

## پیش‌بینی ادراک درد بر اساس تروما در دوران کودکی با میانجی‌گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به درد مزمن

مونا عباسی<sup>۱</sup>، \*هایده صابری<sup>۲</sup>، افسانه طاهری<sup>۳</sup>  
۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.  
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.  
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۰۵)

## Prediction of Pain Perception based Childhood Trauma Mediated by Emotional Regulation in People with Chronic Pain

Mona Abbasi<sup>1</sup>, \*Hayedeh Saberi<sup>2</sup>, Afsaneh Taheri<sup>3</sup>

1. Ph.D. Student in Health Psychology, Roodehen Islamic Azad University.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roodehen Islamic Azad University.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roodehen Islamic Azad University.

Original Article

(Received: Sept. 21, 2021 - Accepted: Jan. 25, 2022)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** Chronic pain affects a person's thinking, performance and feelings, causing various limitations in a person's life. The aim of this study was to determine the relationship between pain perception based on childhood trauma and mediated emotion regulation in people with chronic pain. **Method:** The method of the present study is a descriptive correlational method of structural equation modeling (path analysis). From patients referred to pain clinics in Tehran in 1399, 300 patients with chronic pain were selected by convenience sampling. The instruments used in this study included Granfsky and Craig's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Bernstein Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Visual Pain Scale (VAS). SPSS and Amos software were used to analyze the data. **Findings:** The results indicate that each of the positive and negative emotion regulation strategies plays a mediating role in the relationship between pain perception and childhood trauma in patients with chronic pain. **Conclusion:** The tendency of individuals to use positive or negative cognitive emotion regulation strategies can be a determining factor in the impact of childhood trauma on the perception of chronic pain.

**Keywords:** Pain Perception, Childhood Trauma, Emotion Regulation, Chronic Pain.

### چکیده

**مقدمه:** درد مزمن بر نوع تفکر، عملکرد و احساس فرد تأثیر گذاشته، باعث بروز محدودیت‌های گوناگون در زندگی فرد می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ادراک درد بر اساس تروما در دوران کودکی با میانجی‌گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به درد مزمن بود. روش: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) است. از بین مراجعین به کلینیک‌های درد شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تعداد ۳۰۰ بیمار مبتلا به درد مزمن به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به کاررفته در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و کرایچ (CERQ)، ترومای کودکی برنستاین (CTQ) و مقیاس بصری سنجش درد (VAS) بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و Amos استفاده شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی از آن است که هرکدام از راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان در رابطه بین ادراک درد و ترومای کودکی مبتلایان به درد مزمن نقش میانجی ایفا می‌کند. نتیجه‌گیری: گرایش افراد به بهره‌گیری از راهبردهای مثبت یا منفی تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده در تأثیر ترومای کودکی بر میزان ادراک درد مزمن باشد.

**واژگان کلیدی:** ادراک درد، ترومای کودکی، تنظیم هیجان، درد مزمن.

\*Corresponding Author: Hayedeh Saberi

\*نویسنده مسئول: هایده صابری  
Email: h.Saberi@riau.ac.ir

## مقدمه

پروتز<sup>۴</sup>، (۲۰۱۹)؛ در این راستا در پژوهشی مشخص شد که بیماران با درد مزمن در مقایسه بیماران با درد حاد نقاط دردناک بیشتری دارند و داروهای بیشتری مصرف می‌کنند؛ اما شدت درد و ناتوانی‌شان در طول دوره درمان کمتر کاهش پیدا می‌کند (وصال و نشاط دوست، ۱۳۹۸). احساسات درد در بدن منشأ جسمانی متفاوت دارند؛ آگاهی و پذیرش نسبت به درد و بیان احساسات در آن زمینه می‌تواند تسکین‌دهنده درد افراد مبتلا به درد مزمن باشد؛ به عبارت دیگر نحوه ادراک درد در افرادی با درد مزمن می‌تواند نقشی تعیین‌کننده در بهبود آن داشته باشد؛ ادراک درد در سه بعد عاطفی، هیجانی و رفتاری نمود می‌یابد (کارلتون، افیفی، تالیو، تورنر، الگابالوی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) که تحت تأثیر عوامل مختلفی چون عوامل فرهنگی، تجارب و برداشت‌ها، موقعیت‌های تربیتی و خانوادگی قرار دارند و می‌توانند زمینه ادراکی هر فرد را به مفهوم درد شکل دهند (فینگولد، بریل، گورآریش، دلایهو و لوهان<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸)، تحقیقات نشان داده که متغیرهای روانشناختی گوناگونی چون محرومیت از خواب (استرومل - اسپچدر، کاندرومن و لاتن باچر<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰)، اختلالات و آشفتگی‌های روانشناختی (گچل، چنگ، پترز، فوجز و ترک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ کیانی، صباحی، مکنونده‌حسینی، رفیعی نیا و آل بویه، ۱۳۹۹)، رویدادهای استرس‌زای زندگی، نقص در

درد انعکاسی از درک اطلاعات دردزا است (با منبع خارجی مثل شوک الکتریکی و یا منبع درونی مثل پاره شدن عضلات) وقتی مغز این اطلاعات را پردازش می‌کند فرد به‌طور ناخودآگاه در مورد موقعیت، شدت، ویژگی‌های حسی و هیجانی آن فکر می‌کند، لذا به‌صورت رفتاری پیچیده در صورت، بدن و کلام ظاهر می‌شود که البته متأثر از تفاوت‌های فردی است (گیلام، گروس، وانگر و مک‌کی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰) بنابراین درد شناخت‌ها، باورها و انتظارات را تحت تأثیر قرار می‌دهد (خرا و رنگاسمی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱؛ توبیماتسو<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰) که به‌عنوان تجربه‌ای چندبعدی تمام یا بخش اعظمی از جنبه‌های زندگی را متأثر از خود می‌سازد (یادآوری، نادری، مکوندی و حافظی، ۱۳۹۹)؛ درد واکنشی طبیعی و سازگارانه است که بدن را از آسیب‌های واقعی و احتمالی محافظت می‌کند چون توجه فرد را به مناطقی از بدن که نیازمند مراقبت فوری است، جلب می‌کند. دردها از نظر مدت به دو نوع حاد و مزمن تقسیم می‌شوند، درد حاد شروع سریع و کوتاه‌مدت دارد، بنابراین نقشی محافظتی و انطباقی بر عهده دارد (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵)؛ اما درد مزمن ماهیت پیچیده و سبب‌شناسی مبهم دارد و به سبب ایجاد تغییرات در سراسر سیستم عصبی، غالباً با گذشت زمان بدتر می‌شود. ادامه‌دار شدن درد که فاقد ارزش زیستی است و بین سه ماه تا شش ماه به طول می‌انجامد (پیتچر، ونکروف، بوشنل و

4. Pitcher, Von Korff, Bushnell & Porter  
5. Carleton, Afifi, Taillieu, Turner, ElGabalawy  
6. Feingold, Brill, Goor-Aryeh, Delayahu & Lev-Ran  
7. Stroemel-Scheder, Kundermann & Lautenbacher  
8. Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk

1. Gilam, Gross, Wager, Keefe & Mackey  
2. Khera & Rangasamy  
3. Tobimatsu

بر محرک‌های درد که در شبکه قشری وسیعی چون نواحی حسی جزیره‌ای و سینگولی و همچنین پیشانی و آهیانه‌ای واکنش ایجاد می‌کنند (تویماتزو، ۲۰۲۱) تأثیر بگذارد؛ بنابراین، با تنظیم و کنترل هیجان به‌عنوان یک فرایند نظارتی می‌توان به اصلاح فعال‌سازی هیجانی در طیف گسترده‌ای از موقعیت‌ها پرداخت که اثرات بالقوه‌ای در کاهش درد و ناراحتی‌های هیجانی دارند (کونگ، راسل و لوکاس<sup>۸</sup>، ۲۰۲۱؛ یزدان‌فر، منشی و قمرانی، ۱۳۹۹؛ رضایی و فتح، ۱۳۹۹؛ پارا - دلگادو و لاتور - پستیگو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳؛ عربی و باقری، ۱۳۹۶).

