را ایفـا می‌کنـد.

**نتیجه‌گیـــری:** میتـوان بیـان کـرد کـه گرایـش افـراد بـه بهره‌گیـری از راهبردهـای سـازش یافتـه و سـازش نیافتـه تنظیـم شـناختی هیجـان می‌توانـد بـه عنـوان یـک عامـل تعییـن کننـده در تاثیـر طرحواره‌هـای ناسـازگار و تروماـی کودکـی بـر میـزان ادراک درد مزمـن باشـد.

**واژه‌های کلیدی:** ادراک درد، تروما کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان، درد مزمن

## مقدمه

درد کـه معمـولا بـه دنبـال یـک رخـداد حسـی ایجاد می‌شـود امـا فرایندهـای ادراکـی و تفسـیری غیـر حسـی نظیر شـناخت و هیجـان می‌توانـد در درک درد و چگونگـی تجربـه درد موثـر باشـند. مجموعـه‌ای از شـواهد نشـان می‌دهنـد کـه مولفه‌هـای جسـمی و روانشـناختی در ایجـاد و تاثیـر بـر تجربـه درد، تعامل

**نویسنده مسئول:** هاییده صابری، استادیار گروه روانشناسی ، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران
**پست الکترونیک:** h.saberi@riau.ac.ir

[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

پیچیده‌ای دارند. هر چند دانش زیست‌پزشکی مرسوم درد را به‌عنوان یک علامت مورد توجه قرار داده است که آسیب‌های جسمی یا فرایندهای بیماری را منعکس می‌کند این درحالی است که این فرض در مورد درد حاد صحت داشته ولی در مورد درد مزمن مناسب نیست الگوی زیست‌پزشکی در مدیریت نیازهای افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند ناموفق است[۱]. درد تجربه‌ای چند بعدی است که ممکن است تمام یا بخش اعظمی از جنبه‌های زندگی فرد را تحت‌تاثیر قرار دهد و حتی او را تبدیل به بیماری کاملا ناتوان کند[۲]. درد که تجربه حسی و روانی از ناراحتی است معمولا با آسیب واقعی یا تهدیدکننده بافت‌ها ارتباط دارد. تجربه ادراک درد که از دو بعد حسی – عاطفی تشکیل می‌شود بعد حسی درد بیانگر شدت درد و بعد عاطفی درد بیانگر میزان ناخشنودی فرد از تجربه درد است معمولا تحت‌تاثیر باورها و هیجانات قرار می‌گیرد.[۳]

با مزمن شدن درد، شناخت و هیجانات بیمار تغییر می‌کند. هیجانات منفی که به دنبال افکار و باورهای منفی مرتبط با درد ایجاد می‌شود، سطح کارکرد و تحمل درد را در بیمار تحت تاثیر قرار می‌دهد. باورهای شناختی منفی و محدود کننده‌ای که در بیمار مبتلا به درد مزمن ایجاد می‌شود، احتمال بروز پیامدهایی چون افزایش میزان شدت درد، احساس ناتوانی فیزیکی، و ترس از حرکت را بیشتر می‌کند و زمینه را برای بروز نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیمار فراهم می‌سازد[۴]. تنظیم هیجان که شکل خاصی از خود تنظیمی است که می‌تواند گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هوشیار و ناهوشیار را جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان را شامل شود.[۵] هیجان‌ها انواع مختلفی دارند و محدوده‌ای از سرخوشی تا ملال را در برمی‌گیرند بر این اساس هیجان‌های ۱مثبت از نظر کیفی متفاوت از هیجان‌های منفی هستند چون هیجان‌های منفی موجب فراخوانی پاسخ‌های کلیشه‌ای شده، زمینه انحراف توجه به سمت نگرانی‌های درونی شده و محرک‌های درونی تقدم می‌یابد اما هیجان‌های مثبت موجب بهره‌گیری از راهبردهای سازگارانه‌تر و حمایت‌های محیطی مختلف می‌شود.[۶] بنابراین تنظیم هیجان با دربر گرفتن فرایندهای درونی و بیرونی می‌تواند با نظارت، ارزیابی و اصلاح وبازبینی هیجانی به خصوص برشدت و زمان مناسب به پاسخدهی، فرد را در رسیدن به اهدافش کمک کنند.[۷] افراد با توانایی تنظیم هیجان قادر به تشخیص هیجان در خود و دیگران اعم از راهکارهای سازش‌نیافته (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری) و راهکارهای سازش یافته (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، توسعه دیدگاه، تمرکز مجدد مثبت بر برنامه‌ریزی و پذیرش) شده، نسبت به نحوه تاثیر آن آگاهی یافته می‌تواند واکنش مناسب نسبت به هیجانش داشته باشد.[۸] هیجان‌ها که به‌عنوان عوامل واسطه‌ای، بسته به شرایط و موقعیت‌ها، برانگیخته و منجر به تغییر جهت توجه می‌شود و سیستم ارزیابی شناختی را در فرد فعال می‌کنند و منجر به بروز یکسری پاسخ‌های رفتاری و فیزیولوژیکی می‌شود. مطالعات نشان داده که مشکل در تنظیم هیجان در افرادی با سابقه آسیب بین‌فردی رایج است.[۹] دشواری در تنظیم هیجان نقش کلیدی در ترومای کودکی و تحریف‌های شناختی دارد.، به عبارتی تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به طور مستقیم و معنادار ترومای دوران کودکی را پیش‌بینی کند.[۱۰]

سوء رفتار کودکی انجام رفتارهایی آسیب‌رسان عاطفی یا جسمی یا غفلت از کودک توسط والدین یا دیگر مراقبان کودک تعریف شده است که منجر به ترومای کودکی می‌شود.[۱۱] ترومای کودکی به آزارجسمانی، آزارجنسی، غفلت و آزار روان‌شناختی تقسیم می‌شود.[۱۲] لذا حاصل طرد و رهاشدگی واقعی یا خیالی کودک و به نوعی بی اعتبارسازی هیجانی خودش را به صورت غفلت، سرزنش و... نشان می‌دهد. وقتی راهکارهای سازش‌نیافته (ناشی از آسیب کودکی) شدت می‌یابند افراد توجه بیشتری صرف تجربه‌های هیجانی خود کرده، انحراف توجه برای‌شان دشوار می‌شود.[۱۳] در واقع آسیب