تنظیم هیجان گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار یا ناهشیار است که از آن برای کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان استفاده می‌شود (متین، اخوان غلامی و احمدی، ۱۳۹۷). به‌این‌ترتیب، هیجان‌های منفی با فراخوانی پاسخ‌های کلیشه‌ای، زمینه انحراف توجه به نگرانی‌ها و محرک‌های درونی را ایجاد می‌کنند؛ اما هیجان‌های مثبت موجب بهره‌گیری از راهبردهای سازگارانه‌تر و حمایت‌های محیطی گوناگون می‌شوند (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ این‌گونه است که تنظیم هیجان با نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به‌خصوص شدت و زمان آن‌ها، فرد را در رسیدن به اهداف یاری می‌کند (شفیعی تبار، اکبری چرمهینی و مولایی یساولی، ۱۳۹۹؛ کونگ و همکاران، ۲۰۲۱). توانایی تنظیم هیجان فرد را قادر به تشخیص هیجان (منفی و مثبت) در خود و دیگران می‌کند،

کنترل مهاری (هینز، فرود، ایوانز، جلسویک و کران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱) میزان تاب‌آوری و شدت درد (یزدی ریوندی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ الگوهای ارتباطی خانواده (منصوری فر، رضایی جمالویی و امامی نجفی دهکردی، ۲۰۲۱)؛ ترس از حرکت و فاجعه‌سازی درد رستمی، هادی‌زاده شالدهی و پورخاقان، ۱۳۹۸؛ خجوی، طاهری‌زاده، ثمری و آهی، ۲۰۲۱)؛ رگه‌های شخصیتی (نایلور، بوئاگ و گاستین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷) و حالات هیجانی (احساسی) (گیلام، ۲۰۲۱؛ کریشنال<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶) می‌توانند در میزان ادراک درد بیش‌ازحد تغییراتی اعمال کنند. سازه‌های درد و هیجان‌ها از نظر مفهومی و عملکردی به‌طور قابل ملاحظه‌ای با هم در تلاقی هستند (گیلام، ۲۰۲۱). درد به‌عنوان تجربه‌ای حسی و عاطفی، رابطه دوطرفه بین درد و احساس (هیجان) را نشان می‌دهد (یعقوبی جامی، هان، تواد<sup>۴</sup>، منصوری و هوسر<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱؛ مک کی و کائو، ۲۰۱۹). بر این اساس هیجان که طبق (تصویر برداری مغناطیسی کارکردی<sup>۶</sup>) در مردان نواحی قشر پیش‌پیشانی داخلی، قشر قدامی سینگولا، قطب پیشانی و هسته مدیودورسال تالاموس و در زنان نواحی آمیگدال دوطرفه، هیپوکامپ و نواحی مغز میانی پشتی از جمله کلیکولوس خاکستری/نخاعی دور شکمی و ناحیه زردی مغز را بیشتر فعال می‌کند (فیلکوسکی، السون، دودا، وانگر و ساباتینلی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷) می‌تواند

1. Hinze, Ford, Evans, Gjelsvik & Crane
2. Naylor, Boag & Gustin
3. krishnan
4. Han & Thoma
5. Houser
6. FMRI
7. Filkowski, Olsen, Duda, Wanger & Sabatinelli

8. Cong, Russel & Lucas  
9. Parra-Delgado & Latorre- Postigo

دیگران سازگاری کمتری را نشان می‌دهند (علوی، اصغری مقدم، رحیمی‌نژاد، فرهانی و علامه، ۱۳۹۵). در این راستا حسینی (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نکته اشاره شده که دشواری در تنظیم هیجان نقش کلیدی در ترومای کودکی و تحریف‌های شناختی دارد؛ به عبارتی تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به‌طور مستقیم و معنادار ترومای دوران کودکی را پیش‌بینی کند (خسروی و پژوهش، ۱۳۹۶ الف و ب؛ کیورک، ویر، مارتین و کریستین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷؛ هیو، کیم، لی و چائو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷)؛ در واقع ترومای کودکی با تحت تأثیر قرار دادن فرایندهای اصلی تنظیم هیجان موجب بروز دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان می‌شود (کارالهو فرنالدهو، بیلو، اسپلوسر، ترهفر، اوت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام، ۱۳۹۲)؛ مشکلات و آسیب‌های اولیه می‌تواند تأثیرات عمیقی بر رشد عاطفی کودکان، مسائل هیجانی و پیامدهای سلامت روانی آن‌ها داشته باشد (میچالک، لیزی، اوارد، هادفیلد، مارشال، داجانی<sup>۸</sup>، ۲۰۲۱) همچنین تروماهای کودکی با بروز مشکلات بین فردی (توربناک، ۲۰۱۵) و اختلالات و علائم جسمی (مثل درد) در دوران بزرگسالی (بارکسی، اوراو و باتس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵؛ هینز و همکاران، ۲۰۲۱) می‌تواند تأثیرات سوئی بر سبک زندگی بزرگسالان داشته باشد (بیوتل، اتیبوس، کلین، اسپچم، رینر<sup>۱۰</sup> و

لذا افراد با آگاهی نسبت به نحوه تأثیر هیجان، واکنش مناسب‌تری نشان خواهند داد (گروس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)؛ آن‌ها در زمان رویارویی با هیجان‌های منفی، بجای اجتناب در حالت پریشانی با درک همراه با شفقت، مسیر رسیدن به اهداف مهم را به‌خوبی طی می‌کنند (گریگوری، لاجانس و تایلر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). در این راستا نتایج پژوهش‌ها نشان داده که راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی دارند (بالزاروتی، بایسونی، ویلانی، پروناس و ولوتی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ امامدوست، تیموری، خوی نژاد و رجایی، ۱۳۹۹؛ جوادیان، خالقی و فتحی، ۱۳۹۷)؛ بهزیستی که به‌عنوان بخشی از کیفیت زندگی تحت تأثیر شدت درد و مدت‌زمان درد در مبتلایان به اختلالات درد قرار دارند (یزدی ریوندی و همکاران، ۲۰۱۲).

هیجان‌ها به‌عنوان عوامل واسطه‌ای، بسته به شرایط و موقعیت‌ها، برانگیخته شده و منجر به تغییر جهت توجه می‌شوند؛ لذا با فعالسازی سیستم ارزیابی شناختی فرد، زمینه بروز یکسری پاسخ‌های رفتاری و فیزیولوژیکی را مهیا می‌کند. مطالعات نشان داده است که مشکل در تنظیم هیجان در افرادی با سابقه آسیب بین فردی رایج است (سامونلسون، کروگر و ویلسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲)؛ این افراد توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی خود را ندارند، در مقایسه با افرادی که چنین توانمندی را دارا هستند، در ارتباط با محیط و

5. Quirk, Wier, Martin & Christian

6. Huh, Kim, Lee, Chae

7. Carvalho Fernando, Beblo, Schlosser, Terfehr, Otte, Lowe

8. Michalek, Lisi, Awad, Hadfield, Mareschal & Dajani

9. Barsky, Orav & Bates

10. Beutel, Tibubos, Klein, Schum, Reine, Kocalevent & Braehler

1. Gross

2. Gregoire, Lachance & Taylor

3. Balzarotti, Biassoni, Villani, Prunas & Velotti

4. Samuelson, Krueger & Wilson

همکاران، ۲۰۱۷).

## روش

با توجه به هدف پژوهش (بررسی رابطه ادراک درد با ترومای کودکی با توجه به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن)، این پژوهش از نظر نوع هدف، کاربردی است؛ در طبقه‌بندی پژوهش بر اساس روش، پژوهش حاضر از نوع همبستگی<sup>۲</sup> می‌باشد و در حیطه انجام در زمره مدل‌سازی معادلات ساختاری<sup>۳</sup> قرار می‌گیرد؛ جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعین به کلینیک‌های درد شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که از این میان ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب:

۱) فهرستی از کلینیک‌های درد و مطب‌های روانپزشکی مرتبط با درد تهیه شد. ۲) انتخاب چند مرکز به قید قرعه از بین مراکز موجود در لیست تهیه شده (احیاء، پیک روانشناسی، روشنا، راه سبز، کلینیک درد بیمارستان عرفان، بیمارستان خاتم الانبیا و ...). ۳) پس از مشخص شدن مراکز به آن‌ها مراجعه شد، پس از صحبت با مسئول کلینیک و یا منشی مطب درباره هدف از انجام پژوهش، موافقت جهت انجام کار پژوهشی در آن مرکز اخذ شد. ۴) به منشی توضیح داده شد که در زمان مراجعه بیماران از آن‌ها سؤال شود که در طی چند هفته اخیر احساس درد مزمن داشته‌اند؟ چنانچه پاسخ مثبت بود برای این عزیزان هدف پژوهش توضیح داده می‌شد. ۵) پس از آنکه مراجعین مورد نظر موافقت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام می‌کردند پرسشنامه‌ها در اختیار

از آنجایی که برخی بیماران مبتلا به درد مزمن بر درد تمرکز می‌کنند و به صورت منفی درباره موقعیت خود می‌اندیشند؛ لذا ممکن است از لحاظ هیجانی از افکار درونی و بیرونی خود رنج ببرند، چراکه، الگوهای عودکننده کشمکش ناموفق با درد با محدود کردن کارکردها تثبیت می‌شوند (مک کراکن، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، احتمالاً درک مفهومی عمیق از رابطه بین هیجان و درد بتواند در بهبود و توسعه درمان‌ها و تصمیمات درمانی و سیاست‌گذاری‌ها که بر زندگی میلیون‌ها نفر تأثیر گذاشته شرایط را برای افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند بهبود ببخشد؛ چراکه، ابتلا به درد مزمن به‌عنوان بیماری ناتوان‌کننده نه تنها به سبب درمان‌های دارویی باعث خسارت‌های مالی، کاهش عملکرد و کاستی در فعالیت‌های شغلی، روابط بین فردی و محرومیت از انجام فعالیت‌های مورد علاقه باعث از دست دادن روحیه می‌شود. بنابراینچه بیان شد احتمالاً فرایندهای تنظیم شناختی و هیجانی بتوانند بر میزان ادراک درد نقش داشته باشند. با توجه به شیوع دردهای مزمن و اثرات نامطلوب آن بر وجوه گوناگون زندگی بین فردی و همچنین نقش مؤلفه‌های روانشناختی، تنظیم شناخت‌ها و هیجان و تجربیات دوران کودکی که در تجربه ادراک درد تأثیر دارند این سؤال در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد که تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان واسطه چه تأثیری بر رابطه بین ترومای کودکی با ادراک درد دارد؟

2. Correlational Research  
3. Structural Equation Model

1. McCracken

استخراج کردند؛ نتایج بررسی پایایی به روش بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله شناختی از ثبات نسبی برخوردارند؛ نتیجه بررسی همسانی درونی این مقیاس نیز با ضریب آلفای کرونباخ نیز در حالت کلی  $0/80$  گزارش شد (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). نتایج تحلیل عامل تأییدی در ایران، مدل دوعاملی این پرسشنامه را تأیید کرد؛ همچنین ضریب پایایی از نوع آلفای کرونباخ و بازآزمایی به فاصله ۴ هفته در عامل راهبردهای مقابله‌ای سازگار (انطباقی) به ترتیب  $0/95$  و  $0/77$  و عامل راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار به ترتیب  $0/88$  و  $0/86$  گزارش شد (محسن‌آبادی و فتحی آشتیانی، ۱۴۰۰).

پرسشنامه ترومای کودکی برنستاین (CTQ): این پرسشنامه یک ابزار ۲۸ ماده‌ای است که به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی طراحی شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است که پنج خرده مقیاس سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده 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 نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر می‌باشد. طراحان پرسشنامه ضریب اعتبار آن را به شیوه آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین  $0/78$  تا  $0/95$  گزارش کردند؛ همچنین روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی

آن‌ها قرار داده می‌شد (۶) جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کننده‌ها گفته شد که اجباری در نوشتن نام و نام خانوادگی وجود ندارد. (۷) از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به تمام سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند و در صورت وجود ابهام در سؤالات جهت رفع آن از آزمونگر سؤال بپرسند (در صورت ناقص پرشدن پرسشنامه کنار گذاشته شد و از فرد دیگری آزمون‌گیری شد) لازم به ذکر است که به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و تحلیل گروهی داده‌ها داده شد؛ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS23 و Amos استفاده شد.

## ابزار

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی (CERQ): این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی با طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای بر حسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد که در دو راهبرد گنجانده شده است راهبردهای انطباقی (توسعه دیدگاه، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) و راهبردهای غیرانطباقی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیزپنداری)). در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. طراحان پرسشنامه با اجرای تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی ( $PCA^1$ ) ۹ عامل

در ایران طی پژوهش‌هایی به بررسی روایی همگرایی پرسشنامه درد مک گیل با مقیاس سنجش بصری درد پرداخته شد که دریک پژوهش همبستگی ۰/۸۲۷ (مرادی فر، ۱۳۹۲) و در پژوهش دیگر همبستگی ۰/۵۵ در سطح معناداری ۰/۰۱ نشان داد که بیانگر روایی همگرایی این مقیاس است (موسوی و گلمکانی، ۱۳۹۷).