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

کودکی با تحت‌تاثیر قراردادن فرایندهای اصلی تنظیم هیجان موجب بروز دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان می‌شود.[۱۴]
طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان الگوی فراگیر و گسترده‌ای از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها و احساسات بدنی تعریف می‌شوند که در ارتباط با روابط میان‌فردی شکل گرفته‌اند، این طرحواره‌ها ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند و در جریان زندگی فرد توسعه می‌یابد و به میزان قابل توجهی معیوب هستند؛[۱۵] این طرحواره‌ها درباره خویش و رابطه با دیگران بوده و به شدت ناکارآمد است. طرحواره‌ها، خود را ازطریق تحریفات شناختی و الگوهای زندگی خودشکنانه و روش‌های کنارآمدن ناسازگارانه تداوم می‌بخشد و به طور مستقیم و معکوس سبب پریشانی روانشناختی می‌شود.[۱۶] طرحواره‌ها اغلب نفوذشان را بر سیستم پردازش اطلاعات، آستانه ناهوشیاری اعمال کرده و حالتی خودآیند دارند[۱۷] لذا از نظر روان‌شناختی افراد را برای اضطراب، روابط ناکارآمد، ترومای دوران کودکی، اختلالات شخصیت و اختلالات روان‌تنی مستعد می‌کند.[۱۸] افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجاناتشان دارند این طرحواره‌ها منعکس کننده شیوه‌هایی هستند که افراد هیجاناتشان را تجربه می‌کنند و باوری است که آن‌ها با برانگیخته شدن هیجانات سازش‌نیافته در مورد طرح مناسبی برای اقدام یا چگونگی عمل‌کردن در هنگام برانگیخته شدن هیجانات ناخوشایند در ذهن دارند.[۱۹] در این راستا طی پژوهشی با بررسی رابطه تنظیم شناختی هیجان و طرحواره‌های ناسازگار نشان داده شد که طرحواره‌های انزوای اجتماعی، شکست، آسیب پذیری به ضرر و بیماری، ایثار و بازداری هیجانی در کنار راهبردهای نشخوار فکری، سرزنش خود و سرزنش دیگران بیشترین قدرت تبیین را دارند، این همراهی به سبب به‌کارگیری روش‌های ناکارآمد نظم بخشی هیجانی در افرادی که با آسیب‌های کودکی روبه‌رو بوده‌اند و در نظر گرفتن محتواهای شناختی این طرحواره‌ها قابل تبیین است.،[۲۰]

همچنین طرحواره‌های ناسازگار در حوزه‌های بریدگی و طرد، گوش‌به‌زنگی و خودپیروی مختل و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی و بازدای بیش از حد می‌توانند درد را در ابعاد مختلف پیش‌بینی کنند؛ از سویی دیگر، خودتنظیمی می‌تواند پیش‌بینی کننده توانمندی برای ابعاد مختلف درد باشد[۲۱].
طرحواره‌های ناسازگار اولیه هم در پاسخ به تعاملات منفی والدین و ارضا نشدن نیازهای روانشناختی فرد به‌وجود می‌آیند فرد را از لحاظ روانی در برابر افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد و بیماری‌های جسمی و روانی آسیب‌پذیر می‌سازد.[۲۲] استرس‌های شدیدی که بعد از تروماها و تجربیات ناخوشایند کودک ایجاد می‌شود، نگاه فرد را با تشکیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه به زندگی و به خود فرد و خودکارآمدی‌اش عوض می‌کند، این تروماها اساسی‌ترین و ابتدایی‌ترین عقاید فرد درباره خود و جهان را تغییر می‌دهد . این عوامل تاثیرخودش را بر روی درد نیز می‌تواند اعمال کند چون تجربه درد به شیوه‌های مختلف در افراد، ممکن است ریشه در دوران کودکی آن‌ها داشته باشد؛ وقتی کودکی با بیماری یا آسیبی روبرو می‌شود نحوه مدیریت درد توسط والدین کودک باعث یادگیری روش‌های مقابله مناسب می‌شود از آنجایی‌که تجربه‌های دردناک دوران کودکی در آینده بر رفتار درد کودک تأثیر می‌گذارد؛ طرحواره‌های دوران کودکی که ریشه در تجارب خوشایند و ناخوشایند و همچنین تروماهای دوران کودکی و نوجوانی دارند از متغیرهای مهمی است که می‌تواند تجربه درد را توجیه کند.[۱۸] نقش این عوامل روانشناختی در شکل‌گیری و تداوم درد مزمن و ناتوانی ناشی از آن، بیانگر موثر بودن این عوامل در شکل‌گیری انواع علایم روان شناختی است؛ پژوهش‌ها حاکی از آن است که متغیرهای روانشناختی معمولاً موثرتر از عوامل زیست‌پزشکی یا زیست‌شیمیایی‌اند.، چون موجب تغییر از حالت حاد به مزمن می‌شوند[۲۳]. در همین راستا در پژوهشی نشان داده شد که درد و هیجان مبانی نوروفیزیولوژیکی



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

زیربنـای مشـترک فراوانـی دارنـد کـه می‌توانـد سـیگنال را تخریـب یـا تقویـت کننـد از سـویی تنظیـم شـناختی هیجـان بـه طـور معنـاداری قـادر بـه پیش‌بینـی مسـتقیم ترومـای دوران کودکـی می‌باشـد و ترومـای دوران کودکـی نقـش واسـطه‌گری بیـن سیسـتم مغـزی - رفتـاری و تنظیـم شـناختی هیجـان را ایفـا می‌کنـد.[۱۰]، همچنیـن میـزان قربانـی شـدن (بـه عنـوان یکـی از مصادیـق ترومـای کودکـی) می‌توانـد پیش‌بینـی کننـده معنـادار مشـکلات جسـمی (دردمفاصـل، کمـردرد، سـردرد...) باشـد.[۲۴] بـا توجـه بـه آنچـه بیـان شـد عوامـل روانشـناختی همچـون طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه، آزاردیدگـی در کودکـی و راهبردهـای تنظیـم شـناختی هیجانـی هریـک می‌تواننـد در شـکل‌گیری و تـداوم درد نقـش داشـته باشـند. لـذا، درک فرایندهـای زیربنـای تنظیـم هیجـان و متغیرهـای شـناختی در اختـلالات درگیـر بـا نگرانـی پاتولوژیکـی از جملـه درد مزمـن می‌توانـد کاربردهـای بالینـی زیـادی داشـته باشـد. بنابرایـن انجـام پژوهش‌هایـی از ایـن دسـت می‌توانـد نقـش مهمـی در توجـه درمانگـر و پژوهشـگران بـه مشـکلات روانشـناختی در مبتلایـان بـه درد داشـته باشـد، پـس بـا توجـه بـه فراوانـی مشـکلات مربـوط بـه افـراد درگیـر مبتـلا بـه اختـلال درد مزمـن و حجـم مطالعـات ناچیـز انجـام شـده در کشـور در ایـن خصـوص و نیـز خـلاء پژوهشـی در زمینـه طرحواره‌هـای اولیـه شـکل گرفتـه بـا توجـه بـه تروماهـای کودکـی، ضـرورت انجـام پژوهـش در ایـن زمینـه مشـاهده گردیـد چـرا کـه نتایـج ایـن پژوهـش می‌توانـد بـرای مشـاوران، متخصصـان حـوزه روانشناسـی بالینـی و سـلامت کـه در حـوزه درمـان مشـکلات روانشـناختی مبتلایـان بـه اختـلال سایکوسـوماتیک و بالاخـص دردهـای مزمـن فعالیـت می‌کننـد کاربـرد داشـته باشـد وسـوالی‌که در ایـن پژوهـش مـورد بررسـی سـت رابطـه هریـک از متغیرهـای ترومای‌کودکـی وطرحواره‌هـای ناسـازگار بـا میانجی‌گـری تنظیـم هیجـان بـر میـزان ادراک درد در افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن چـه تاثیرمسـتقیم یـا غیـر مسـتقیم بـرروی افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن دارد؟

## روش

ایـن پژوهـش از نظـر نـوع هـدف کاربـردی و از لحـاظ روش از نـوع همبسـتگی اسـت و در حیطـه انجـام نیـز در زمـره معـادلات- سـاختاری قـرار می‌گیـرد. نقـش متغیرهـا بـه ایـن ترتیـب بـود کـه ترومای‌کودکـی و طرحواره‌هـای ناسـازگار متغیرهـای مسـتقل، راهبردهـای تنظیـم هیجـان متغیـر وابسـته میانجـی و ادراک درد متغیـر وابسـته اصلـی اسـت. داده‌هـا نیـز بـا نرم‌افزارهـای SPSS 25 و AMOS 24 تحلیـل شـد. جامعـۀ شـامل کلیـه مراجعیـن بـه کلینیک‌هـای درد شـهر تهـران در سـال ۱۳۹۹ بـود کـه از ایـن میـان ۳۰۰ نفـر بـه شـیوه نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند مـلاک ورود آزمودنی‌هـا، داشـتن تشـخصیص اختـلال دردمزمـن، فقـدان ابتـلا بـه بیماری‌هـای سـایکوتیک روانپزشـکی، علاقـه بـه شـرکت در کارپژوهشـی؛ ملاک‌هـای خـروج آزمودنی‌هـا نداشـتن هریـک از ملاک‌هـای ورود و عـدم پاسـخگویی بـه قسـمتی از پرسشـنامه‌ها بـود بـه این‌ترتیـب کـه ابتـدا فهرسـتی از کلینیک‌هـای درد و مطب‌هـای روانپزشـکی مرتبـط بـا درد، چنـد مرکـز بـه قیـد قرعـه (احیـاء، پیـک روانشناسـی، روشـنا، راه سـبز و...) از بیـن مراکـز موجـود در لیسـت انتخـاب شـدند، بـه مراکـز مشـخص شـده مراجعـه شـد، پـس از صحبـت بـا مسـئول کلینیـک و یـا منشـی مطـب موافقـت جهـت انجـام کار پژوهشـی در آن مرکـز اخـذ شـد، بـه منشـی توضیـح داده شـد کـه در زمـان مراجعـه بیمـاران از آن‌هـا سـوال شـود کـه در طـی چنـد هفتـه اخیـر احسـاس درد مزمـن داشـته‌اند؟ چنانچـه پاسـخ مثبـت بـود بـرای آنهـا هـدف پژوهـش توضیـح داده می‌شـد، پـس آنکـه مراجعیـن مـورد نظـر موافقـت خـود را بـرای شـرکت در پژوهـش اعـلام می‌کردنـد پرسشـنامه‌ها در اختیـار آن‌هـا قـرار داده می‌شـد و بـه تمامـی شـرکت‌کنندگان اطمینـان خاطـر در مـورد محرمانـه مانـدن اطلاعـات و تحلیل‌گروهـی داده‌هـا داده شـد.

## ابزار سنجش

پرسشـنامه تنظیـم شـناختی هیجـان گرانفسـکی (CERQ) :یـک ابـزار ۱۸ مـاده‌ای اسـت کـه راهبردهـای تنظیـم



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی با طیف لیکرت پنج درجه‌ای بر حسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد.

در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبردشناختی محسوب می‌شود. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در این پرسشنامه را می‌توان به ۲ دسته کلی: راهبردهای سازش یافته (توسعه دیدگاه، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) و راهبردهای سازش نیافته (سرزنش‌خود، سرزنش‌دیگران، نشخوارفکری، فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری) تقسیم کرد.

طراحان پرسشنامه با اجرای تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی روایی سازه آزمون براساس ۹ عامل تایید کردند. نتایج بررسی پایایی به روش بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله شناختی از ثبات نسبی برخوردارند.، نتیجه بررسی همسانی‌درونی این مقیاس نیز با ضریب آلفای‌کرونباخ در حالت کلی ۰/۸۰ گزارش شد[۲۵] .نتایج تحلیل عامل تأییدی در ایران، مدل دو عاملی این پرسشنامه را تأیید کرد؛ همچنین ضریب پایایی از نوع آلفای‌کرنباخ و بازآزمایی به فاصله ۴ هفته دو عامل راهبردهای مقابله‌ای سازش یافته به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۷۷ و عامل راهبردهای مقابله‌ای سازش‌نیافته به ترتیب ۰/۸۸و ۰/۸۶ گزارش شد.(۲۶) در پژوهش حاضر ضریب اعتباربه شیوه آلفای کرنباخ بین ۰/۶۵ تا۰/۸ برآورد شد.

**پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ (YSQ):** در فرم کوتاه ابزاری ۷۵ ماده‌ای است که جهت دستیابی به اطلاعاتی درباره رابطه بین فرد و محیط که باعث ایجاد پریشانی ذهنی و افکار خودکار منفی می‌شوند، با طیف لیکرت ۶ درجه‌ای براساس ۱۵ خرده مقیاس (هر خرده مقیاس ۵ ماده) در ۵ حیطه طراحی شده‌است که از این قرار است: ۱) طرحواره‌های حیطه بریدگی و طرد (رهاشدگی و بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی و بیگانگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری)، ۲) طرحواره‌های حیطه خودمختاری و خودگردانی (آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته / گرفتار، وابستگی/ بی‌کفایتی)، ۳) طرحواره‌های حیطه محدودیت ناکافی (استحقاق / بزرگ منشی، خویشتنداری و خود انضباط ناکافی)، ۴) طرحواره‌های حیطه جهت‌مندی معطوف به دیگران (اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی/ جلب توجه)، ۵) طرحواره‌های حیطه گوش‌بزنگی/ بازداری (بازداری‌هیجانی، عیب‌جویی افراطی/ معیارهای‌سرسخت). نمره بالا در این پرسشنامه بیانگر سطح بالاتر طرحواره‌های ناسازگارانه در فرد است[۲۷].[۲۸].اعتبار پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند.، این پرسشنامه با مقیاس‌های پریشانی روانشناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارند؛(۲۹)در پژوهشی ایرانی اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای‌کرونباخ برای ۵ حیطه بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ برآورد شد ۳۰). در پژوهش حاضر ضریب اعتباربه شیوه آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا۰/۸ برآورد شد.