#### یافته‌ها

نتایج اطلاعات جمعیت شناختی حاکی از آن است که از بین ۳۰۰ آزمودنی ۱۷۵ نفر (۵۸/۳٪) زن و سایرین معادل ۱۲۵ نفر (۴۱/۷٪) مرد بودند. همین‌طور مشخص شد که در گروه نمونه ۵۱ نفر (۱۷٪) تا ۲۵ سال، ۱۰۸ نفر (۳۶٪) بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۸۱ نفر (۲۷٪) بین ۳۶ تا ۴۶ سال، ۲۸ نفر (۹/۳٪) بین ۴۶ تا ۵۵ سال و ۳۲ نفر (۱۰/۷٪) بیش از ۵۵ سال سن دارند (جدول ۱).

در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز در پژوهشی که بر روی ۳۰۰ نفر دانشجوی کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی انجام شد ضریب الفای کرونباخ بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۹ گزارش شد (پورشهریار و همکاران، ۱۳۹۷).

سنجش بصری 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 (۱۰ بیانگر شدیدترین درد است). کسب نمره ۳-۱ نشان‌دهنده درد خفیف، ۴-۷ درد متوسط و ۸-۱۰ نشان‌دهنده درد شدید می‌باشد (مندلسون و سلود<sup>۲</sup>، ۱۹۸۱)؛ لذا از آزمودنی خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین صفر تا ۱۰ شدت درد خود را روی خط مشخص کند (هاوکر، میان، کنگزرسکا و فرنچ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی

فرآوانی	درصد	
تا ۲۵ سال	۵۱	۱۷
بین ۲۶ تا ۳۵ سال	۱۰۸	۳۶
بین ۳۶ تا ۴۵ سال	۸۱	۲۷
بین ۴۶ تا ۵۵ سال	۲۸	۹/۳
بیش از ۵۵ سال	۳۲	۱۰/۷
مجموع	۳۰۰	۱۰۰
زن	۱۷۵	۵۸/۳
مرد	۱۲۵	۴۱/۷
مجموع	۳۰۰	۱۰۰

1. Bernstein  
2. Mendelson, Selwood  
3. Hawker, Mian, Kendzerska, French

عباسی و همکاران: پیش‌بینی ادراک درد بر اساس تروما در دوران کودکی با میانجی‌گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به ...

پیش از بررسی مدل پژوهش به صورت معادلات ساختاری ابتدا مفروضه‌های آزمون معادلات ساختاری بررسی شد. براین اساس نتایج بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داد که بین متغیرهای وابسته (میانجی و اصلی) با متغیر مستقل همبستگی ضعیف (۰/۲۱۱) تا قوی (۰/۵۱۲) معنادار وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲. آمار توصیفی و ضریب همبستگی متغیرهای پژوهشی

ضریب همبستگی			آمار توصیفی		
ادراک درد	راهبرد منفی	راهبرد مثبت	ترومای کودکی	انحراف معیار	میانگین
۱	**۰/۳۹۴	**۰/۳۰۱	**۰/۳۰۶	۱/۸	۸/۰۹
	۱	**۰/۵۱۲	**۰/۲۱۷	۶/۱۷۳	۲۲/۵۶
		۱	**۰/۲۱۱	۷/۲۱	۲۹/۱۴
			۱	۱۱/۷۶	۴۱/۹۷

منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان‌دهنده هم خطی است.

در بررسی تحلیل عامل تأییدی نیز مطابق با نقاط برش قابل قبول، برازش برای هر یک از پرسشنامه‌های ترومای کودکی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (در حالت کلی و به تفکیک راهبردهای مثبت و منفی) در حد مطلوب برآورد شد (جدول ۳).

مفروضه عدم هم خطی نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است، زیرا مقادیر ضریب تحمل (راهبرد منفی تنظیم هیجان (۰/۷۲۶) و راهبرد مثبت تنظیم هیجان (۰/۷۲۸) و ترومای کودکی (۰/۹۴) کمتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس (VIF) برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین بالاتر از ۱۰ نیست (راهبرد منفی تنظیم هیجان (۱/۳۷۸) و راهبرد مثبت تنظیم هیجان (۱/۳۷۴) و ترومای کودکی (۱/۰۶۴). بنابراین،

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازش	$\chi^2$	( $\chi^2/df$ )	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
ترومای کودکی	**۸/۳۱۹	۲/۷۷۳	۰/۹۸۹	۰/۹۸۹	۰/۹۴۶	۰/۰۷۷
تنظیم هیجان	**۳۴/۴۳۴	۱/۳۲۴	۰/۹۸۶	۰/۹۷۶	۰/۹۵۹	۰/۰۵
نقطه برش	>۰/۰۵	<۵	۰/۹۰<=	۰/۹۰<=	۰/۹۰<=	۰/۱<=

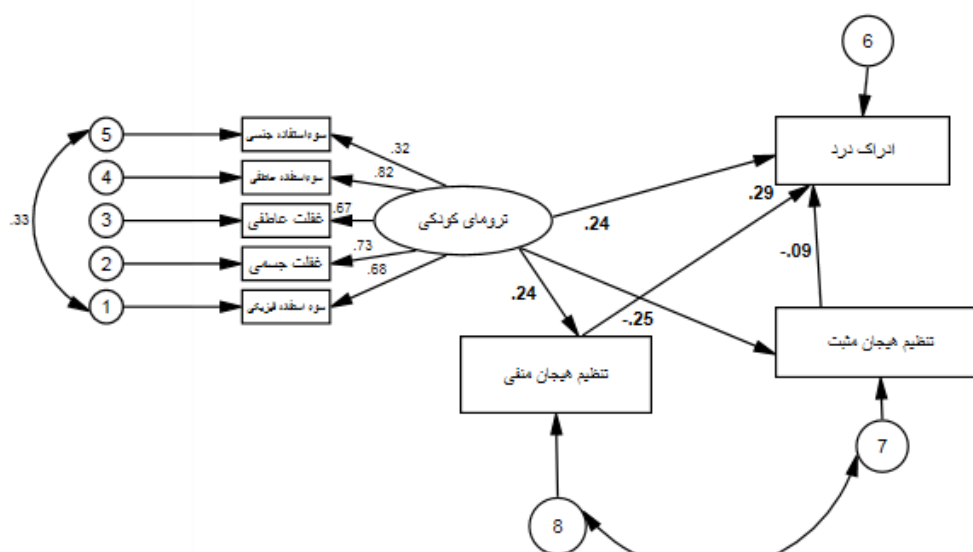
$\chi^2/df < 3$ ,  $CFI > 0.90$ ,  $GFI$ ,  $AGFI$ ,  $RFI$ ,  $TLI$ ,  $NFI$  و  $RMSEA < 0.079$  و  $0.062 < \text{برازش قابل قبول مدل را نشان می‌دهند}$  (شکل ۱).

مفروضه عدم هم خطی در بررسی مدل معادلات ساختاری با در نظر گرفتن راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان (به تفکیک یا همزمان) به‌عنوان متغیرهای میانجی، شاخص‌ها با مقادیر



اما باتوجه به این که در مسیر ضرایب مستقیم مسیر بین تنظیم هیجان مثبت و ادراک درد معنادار نیست ( $\beta = -0/092, P > 0/05$ ) مشخص می‌شود که در زمان اعمال دو میانجی به صورت همزمان فقط تأثیرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان ( $\beta = 0/29, P < 0/01$ ) می‌تواند رابطه بین ترومای کودکی و ادراک درد مزمن را میانجی‌گری کند.

میانجیگر راهبردهای مثبت و منفی (دومیانجی) تنظیم هیجان: ضریب مسیر غیرمستقیم بین ترومای کودکی ( $\beta = 0/092, P < 0/01$ ) و ادراک درد در افراد مبتلا به درد مزمن معنادار است؛ بنابراین ترومای کودکی با میانجیگری راهبردهای تنظیم هیجان (مثبت و منفی) بر میزان ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن تأثیر می‌گذارد.



شکل ۱. مدل تحقیق در حالت ضرایب استاندارد ( $\beta$ )

درد افراد مبتلا به درد مزمن رابطه دارد، به عبارتی می‌توان اذعان داشت که ترومای کودکی از طریق راهبردهای منفی تنظیم هیجان به میزان اندکی سبب افزایش ادراک درد در افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود، این در حالی است که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان سبب کاهش ادراک درد در آن‌ها می‌شود (جدول ۴).

همچنین مشخص شد، با میانجی‌گری راهبردهای منفی تنظیم هیجان (فقط یک میانجی) ضریب مسیر غیرمستقیم بین ترومای کودکی ( $P < 0/01$ )، و ادراک درد و نیز با میانجی‌گری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (یک میانجی)، ضریب مسیر غیرمستقیم بین ترومای کودکی ( $\beta = 0/079, P < 0/01$ ) و ادراک درد در افراد مبتلا به درد مزمن معنادار هستند؛ بدین ترتیب نتیجه‌گیری شد که ترومای کودکی با میانجی‌گری راهبردهای منفی و مثبت تنظیم هیجان با ادراک

عباسی و همکاران: پیش‌بینی ادراک درد بر اساس تروما در دوران کودکی با میانجی‌گری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به ...

جدول ۴. ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم

sig	$\beta$	S.E	B	
۰/۰۰۱	۰/۲۳۸	۰/۰۶۱	۱/۰۳۱	ترومای کودکی ← تنظیم منفی هیجان (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۷	۰/۰۶۲	۱/۰۲۷	ترومای کودکی ← تنظیم منفی هیجان (میانجی‌گری هیجان منفی)
۰/۰۰۰۱	-۰/۲۵۴	۰/۰۶۳	-۱/۲۹	ترومای کودکی ← تنظیم مثبت هیجان (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	-۰/۲۵۴	۰/۰۶۲	-۱/۲۹	ترومای کودکی ← تنظیم مثبت هیجان (میانجی‌گری هیجان مثبت)
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۰۵۷	۰/۴۲۱	ترومای کودکی ← ادراک درد (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۰۵۷	۰/۴۲۲	ترومای کودکی ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان مثبت)
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۰۵۷	۰/۴۲	ترومای کودکی ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان منفی)
۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۵۹	۰/۰۸۵	تنظیم منفی هیجان ← ادراک درد (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۰۵۱	۰/۰۹۸	تنظیم منفی هیجان ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان منفی)
۰/۱۴۱	-۰/۰۹۲	۰/۰۶۲	-۰/۰۲۳	تنظیم مثبت هیجان ← ادراک درد (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	-۰/۲۳۲	۰/۰۵۴	-۰/۰۵۸	تنظیم مثبت هیجان ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان مثبت)
۰/۰۰۱	۰/۲۳۸	۰/۰۶۱	۱/۰۳۱	ترومای کودکی ← تنظیم منفی هیجان (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۷	۰/۰۶۲	۱/۰۲۷	ترومای کودکی ← تنظیم منفی هیجان (میانجی‌گری هیجان منفی)
۰/۰۰۰۱	-۰/۲۵۴	۰/۰۶۳	-۱/۲۹	ترومای کودکی ← تنظیم مثبت هیجان (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	-۰/۲۵۴	۰/۰۶۲	-۱/۲۹	ترومای کودکی ← تنظیم مثبت هیجان (میانجی‌گری هیجان مثبت)
۰/۰۰۰۱	۰/۲۴	۰/۰۵۹	۰/۳۰۴	ترومای کودکی ← ادراک درد (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۳	۰/۰۵۹	۰/۳۴۷	ترومای کودکی ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان مثبت)
۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۳	۰/۰۵۷	۰/۳۲	ترومای کودکی ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان منفی)
۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۵۹	۰/۰۸۵	تنظیم منفی هیجان ← ادراک درد (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۰۵۱	۰/۰۹۸	تنظیم منفی هیجان ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان منفی)
۰/۱۴۱	-۰/۰۹۲	۰/۰۶۲	-۰/۰۲۳	تنظیم مثبت هیجان ← ادراک درد (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	-۰/۲۳۲	۰/۰۵۴	-۰/۰۵۸	تنظیم مثبت هیجان ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان مثبت)
۰/۰۰۱	۰/۰۹۲	۰/۰۳۵	۰/۱۱۷	ترومای کودکی ← ادراک درد (دو میانجی همزمان)
۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۹	۰/۰۲۴	۰/۱	ترومای کودکی ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان منفی)
۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۹	۰/۰۱۹	۰/۰۷۵	ترومای کودکی ← ادراک درد (میانجی‌گری هیجان مثبت)

ترومای کودکی

تنظیم هیجان

ادراک درد

## نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پاسخ به این فرضیه در پژوهش حاضر حاکی از آن بود که ترومای کودکی از طریق راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان بر ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن تأثیر می‌گذارند. نتایج این پژوهش تا حدودی همسو با تحقیقات کونگ و همکاران (۲۰۲۱)؛ گیلام و همکاران (۲۰۲۰)؛ مک کی و کائو<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)؛ کریشنال و همکاران (۲۰۱۶)؛ یزدان‌فر و همکاران (۱۳۹۹)؛ رضایی و فتح (۱۳۹۹)، حسینی (۱۳۹۸)؛ خسروی و پژوهش (۱۳۹۶)؛ عربی و باقری (۱۳۹۶)؛ کارالهو فرنال دو و همکاران (۲۰۱۴)؛ ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲)؛ کیورک و همکاران (۲۰۱۷)؛ هیو و همکاران (۲۰۱۷)؛ البرس و باتیستا<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) است که نشان دادند، راهبردهای تنظیم هیجان در روابط بین متغیرهای ترومای کودکی و ادراک درد نقش دارند. در تبیین نتایج می‌توان گفت: تروماهای دوران کودکی تجربیاتی فراتر از توانایی‌های هیجانی کودک هستند که بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان تأثیر مخربی دارند، یکی از این اثرها، اختلال‌های هیجانی است که به موجب آن کودک به بدتنظیمی هیجانی (انکار، بی‌حسی هیجانی، تجزیه) اتکا می‌کند تا بتواند بقایای روانی خود را تنظیم کند؛ سوءاستفاده جنسی، هیجانی و غفلت در دوران کودکی می‌تواند بر شناخت افراد تأثیر گذاشته، بدین ترتیب 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 تنظیم هیجان حاصل می‌گردد (وینگنفلد<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت‌های شناختی نمادین در افراد با ترومای کودکی 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 هیجان‌ات فرد در رابطه با عوامل استرس‌زای زندگی (ترومای کودکی)، خود را در قالب نشانه‌های بدنی متجلی می‌سازد (هوسوی، ۲۰۱۰) در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی‌مدت دوران کودکی با احساس ضعف در سلامت جسمی (درد مزمن شاهدهی بر آن است) همراه است (هکمان و ویستفلد، ۲۰۰۶)؛ پس بی‌توجهی به نیازهای اولیه و آزارهای جسمی در دوران کودکی می‌تواند مانند یک کاتالیزور در بزرگسالی عمل کند، به طوری که احساس‌های مزمن و شدید دیسفوریک، تجربه‌های پارانوئیدی گذارا، تکانشوری در قالب رفتارهای خودتخریب‌گرایانه در بزرگسالی ممکن است ناشی از تجربیات اولیه آزاردهنده باشد.