**سنجش دیداری درد (VAS) :** این مقیاس جهت تعیین شدت درد در بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد، این ابزار یک معیار ۱۰ درجه‌ای است که طرف چپ آن (صفر بیانگر نداشتن درد) و طرف راست آن (۱۰بیانگر شدیدترین درد است). کسب نمره ۱-۳ نشان دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۸-۱۰ نشان دهنده درد شدید می‌باشد[۳۱]. لذا از آزمودنی خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین صفر تا ۱۰ شدت درد خود را روی خط مشخص کند[۳۲]. در ایران طی پژوهشی به بررسی روایی همگرای پرسشنامه درد مک‌گیل با مقیاس سنجش دیداری درد پرداخته شد که همبستگی ۰/۸۲۷ در سطح معناداری ۰/۰۱ بیانگر روایی همگرای این مقیاس است[۳۳]. در پژوهش دیگر همبستگی ۰/۵۵ در سطح معناداری ۰/۰۱ نشان داد.[۳۴] بررسی روایی همگرای این پرسشنامه با پرسشنامه مک‌گیل نیز در این پژوهش باضریب همبستگی ۰/۶۵ در حد قابل قبول برآورد شد.

**پرسشنامه ترومای‌کودکی برنستاین (CTQ) :** این



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

پرسشنامه یک ابزار ۲۸ ماده‌ای است که به منظور سنجش آسیب‌ها و تروماهای دوران‌کودکی طراحی شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران‌کودکی است، که پنج خرده مقیاس سوءاستفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی را در بر می‌گیرد. دامنه نمرات برای کل پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ در نوسان است. نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر می‌باشد. طراحان پرسشنامه ضریب اعتبار آن را به شیوه آلفای‌کرونباخ پرسشنامه برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. همچنین روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای-کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است.[۳۵] در ایران نیز در پژوهشی که بر روی ۳۰۰ نفر دانشجوی کارشناسی و کارشناسی‌ارشد دانشگاه شهید بهشتی انجام شد، روایی محتوای این پرسشنامه تایید و ضریب آلفای‌کرونباخ بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۹ گزارش شد[۳۶]. در پژوهش حاضر ضریب اعتباربه شیوه آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا۰/۸۲ برآورد شد.

**یافته ها**

در سطح توصیفی در این پژوهش. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی حاکی از آن است که ۱۷۵ نفر (۵۸/۳٪) از افراد گروه نمونه زن و سایرین معادل ۱۲۵ نفر (۴۱/۷٪) مرد می‌باشند. همین طور مشخص شد که در گروه نمونه ۱۰۸ نفر (۳۶٪) بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۸۱ نفر (۲۷٪) بین ۳۶ تا ۴۶ سال، ۵۱ نفر (۱۷٪) تا ۲۵ سال، ۲۸ نفر (۹/۳٪) بین ۴۶ تا ۵۵ سال و ۳۲ نفر (۱۰/۷٪) بیش از ۵۵ سال سن دارند

**جدول۱.** آمار توصیفی متغیرهای پژوهش (شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی)

| | میانگین | میانه | نما | انحراف معیار | کجی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| طرحواره‌های ناسازگار | ۲۰۸/۶۳ | ۲۰۲/۲۵ | ۱۳۵ | ۵۸/۷۹ | ۰/۵۹۸ | ۰/۵۸ |
| راهبردسازش نیافته هیجان | ۲۲/۵۶ | ۲۱ | ۲۱ | ۶/۱۷۳ | ۰/۴۵ | -۰/۱۶۱ |
| راهبرد سازش یافته هیجان | ۲۹/۱۴ | ۲۹ | ۲۹ | ۷/۲۱ | -۰/۲۱۴ | ۰/۲۱۴ |
| ادراک درد | ۸/۰۹ | ۸ | ۶ | ۱/۸ | ۰/۰۶۸ | ۰/۹۵۸ |
| ترومای کودکی | ۰/۳۹۲ | ۱/۰۱ | ۱۱/۷۶ | ۳۸ | ۳۸ | ۴۱/۹۷ |

براساس جدول ۱ نشان داده شد که در آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مقادیر میانگین، میانه و نما به یکدیگر نزدیک می‌باشند که این امر نرمال بودن نمرات را نشان می‌دهد البته مقادیر کجی و کشیدگی با قرار گرفتن بین (۲-) و (۲+) موید این مطلب است. حال پیش از بررسی مدل پژوهش ابتدا مفروضه‌های آزمون بررسی شود.



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

**جدول۲.** ماتریس همبستگی بین متغیرهای وابسته (اصلی و میانجی) و پیش بین (مستقل) پژوهش

| متغیرهای پژوهش | | ۱ | ۲ | ۴ | ۵ |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱) ادراک درد (وابسته اصلی) | ۱ | ۰/۴۹۳** | -۰/۳۰۱** | ۰/۴۷۵** | ۰/۳۰۶** |
| ۲)راهبردهای سازش‌نیافته هیجان (وابسته میانجی) | | ۱ | -۰/۵۱۲** | ۰/۵۰۷** | ۰/۲۱۷** |
| ۳) راهبردهای سازش‌یافته ت هیجان (وابسته میانجی) | | | ۱ | -۰/۲۹۷** | -۰/۲۱۱** |
| **متغیرهای پیش بین** | | | | | |
| ۴)طرحواره ناسازگار اولیه | | | | ۱ | ۰/۲۴۲** |
| ۵)ترومای کودکی | | | | | ۱ |

**P <۰/۰۱ , *P <۰/۰۵

براساس جدول۲نتایج بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داد که بین متغیرهای وابسته (میانجی و اصلی) با متغیر مستقل همبستگی ضعیف (۰/۲۱۷) تا قوی (۰/۵۱۲-) معنادار وجود دارد.

**جدول ۳.** شاخص‌های بررسی هم خطی (عامل تورم واریانس و ضریب تحمل)

| متغیر | ضریب تحمل | عامل تورم واریانس |
|---|---|---|
| راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان | ۰/۵۹۹ | ۱/۶۷ |
| راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان | ۰/۷۲۷ | ۱/۳۷۵ |
| طرحواره‌های ناسازگار اولیه | ۰/۷۲۴ | ۱/۳۸۱ |
| ترومای کودکی | ۰/۹۱۸ | ۱/۰۹ |

براساس جدول ۳- مفروضه عدم هم‌خطی در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است، زیرا مقادیر ضریب‌تحمل کمتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین بالاتر از ۱۰ نیست. منطبق بر دیدگاه میرز[۳۷] ضریب تحمل بالاتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ نشان دهنده هم‌خطی است.