درد تجربه‌ای پریشان‌کننده در رابطه با آسیب واقعی یا بالقوه‌ای است که مؤلفه‌های حسی، هیجانی، شناختی و اجتماعی را در بر می‌گیرد؛ لذا درد می‌تواند نتیجه تعامل پویا بین فرآیندهای حسی و زمینه‌ای (شامل شناخت، هیجان و انگیزش) باشد که به شدت کیفیت و بهزیستی

1. Mackey & Kao  
2. Elbers & Batista

3. Wingenfeld

دارای درد تحریک کند، به‌خصوص که استرس و اضطراب مرتبط با درد بیش از آن‌که احساس درد را از بین ببرد، قابلیت زیادی در حفظ وخامت درد مزمن خواهد داشت؛ لذا، این شرایط می‌تواند آثار منفی و زیان‌باری از نظر روان‌شناختی داشته باشد و غیرقابل تحمل بودن آن نیز زمینه‌ساز هیجان‌های منفی را ایجاد می‌کند؛ هیجان‌های منفی مانع از تفکر و تصمیم‌گیری صحیح برای حل مساله و برطرف کردن آن می‌شود؛ در واقع، فقدان اقدامات عملی و سازنده موجب می‌شود که محرک‌های یادآوری‌کننده حادثه استرس‌زا همچنان ادامه داشته یا عوامل مختلفی (نشخوار، خشم و پرخاشگری) آن‌ها را تشدید کرده موجب می‌شود فرد احساس درماندگی و ناامیدی کرده و تصور کند که هیچ کنترلی بر موقعیتش ندارد؛ پس می‌توان این‌طور اذعان داشت که استفاده از راهبردهای ناسازگارانه، فرد را مستعد استرس و اضطراب کرده لذا به‌جای واکنش مناسب به رویدادهای تنیدگی‌زا، با آشفتگی و تشویش به آن‌ها واکنش نشان می‌دهد در نتیجه افراد را بیشتر مستعد ادراک درد می‌کند، این در حالی است که به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان منجر می‌شود که از سویی با جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی زمینه قابل تحمل کردن درد فراهم گردد، تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و نظم‌جویی هیجان در کاهش میزان حساسیت اضطرابی بر روی بیماران مبتلا به بیماری مزمن اسکروز چندگانه نشان داده شده است (محمد و حاتمی ۱۴۰۰) به این صورت که از طریق تمرکز مجدد مثبت، فرایند توجه بر احساسات خوشایند

زندگی فرد را تحت شعاع قرار می‌دهد و با وجود رابطه منفی و مستقیم شدت درد و کیفیت زندگی با کمک راهبردهای تنظیم هیجان، تغییرات شدت درد به‌طور غیرمستقیم سطح کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن تعیین می‌کند (عربی و باقری، ۱۳۹۶). تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن‌آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی در افراد با بیماری‌های مزمنی چون سرطان ارتباط مستقیمی دارد (کربلایی، ۱۴۰۰). در افراد مبتلا به درد مزمن که پس از گذشت زمان طبیعی لازم برای بهبودی همچنان درد ماندگاری را تجربه می‌کنند، این درد ممکن است با برخی نشانه‌ها و علائم روانی مرتبط شود؛ ناهنجاری در سیستم تنظیم‌کننده هیجان و درد در مغز و نخاع به‌عنوان یک مکانیزم رایج شامل نورآدرنالین و سروتونین که از هسته‌های رافه ساقه مغزی به سمت قسمت‌های جلویی مغز و نخاع منشأ گرفته‌اند به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در این فرایند شناخته می‌شوند (گرمسن و همکاران، ۲۰۱۰) به نظر می‌رسد که رویدادهای استرس‌زا (ترس از ماندگاری درد در آینده و عدم بهبود) و اضطراب ناشی از آن می‌تواند اثر متقابل یا مستقل بر نتایج بالینی درد و ناتوانی داشته باشد (مورفی و همکاران، ۲۰۱۲)؛ در واقع غیرقابل پیش‌بینی بودن حملات درد و ترس از عود مجدد علائم سبب می‌شود بیماران در مورد علائم و آینده بیماری‌شان، مضطرب و نگران شوند، به عبارتی دورنمای تجربه درد در آینده، ترس و اضطراب را تحریک می‌کند، پس عجیب نیست که احساسات درد بتواند درد یا اضطراب را در بین بیماران

درونی شده و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجانات مثبت باعث کاهش سطح استرس و اضطراب در مبتلایان می‌شود و در نتیجه فرد بر موقعیت‌ها و محرک‌های تنش‌زا و اضطراب‌انگیز همانند درد کمتر تمرکز کرده، لذا درد کاهش پیدا می‌کند؛ از سوی دیگر با قابل تحمل شدن درد افکار مثبت جایگزین خشم، استرس و پرخاشگری که به دنبال عدم تحمل درد ایجاد شده بود، نیز فروکش کرده و فرد احساس آرامش بیشتری خواهد داشت؛ بنابراین، چون راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار از مؤلفه‌های مختلفی چون پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه تشکیل شده است می‌توان اذعان داشت این راهبردها می‌توانند واسطه تأثیر ترومای کودکی و ادراک درد باشند؛ هر چه شدت آسیب (تروما) کمتر باشد و فرد بیشتر بتواند از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده کند، میزان ادراک درد کمتر خواهد بود.

پژوهشگر نیز اذعان دارد: با توجه به آنکه، توانایی تنظیم هیجان در اوایل زندگی در چارچوب مبادلات هیجانی بین فردی بین مراقبان و کودک گسترش می‌یابد، ترومای دوران کودکی، به‌ویژه ترومای بین فردی مکرر بین مراقب و کودک می‌تواند با ایجاد تداخل در یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجانی مناسب موجب بدتنظیمی هیجانی شود؛ این مسئله با ایجاد اختلال در شناخت و پردازش هیجانی و نهایتاً آشفتگی و آمیختگی هیجانی منجر به ناکارآمدی فرد در مدیریت عاطفه منفی می‌شود؛ از سوی دیگر