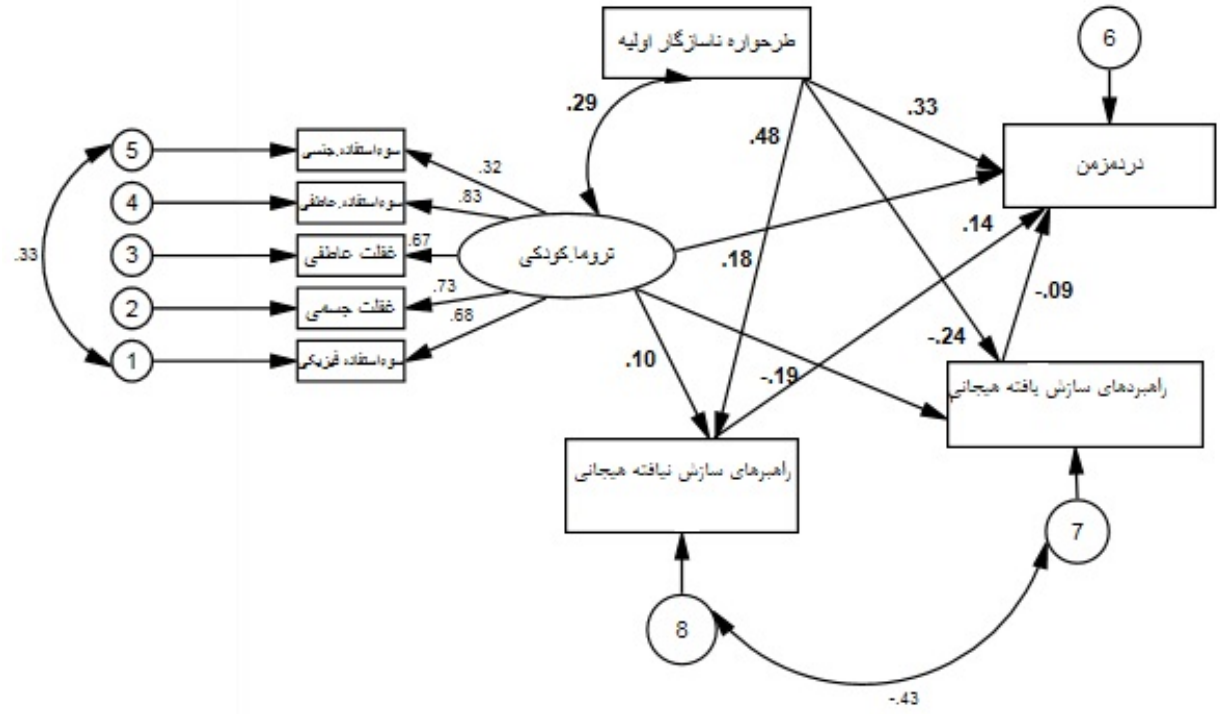
[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

**جدول ۴.** شاخص‌های برازندگی مدل در تحلیل عامل تاییدی هریک از پرسشنامه‌های پژوهش

| شاخص‌های برازندگی | $\chi^2$ | $(\chi^2/df)$ | CFI | GFI | AGFI | RMSEA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| طرحواره‌های ناسازگار اولیه | **۲۲۷/۱۹۴ | ۴/۴۵۵ | ۰/۹۱۵ | ۰/۹ | ۰/۸۱۲ | ۰/۱ |
| ترومای کودکی | **۸/۳۱۹ | ۲/۷۷۳ | ۰/۹۸۹ | ۰/۹۸۹ | ۰/۹۴۶ | ۰/۰۷۷ |
| راهبردهای سازش‌یافته وسازش‌نیافته هیجان | **۳۴/۴۳۴ | ۱/۳۲۴ | ۰/۹۸۶ | ۰/۹۷۶ | ۰/۹۵۹ | ۰/۰۳۳ |
| راهبردهای تنظیم هیجان (کلی) | **۶۰/۲۲۷ | ۲/۳۱۶ | ۰/۹۴۳ | ۰/۹۵۶ | ۰/۹۲۳ | ۰/۰۶۶ |
| نقاط برش قابل قبول | ۰/۰۵> | ۵> | >=۰/۹۰ | >=۰/۹۰ | =>۰/۸ | <=۰/۱ |

**P <۰/۰۱ , *P <۰/۰۵

همچنان که جدول۴- نشان می‌دهد مطابق با نقاط برش قابل قبول، برازش برای هریک از پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ترومای‌کودکی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (در حالت کلی و به تفکیک راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته) درحد مطلوب برآورد می‌شود.




**نمودار ۱:** مدل تحقیق در قالب استاندارد (β)



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

در شکل ۱که به بررسی مدل معادلات‌ساختاری پرداخته شد با در نظر گرفتن راهبردهای (سازش‌یافته و سازش‌نیافته) تنظیم هیجان (به تفکیک یا همزمان) به عنوان متغیرهای میانجی، شاخص‌ها با مقادیر ($\chi^2$/df=۱/۸۰۴ و NFI،TLI، IFI، AGFI، GFI، CFI =>۰/۹ و RMSEA <۰/۰۸) برازش قابل قبول مدل را نشان دادند.