استرس‌های مداوم در زندگی کودکی، سیستم‌های عصبی مرکزی را که در پاسخ‌دهی به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، حساس می‌کند، این در حالی است که بزرگسالان همزمان با رشد عصبی شناختی در حال یادگیری نحوه مقابله با شرایط پیچیده موجود هستند؛ لذا تعامل بین فرآیندهای شناختی عصبی و فشارهای ناشی از سوء رفتار احتمالاً منجر به کاهش توانایی فرد برای تنظیم هیجان‌ها به شیوه مطلوب می‌شود. این افراد که سوگیری بیشتری در پردازش اطلاعات دارند، در هنگام مواجهه با درد پاسخ‌های عاطفی بدتری بروز می‌دهند؛ درحالی‌که به‌واسطه تنظیم هیجان انطباقی به شیوه‌ای کارآمدتر می‌توانند با بیماری سازگار شوند چراکه افراد به‌واسطه شناسایی و اصلاح تحریف‌های شناختی خود (از طریق راهبردهای تمرکز و ارزیابی مجدد) می‌توانند تجربه درد را از واکنش‌های هیجانی درد جدا کرده و به این شیوه بر افکار و هیجان‌ها و ادراکات خود کنترل بهتری اعمال کنند. به‌طورکلی نتیجه پژوهش حاضر، حاکی از آن بود که میزان آسیب‌های دوران کودکی که در مراحل اولیه رشد کودک شکل می‌گیرد به‌واسطه تنظیم سازگارانه یا ناسازگارانه هیجان‌ها، به‌طور غیرمستقیم بر سطح ادراک درد افراد مبتلا به درد مزمن تأثیر می‌گذارد. راهبردهای غیرانطباقی و منفی هیجان‌ها (مثل سرکوب) با تشدید شدت آسیب‌های دوره کودکی متعاقباً باعث افزایش میزان درد (مزمن) می‌شود. تنظیم انطباقی هیجانات، از طریق راهبردهای مثبت (مثل ارزیابی مجدد) نیز موجب کاهش آسیب‌های دوره کودکی و به دنبال آن کاهش میزان درد (مزمن)

دردهای مزمن و هزینه‌های گزافی که از نظر فردی و اجتماعی به دنبال دارند، به نظر می‌رسد که پزشکان عمومی و متخصصان حوزه درد بتوانند با یک تعامل نزدیک با روانشناسان و ارجاع به‌موقع به آن‌ها و با بهره‌گیری از مدل جامع، به درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بپردازند. از سویی دیگر، با توجه به تأثیرات دوره کودکی و اثرات ترومای کودکی بر عملکرد فرد در بزرگسالی پیشنهاد می‌شود شیوه‌های تعامل والد فرزندی منظور کاهش اثرات و پیامدهای منفی آن همچون بروز مشکلات روانی- جسمانی به والدین آموزش داده شود.

#### سپاسگزاری

از کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن شرکت‌کننده در پژوهش تشکر می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش شامل اجرای پژوهش در محیط درمانی به علت وضعیت نامطلوب روانی و جسمانی که باید مورد توجه قرار گیرد؛ با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش حاضر مربوط به مراجعین به کلینیک‌های درد شهر تهران بود، لذا از آنجایی که درد بار فرهنگی دارد و در فرهنگ‌های گوناگون میزان تحمل و واکنش به آن متفاوت است. پیشنهاد می‌شود در این دست از پژوهش‌ها به کنترل متغیرهای جمعیت شناختی پرداخته شود تا میزان تأثیر آن‌ها بر روابط بین متغیرها مشخص باشد؛ اما لازم به ذکر است که گاهی تمرکز درمان صرفاً روی عوامل زیستی است و از توجه به عوامل روانشناختی نظیر ترومای کودکی و استراتژی‌های تنظیم هیجان که در حکم علل و عوامل نگهدارنده بیماری هستند، غفلت می‌شود؛ حال با توجه به شیوع بالای

#### منابع

بهرامی، آ؛ محقق، ح و یعقوبی، ا. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر افکار اضطرابی والدین کودکان اوتیسم. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۷(۲۶)، ۱۴۷-۱۳۳.

پورشهریار، ح؛ علی‌زاده، ح؛ رجایی‌نیا، ک. (۱۳۹۷). تجربه آزار هیجانی کودکی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی در بزرگسالی: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۲۴(۲)، ۱۶۲-۱۵۳.

ابراهیمی، ح؛ دژکام، م؛ ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۹ (۴)، ۲۷۵-۲۸۲.

امامدوست، ز؛ تیموری، س؛ خوی‌نژاد، غ ر و رجایی، ع ر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. مجله علوم روانشناختی، ۱۹(۵۹)، ۶۵۵-۶۴۷.

- جوادیان، ر؛ خالقی، ل؛ فتحی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر عاطفه منفی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول. *نشریه روان پرستاری*. ۶(۵)، ۲۵-۳۲.
- حسینی، ک. (۱۳۹۸). بررسی مدل معادلات ساختاری ترومای کودکی و تحریف‌های شناختی با علائم بالینی اختلال وسواسی-جبری: با آزمون نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه ارومیه*.
- حجوی، ز؛ رستمی، ر؛ هادی زاده شالدهی، م؛ پورخاقان، ف. (۱۳۹۸). پیش‌بینی ترس از حرکت بر اساس فاجعه سازی درد و روان‌رنجورخویی در بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید. *مجله روان‌شناسی سلامت*. ۸(۳۲)، ۲۵-۴۰.
- خسروی، ص و پژوهش، ز. (۱۳۹۶ الف). بررسی رابطه ترومای دوران کودکی با تنظیم شناختی هیجان در افراد اقدام کننده به خودکشی، دومین کنفرانس ملی روانشناسی و مشاوره. اصفهان.
- خسروی، ص؛ پژوهش، ز. (۱۳۹۶ ب). ارتباط سیستم‌های مغزی رفتاری با تنظیم شناختی هیجان: با نقش واسطه‌ای ترومای دوران کودکی در افراد اقدام کننده به خودکشی، دومین کنفرانس ملی روانشناسی و مشاوره، اصفهان.
- رضایی، ز؛ فتح، ن. (۱۳۹۹). بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، ادراک درد و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*. ۱۱(۴۰)، ۲۷-۴۰.
- شفیعی، ا؛ فخاریان، ا؛ امیدی، ع؛ اکبری، ح و دل‌پیشه، ع. (۱۳۹۴). مشکلات تنظیم هیجان‌ات در بیماران آسیب مغزی خفیف در مقایسه با افراد سالم. *مجله علوم پزشکی دانشگاه ایلام*. ۲۳(۷)، ۱۳۲-۱۴۳.
- صبور، س؛ کاکابرابی، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۴(۴)، ۹-۱.
- عربی، ا؛ باقری، م. (۱۳۹۶). نقش میانجیگری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن. *مجله روان‌شناسی سلامت*. ۶(۲۲)، ۷۲-۸۷.
- علوی، ع؛ اصغری مقدم، م ع؛ رحیمی‌نژاد، ع؛ فرهانی، ح و؛ علامه، ز. (۱۳۹۵). رابطه‌ی دوسوگرایی در ابراز هیجان و افسردگی: نقش واسطه‌ای مشکلات بین فردی. *اندیشه و رفتار*. ۱۱(۴۱)، ۲۷-۳۹.
- کربلایی، م؛ یزدانبخش، ک؛ کریمی، پ. (۱۴۰۰). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن‌آگاهی در مبتلایان به سرطان. *مجله روانشناسی سلامت*. ۱۰(۳۷)، ۱۴۱-۱۶۰.