**جدول ۵.** بررسی روابط در مدیابی معادلات‌ساختاری (ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم)

| | | b | S.E | β | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ضرایب مسیر کل | طرحواره ناسازگار اولیه ← راهبردهای سازشنیافته هیجان | ۰/۰۵ | ۰/۰۴۷ | ۰/۴۷۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | طرحواره ناسازگار اولیه ← راهبردهای سازشیافته هیجان | ۰/۰۳ | ۰/۰۵۷ | -۰/۲۴۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | طرحواره ناسازگار اولیه ← ادراک درد | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۴۸ | ۰/۴۱۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | ترومایکودکی ← راهبردهای سازشیافته هیجان | ۰/۴۴ | ۰/۰۵۸ | ۰/۱۰۱ | ۰/۰۸۵ |
| | ترومایکودکی ← راهبردهای سازشنیافته هیجان | -۰/۹۴ | ۰/۰۶۶ | -۰/۱۸۵ | ۰/۰۰۷ |
| | ترومایکودکی ← ادراک درد | ۰/۲۷۱ | ۰/۰۵۸ | ۰/۲۱۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | راهبردهای سازشنیافته هیجان ← ادراک درد | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۶۳ | ۰/۱۴۲ | ۰/۰۲۴ |
| | راهبردهای سازشیافته هیجان ← ادراک درد | -۰/۰۲۱ | ۰/۰۵۸ | -۰/۰۸۶ | ۰/۱۲۸ |
| ضرایب مسیر مستقیم | طرحواره ناسازگار اولیه ← راهبردهای سازشنیافته هیجان | ۰/۰۵ | ۰/۰۴۷ | ۰/۴۷۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | طرحواره ناسازگار اولیه ← راهبردهای سازشیافته هیجان | -۰/۰۳ | ۰/۰۵۷ | -۰/۲۴۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | طرحواره ناسازگار اولیه ← ادراک درد | ۰/۰۱ | ۰/۰۵۶ | ۰/۳۲۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | ترومایکودکی ← راهبردهای سازشنیافته هیجان | ۰/۴۴ | ۰/۰۵۸ | ۰/۱۰۱ | ۰/۰۸۵ |
| | ترومایکودکی ← راهبردهای سازشیافته هیجان | -۰/۹۴ | ۰/۰۶۶ | -۰/۱۸۵ | ۰/۰۰۷ |
| | ترومایکودکی ← ادراک درد | ۰/۲۳۳ | ۰/۰۵۸ | ۰/۱۸۴ | ۰/۰۰۲ |
| | راهبردهای سازشنیافته هیجان ← ادراک درد | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۶۳ | ۰/۱۴۲ | ۰/۰۲۴ |
| | راهبردهای سازشیافته هیجان ← ادراک درد | -۰/۰۲۱ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۸۶ | ۰/۱۲۸ |
| اثر غیر مستقیم | طرحواره ناسازگار اولیه ← ادراک درد | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۲۹ | ۰/۰۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| | ترومایکودکی ← ادراک درد | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۱۶ | ۰/۰۳ | ۰/۰۱۹ |



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

براساس جدول ۵ میانجی‌گر راهبردهای تنظیم هیجان: ضریب مسیر غیرمستقیم بین طرحواره‌های ناسازگار (P<۰/۰۵، β=۰/۰۸۸) و ادراک درد و همچنین بین تروما کودکی (P<۰/۰۵، β=۰/۰۳) و ادراک درد در افراد مبتلا به درد مزمن معنادار است.، بنابراین طرحواره‌های ناسازگار و تروما‌ی‌کودکی با میانجیگری راهبردهای تنظیم هیجان بر میزان ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن تاثیر می‌گذارد. اما باتوجه به این که در مسیر ضرایب مستقیم مسیر بین تنظیم هیجان مثبت و ادراک درد معنادار نیست (P<۰/۰۵، β=۰/۰۸۶) مشخص می‌شود که در زمان اعمال دو میانجی به‌صورت همزمان فقط تاثیرات راهبردهای سازش-نیافته تنظیم هیجان (P<۰/۰۵، β=۰/۱۴۲) می‌تواند رابطه بین طرحواره ناسازگار و ترومای کودکی با ادراک درد مزمن را میانجی‌گری کند.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطابق نتایج ابتدا مشخص شدکه ترومای کودکی با میانجیگری راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان بر روی ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن تاثیر غیرمستقیم دارد. این نتایج تا حدودی همسو با نتایج تحقیق حسینی (۱۳۹۸)[۴۱]، خسروی و پژوهش (۱۳۹۶)[۱۰]، بهرامی و همکاران (۱۳۹۶)[۶]، گروس (۲۰۰۱[۸۸])شان دادندکه، راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند در روابط بین متغیرهای تروما‌ی‌کودکی با ادراک درد نقش داشته باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت: تروماهای دوران‌کودکی تجربیاتی فراتر از توانایی‌های هیجانی کودک هستند که بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان تاثیر مخربی دارند، یکی از این اثرها، اختلال‌های هیجانی است که به موجب آن کودک به بدتنظیمی هیجانی (انکار، بی‌حسی هیجانی، تجزبه) اتکا می‌کند تا بتوانند بقای روانی خود را تنظیم کند. سوء استفاده جنسی، هیجانی و غفلت در دوران‌کودکی می‌تواند بر شناخت افراد تاثیر گذاشته، بدین‌ترتیب با شکل‌گیری تحریف‌ها و خطاهای شناختی، ناتوانی‌های مزمن در مقابله با نوسان هیجان‌ها ایجاد شده و در نتیجه با افزایش اختلال‌های هیجانی عدم توفیق در بکارگیری راهبردهای سازگارانه هیجان حاصل می‌گردد[۳۸].

نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت‌های شناختی نمادین در افراد با تروما‌ی‌کودکی عامل آسیب‌پذیری آن‌ها در مقابله با استرس و فشارزاهای روانی است و در این میان درد می‌تواند مسیری باشد که از طریق آن عواطف و احساسات فرد در رابطه با عوامل استرس‌زای زندگی (تروما‌ی‌کودکی)، خود را در قالب نشانه‌های بدنی متجلی می‌سازد[۳۴] در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سوء استفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی‌مدت دوران‌کودکی با احساس ضعف در سلامت جسمی (درد مزمن شاهدی بر آن است) همراه است[۳۹]، پس بی‌توجهی به نیازهای اولیه و آزارهای جسمی در دوران‌کودکی می‌تواند مانند یک کاتالیزور در بزرگسالی عمل کند، به‌طوری که احساس‌های مزمن و شدید دیسفوریک، تجربه‌های پارانوییدی گذارا، تکانش‌وری در قالب رفتارهای خودتخریب‌گرایانه در بزرگسالی ممکن است ناشی از تجربیات اولیه آزاردهنده باشد.

همچنین مطابق نتایج مشخص شد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری تنظیم هیجان بر روی ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن تاثیر غیرمستقیم دارد. نتایج این پژوهش تا حدودی همسو با نتایج تحقیقاتی چون تحقیقات: ذبیح‌ا...زاده و همکاران (۱۳۹۸)[۴۰]، مک‌دونالد و همکاران (۲۰۱۵)[۴۱]، بالسامو و همکاران، (۲۰۱۵)،[۴۲]نشان دادند که، حوزه‌های طرحواره می‌توانند ابعاد مختلف درد و توان ادراک آن را پیش‌بینی کنند؛ همچنین خودتنظیمی هیجانی می‌تواند پیش‌بین توانمندی برای ادراک درد باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت: طرحواره‌ها به عنوان چارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می‌روند که افراد توسط آن مفهوم زندگی خود را می‌سازند در این بین بعضی افراد به منظور رویارویی با مشکلات و حوادث منفی و آسیب‌زای دوران‌کودکی اقدام به ایجاد برخی طرحواره‌های ناسازگار می‌کنند، اگرچه این طرحواره‌ها و شیوه‌های مقابله‌ای در دوران‌کودکی کارکرد خوبی برای آن‌ها دارند، ولی بهره‌گیری از آن‌ها در بزرگسالی موجب مقابله ناسازگارانه فرد با مشکلات



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

می‌شود چون فعال شدن آن‌ها باعث می‌شود فرد رویدادها و محرک‌های محیطی را به شکلی منفی ارزیابی و تفسیر کند و آن‌ها را تهدیدآمیز دانسته حجم وسیعی از هیجان‌های منفی و آزاردهنده را تجربه می‌کند.[۴۲] این الگوهای شناختی و هیجانی ناکارآمد (طرحواره‌های ناسازگار اولیه(، فرایند مهار و مدیریت هیجان‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد)دشواری تنظیم هیجان) و زمینه را برای شکل‌گیری یا تداوم مسائل و مشکلات فرد هموار می‌کند.

مطابق تحقیقات افرادی که بیشتر از راهبرد سازش‌نیافته تنظیم هیجان چون نشخوار ذهنی، درماندگی و فاجعه‌سازی استفاده می‌کنند بیشتر مستعد استفاده از سرکوب هیجانات و افکار ناخواسته‌اند، لذا تحمل کمتر و درد بیشتر ی را ادراک می‌کنند چون تلاش می‌کنند تا شدت درد جسمانی و رنج روانی شان را با شیوه‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان کاهش دهند، بنابراین درد را برای مدتی طولانی‌تر با شدت بیشتر ادراک می‌کنند[۴۳]. اما ارزیابی مجدد از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با کاهش درد مرتبط است تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن‌آگاهی با بهزیستی روانشناختی در افراد با بیماری‌های مزمنی چون سرطان ارتباط مستقیمی دارد.[۴۴] مطابق آنچه بیان شد، می‌توان نظم‌بخشی هیجانی را به عنوان متغیری کلیدی در سازگاری دراز مدت با درد در نظر گرفت چون مجموعه‌ای از فرایندهایی را در بر می‌گیرد که با کنترل، ارزیابی و یا حتی تغییر واکنش‌های هیجانی، می‌خواهد فرد در راستای دستیابی به اهدافش، عملکرد مناسبی داشته باشد؛ بنابراین به واسطه آن افراد مبتلا به درد مزمن می‌توانند برای پاسخ به رویدادهای پرتنش از طریق اصلاح در پردازش اطلاعات و استفاده از راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان با بیماری خود سازگار شوند، چون این راهبردها موجب تعدیل حالت هیجانی ناخوشایند ناشی از درد می‌شود.

به طور کلی نتیجه پژوهش حاضر، حاکی از آن بود که میزان آسیب های‌دوران‌کودکی و طرحواره‌های ناسازگار خود آسیب‌رسانی که در مراحل اولیه رشد کودک شکل می‌گیرد به واسطه تنظیم راهبردهای سازگارانه یا ناسازگارانه هیجان‌ها، به طور غیرمستقیم بر سطح ادراک درد افرد مبتلا به درد مزمن تاثیر می‌گذارد. راهبردهای غیرانطباقی و سازش‌نیافته هیجان‌ها (مثل سرکوب) با تشدید شدت آسیب‌های دوره‌کودکی و تقویت استفاده از طرحواره‌های ناسازگار متعاقبا باعث افزایش میزان درد (مزمن) می‌شود. تنظیم انطباقی هیجانات، از طریق راهبردهای سازش‌یافته (مثل ارزیابی مجدد) نیز موجب کاهش آسیب‌های دوره‌کودکی و استفاده از طرحواره‌های سازگار و به‌دنبال آن کاهش میزان درد (مزمن) می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش: شامل، فقدان کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی مثل سن، عوامل اجتماعی، اقتصادی که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط روبرو می‌کند؛ محدودیت دیگر، وضعیت نامطلوب جسمانی و گاها روانی بیماران در موقعیت اجرا است. درد از جمله مولفه‌هایی است که بار فرهنگی (میزان تحمل و واکنش به آن متفاوت است) دارد لذا چون این پژوهش در تهران انجام شده تعمیم نتایج آن به دیگر فرهنگ‌ها با محدودیت روبرو است. با توجه به محدودیت مطرح شده در پژوهش‌های آتی به جهت افزایش تعمیم پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود این روند پژوهشی در مناطق و مختلف کشور انجام پذیرد. از آنجایی‌که، تمرکز برای درمان درد مزمن بیشتر روی جنبه زیستی قرار گرفته در حالی‌که عوامل روانی نقش نگهدارنده بیماری را دارند؛ در یک طرح تعاملی پزشکان فعال در حوزه درد به همراه روانشناسان می‌توانند با ارجاع به‌موقع بیماران و بهره‌گیری آنها از مدل جامع درمان به بیماران مبتلا به درد مزمن کمک شایانی کنند. از سویی‌دیگر، با توجه به اثرات زیانبار طرحواره‌های ناسازگار که در مراحل اولیه رشد شکل می‌گیرد و بر عملکرد شخص در بزرگسالی تاثیر می‌گذارد پیشنهاد می‌شود شیوه‌های تعاملی موثر و نیز روش‌های رویارویی با طرحواره (طرحواره درمانی) جهت کاهش پیامدهای منفی‌ای چون مشکلات روانی-جسمانی آموزش داده شود.

کد اخلاق پژوهش: IR.IAU.R.REC.1400.016



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

## References


1. Breivik,H.,Collett,B.,Ventafridde, V., Cohen, R.&Gallacher, D.(2006). Survey of chronic pain in Europe: perevalence,impact on daily life and treatment. European Jornal of pain,10,287-333.
2. Yadavari, M., Naderi, F., Makvandi, B&Hafezi, Far. (2020). Effectiveness of metacognitive therapy on pain catatrophizing and quality of life in patients with chronic pain. Journal of Disability Studies,(10), 134.{persian}
3. Hazinski, MF. (2013).Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade. 3rd ed. Chapter 5:Nursing care of the critically ill child. Europe :prevalence impact on daily life,and treatment. European journal of pain;(10):287_333.Elsevier Mosby. 78.
4. Nicholas, M. K., Coulston, C. M., Asghari, A., & Malhi, G. S. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain. The Medical Journal of Australia, 190(7), S66-S70.
5. Matin, H., Akhavan Gholami, M&Ahmadi, p. (2018). The effectiveness of emotion regulation training on parent-child interaction of mothers with children with learning disabilities, Journal of Learning Disabilities, 8(1), 70-89.{persian}
6. Bahrami, A., Mohaqeqi, H&Yaghoumi, A. (2017). The effect of negative emotion management skills training on anxiety thoughts of parents of autistic children, Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies, 7(26), 133-147. {persian}
7. Shafi'i, A., Fakharian, A., Omidi, A., Akbari, H and Delpisheh, A. (2020). Emotion regulation problems in patients with mild brain injury compared to healthy subjects. Journal of Medical Sciences, Ilam University, (7), 132-143. {persian}.
8. Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Current Directions in Psychological Science, 10(6):214-19.
9. Samuelson, K. W., Krueger, C. E., & Wilson, C. (2012). Relationships between maternal emotion regulation, parenting, and children's executive exposed to intimate functioning in families partner violence. Journal of Interpersonal Violence, 27 (17): 3532–3550.
10. Khosravi, P., (2017). Relationship between brain-behavioral cysts and cognitive emotion regulation: with the mediating role of childhood trauma in suicide attempters, 2nd National Conference on Psychology and Counseling, Isfahan. {persian}
11. Cattaneo A, Macchi F, Plazzotta G, Veronica B, Bocchio-Chiavetto L, Riva MA, et al.(2015). Inflammation and neuronal plasticity: a link between childhood trauma and depression pathogenesis. Front Cell Neurosci. 9:40.
12. Homaynejad, H., Karbala'i, A., Miguni, M and Taghilu, p., (2018). Structural pattern of childhood injury, cognitive emotion regulation strategies and borderline personality symptoms. Journal of Clinical Psychology, 10(3), 35-47. {persian}.
13. Selby, EA., Joiner ,TE, Jr.(2009). Cascades