- کیانی، س؛ صباحی، پ؛ مکوند حسینی، ش؛ رفیعی‌نیا، پ؛ آل بویه، م ر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر آشفته‌گی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله روان‌شناسی سلامت*. ۱۳۳، ۳۶-۱۵۰.
- متین، ح؛ اخوان غلامی، م و احمدی، ص. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تعامل والد-کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۸ (۱)، ۷۰-۸۹.
- یزدانفر، م؛ منشئی، غ ر؛ قمرانی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر مدل راهبردهای تنظیم هیجانی بر اضطراب درد در بیماران مبتلا به بیماری آرتریتروماتوئید. *بیهوشی و درد*. ۱۱ (۳): ۴۳-۵۶.
- محسن‌آبادی ح، فتحی آشتیانی ع. (۱۴۰۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی (CERQ-18). *پایش*. ۲۰ (۲): ۱۶۷-۱۷۸.
- محمد، ن؛ حاتمی، م؛ نیکنام، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و نظم‌جویی فرایندی هیجان در حساسیت
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 125-143.
- 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.
- Barsky, A.J., Orav.E., & Bates,D.W. (2015). Somatization increases medical utilization and cots independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of*
- Beutel, M.E., Tibubos, A.N, Klein, E., Schum,Tzer,G.Reiner,I., Kocalevent, R.D., & Brahler, E. (2017).



- Childhood odversties and distress the rool of resilience in a representative sample plosone, 12(3). Doi.org/10.1371/ journal.pone.or , 173826. (Masters thesis,University of Arkan, Fayetteville).
- Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, Turner S, El- Gabalawy R, Sareen J, & Asmundson GJG. (2018). Anxietyrelated psychopathology and chronic pain comorbidity among public safety personnel. *Journal of anxiety disorders*, 55: 48-55.
- Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Lowe B, et al. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *J Trauma Dissociation*. 15(4):384- 401.
- Cong X., Russel B, Lucas R (2021). The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review. *Pain Management Nursing*.30.
- Elbers, J., & Batista, B. (2016). Medically unexplained symptams associated with adverse childhood events, *Neurology* 86(16). p6.340.
- Feingold D, Brill S, Goor-Aryeh I, Delayahu Y, & Lev- Ran S. (2018). The association between severity of depression and prescription opioid misuse among chronic pain patients with and without anxiety: A cross-sectional study. *Journal of affective disorders*. 235: 293-302.
- Filkowski M , Olsen R , Duda B ,Wanger T , Sabatinelli D.(2017).Sex differences in emotional perception: Meta analysis of divergent activation. 15;147:925-933.
- 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.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N., and Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol. Bull.* 133, 581–624.
- Gilam G, Gross J, Wager T, Keefe K, Mackey S. (2020). What Is the Relationship between Pain and Emotion? Bridging Constructs and Communities.*Neuron*.107,17-21.
- Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*. 14(2):127.e1-.e8.

- Gregoire S, Lachance L, Taylor G. (2015). Mindfulness, mental health and emotion regulation among workers. *International Journal of Wellbeing*. 5(4): 96-119.
- Gross J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6):214-19.
- Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 63 (11),240-52.
- Haziniski MF. (2013). *Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade*. 3rd ed. Chapter 5:Nursing care of the critically ill child. Elsevier Mosby. 78.
- Hinze V, Ford T, Evans R, Gjelsvik B, Crane C.(2021). Exploring the relationship between pain and self-harm thoughts and behaviours in young people using network analysis, *Published by Cambridge University Press*.
- Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*. 213: 44-50.
- Khera T, Rangasamy R. (2021). Cognition and Pain: A Review. *Front. Psychol*. 12:673962. doi: 10.3389/fpsyg.2021.673962.
- Krishnan, A., Woo, C.W., Chang, L.J., Ruzic, L., Gu, X., Lopez-Sola, M., Jackson, P.L., Pujol, J., Fan, J., and Wager, T.D. (2016). Somatic and vicarious pain are represented by dissociable multivariate brain patterns. *eLife* 5, e15166.
- Mackey, S., and Kao, M.-C. (2019). Managing twin crises in chronic pain and prescription opioids. *BMJ* 364, 1917.
- Mansourifar S, Rezaei Jamalouei H ,Emami Dehkordi MH.(2021). Modeling structural relationships of with perceived pain life in inflammatory bowel patients (IBD). *Journal of anesthesiology and pain*,12(1),55-67.
- McCracken L. M, Keagh E. (2016). Acceptance, mindfulness, and values based action may counteract fear avoidance of emotions in chronic pain: An Analysis of anxiety

- sensitivity. *pain*;10(4):408\_15.
- 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.
- Michalek JE, Lisi M, Awad D, Hadfield K, Mareschal I, Dajani R (2021) The Effects of a Reading-Based Intervention on Emotion Processing in Children Who Have Suffered Early Adversity and War Related Trauma. *Front. Psychol*. 12:613754. doi: 10.3389/fpsyg.2021.613754.
- Murphy LB, Sacks JJ, Brady TJ, Hootman JM, Chapman DP. (2012). Anxiety and depression among US adults with arthritis: Prevalence and correlates. *Arthritis Care & Research*. 64(7):968-76.
- Naylor B, Boag S, Gustin SM. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*. 2017;17:58-67.
- Parra-Delgado, M., & Latorre- Postigo, J.M. (2013). Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Trial. *Cognitive therapy and research*.37, 1015–26.
- Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. (2019). Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. *The Journal of Pain*. 20(2):146-60.
- Quirk, S.W., Wier, D., Martin, S.M., & Christian, A. (2017). The Influence of parental Rejection on the Development of maladaptive Schemas, Ruminations, and Motivations for self-Injury. *J psychopathol Behay Assess*, 37,283\_295.
- 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.
- Stroemel-Scheder C, Kundermann B, Lautenbacher S. (2020). The effects of recovery sleep on pain perception: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, 408-425.
- Taherizadeh S, Aliakbar S, Ghasem A. (2021). Structural modeling of pain perception in people with chronic pain syndrome based on behavioral inhibition system: mediated by pain catastrophe and perceived social support. *Journal of anesthesiology and pain*,112(2),19-31.

- Thornback, K.A. (2015). The relationships among emotion regulation and symptom improvement during Trauma-focused cognitive behavioural therapy in a community sample (Doctoral thesis, University of York, Toronto, Ontario).
- Tobimatsu S. (2021). Understanding cortical pain perception in humans. *Neurol Clin Neurosci*, 9, 24-29.
- Vesal, M., Mollazadeh, J., Taghavi, M. R., & Nazarinia, M. A. (2015). Prediction of depression based on perception of pain and quality of sleep due to pain catastrophizing in elderly patient with rheumatoid arthritis. *Journal of anesthesiology and pain*, 5(4), 69-80.
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., et al. (2011). Associations of childhood 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.
- Yaghoubi Jami P, Han H, Thoma SJ, Mansouri B, Houser R. (2021). Do Histories of Painful Life Experiences Affect the Expression of Empathy Among Young Adults? An Electroencephalography Study, *Front. Psychol.* 12:689304. doi: 10.3389/fpsyg.2021.689304.
- Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo Sh, Nori G, Haghparast, A. (2012). The Role of Resilience and Age on Quality of life in Patients with Pain Disorders. *Basic and Clinical Neuro Science*. 4 (1), 24-30.
- Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. (2013). Prediction of Quality of life by Self-Efficacy, Pain Intensity and Pain Duration in Patient with Pain Disorders. *Basic and Clinical Neuroscience*, 4 (2), 117-124.