[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. Rev Gen Psychol.;13(3):219.

14. Habibi, D., Amiri Majd, M&D. and Karimi, R.R. (2020). Prediction of depression based on early life traumas and primary maladaptive schemas in children 7-12 years old. Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education, 3(24), 12-23. {persian}
15. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Press; 2003.
16. Nazarboland, N., Amini Yeganeh, P., Fallahzadeh, E. (2019). Early maladaptive schemas and metacognitive beliefs and cognitive emotion regulation strategies of foster adolescents in comparison with non-developmental adolescents, Journal of Disability Studies, 9. {persian}
17. Heshmati, R., Zamanizad, N and Adorative, M. (2017). Structural equation modeling of chronic pain erythema determination: the role of early maladaptive schemas and underlying consciousness. Quarterly Journal of Anesthesiology and Pain, 7(4), 33-44. {persian}
18. Leahy, R. L., Beck, J. & Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy for the personality disorders. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
19. Malek Asgar, S., Hedayati, M & Askarrmaki, S.(2020). Investigating the relationship between primary maladaptive schemas and cognitive strategies of emotion regulation, National Conference on Research and Innovation in Psychology, with a special focus on third wave therapeutic approaches. {persian}
20. Hosseini, M., Mehrabi, A., Shahbazi, H.R. and Hoshyar, S. (2015). The relationship between primary and emotional self-regulation schemas with dimensions of pain, 2nd International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences. {persian}
21. Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorder: A schema-focused approach. Florida: Professional Resource Press.
22. Abdul Qadri, B., Kafi, M., Mahaberi, A., Arianpouran, S. (2013), Effectiveness of mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy on reducing pain, anxiety and anxiety in patients with chronic low back pain, Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, 21(6), 79580. {persian}
23. Miller_Graff,L.E.,Cater,A.K.,Howell.K.H.,& Graham_Bermans,S.A.(2015).Victimization in childhood: General and specific associations with physical health problems in young adulthood. Journal of psychosomatich Research,79,265_271.
24. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual Differences, 40, 1659-1669.
25. Mohsen Abadi H, Fathi Ashtiani A. (1400). Psychometric properties of Persian version of short form cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ-18). Monitoring. 20 (2) :178-167. {persian}



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

26. Divandari, H, Ahi, Q, Akbari, H, Mahdian, H. (2009). Short Form of Young Schema Questionnaire (SQ-SF): A Study of Psychosomatic Characteristics and Factor Structure Among Students of Islamic Azad University, Kashmar. Educational Journal of Islamic Azad University, Bojnord University. 20( 2):104-133. {persian}
27. Smyth, J.M., Donielle,A. (2009). Recent evidence Supports emotion_regulation in terrentions for improving health in at_risk and clinical populations,Current opinion in psychiatry, 22(2),205_210.
28. Lotfi, Reza. (2006). Comparison of primary maladaptive schemas in patients with acquired personality disorder and healthy subjects. M.Sc. thesis in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University. {persian}
29. Albakl, G. (2016). Comparison of problem solving styles, sense of cohesion and maladaptive schemas in divorced women on the doorstep of divorce and married in Ahvaz. Master's Thesis in Psychology. Islamic Azad University, Ahvaz. {persian}
30. Mendelson G, Selwood TS.(1981). Measurement of chronic pain: A correlation study of verbal and nonverbal scales. Journal of Behavioral Assessment. 3(4): 263-269.
31. Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns andpsychological symptomatology. Body Image, 8, 224-231.
32. Moradifar, M. (2013). Psychometric properties of McGill pain questionnaire according to life expectancy in coronary heart disease patients. Master's thesis in Psychometrics. Islamic Azad University, Central Tehran University. {persian}
33. Mousavi, F. Golmakani, N. (2018). Comparison and equilibriruity of visual scale and different short form of McGill pain questionnaire in post-cesarean pain assessment. Journal of Urmia School of Nursing and Midwifery.16(9), 622-630. {persian}
34. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse and Neglect, 27 (2), 169-190.
35. Pourshahriar, H,Alizadeh, H, Rajainia, K. (2018). Experience of childhood emotional abuse and characteristics of borderline personality disorder in adulthood: the mediating role of attachment styles and emotional regulation. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior), 24(2), 153-162. {persian}
36. Myers SG, Wells A.(2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. Anxiety Stress Copin . 28(6): 634-49.
37. Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T & et al. (2011). trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. Child Abuse Neglect, 35, 647-54.



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]

38. Hagemann D, Waldstein SR, Thayer JF.(2003). Central and autonomic nervous system integration in emotion. Brain and Cognition. 52(1):79–87. doi: 10.1016/s0278-2626(03)00011-3.

39. Zabihollahzadeh F, rashvand P, nemattavousi M. Comparing early maladaptive schemas, emotional regulation and coping strategies in patients with multiple sclerosis and healthy people. Rooyesh. 2019; 8 (4) :93}-100. [Persian}

40. MacDonald, k., Sciolla, AF, Folsom, MD, Bazzo, D., Searles, C., Moutier,C.,thomas, ML., Borton,K & Norcross,B. (2015). Corrigendum to Individual Risk Factors for physicican Boundery Violation.

41. Balsamo, M., Carlucci, L, Sergi, M.R, Mudock,K.(2015). the mediating Role of Early Maladaptive schemas in the Relation between Corumination and Depression in young Adults, plosone10(10)1_14.

42. Masedo, A. I. , & Esteve,M. R . (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. Behaviour Research and Therapy, 45(2), 199-209.

43. Karbala'i, M,Yazanbakhsh, K,Karimi, P. Prediction of psychological well-being based on emotion regulation, cognitive flexibility and mindfulness in cancer patients.Journal of Health Psychology.10(37), 141-160. {persian}.

[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-19 ]