

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال ششم شماره ۲۱ بهار ۱۳۹۰

## **بررسی نقش تعدیل‌کننده‌ی خودکارآمدی بر رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن**

محمد علی بشارت - عضو هیات علمی دانشگاه تهران

صدیقه کوچی - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

محسن دهقانی - عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی

حجت‌اله فراهانی - استاد دانشگاه تهران

سیروس مومن‌زاده - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### **چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده‌ی خودکارآمدی بر رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام گرفت. ۱۰۰ آزمودنی (۶۷ زن و ۳۳ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که مقیاس‌های ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، پرسشنامه خودکارآمدی درد مزمن (CPSEQ)، مقیاس دیداری شدت درد (VAS) و پرسشنامه ناتوانی ناشی از درد (PDQ) را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که خودکارآمدی در رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد نقش تعدیل‌کننده دارد. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن تحت تأثیر نقش تعدیل‌کننده خودکارآمدی قرار دارد.

**واژگان کلیدی:** ناگویی هیجانی، خودکارآمدی، شدت درد، ناتوانی ناشی از درد، درد مزمن.

## مقدمه

انجمن بین‌المللی مطالعه‌ی درد<sup>۱</sup> (IASP، ۱۹۸۶)، درد را به عنوان تجربه‌ی حسی یا هیجانی ناخوشایندی که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است تعریف می‌کند. تجربه‌ی درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن نشان‌دهنده‌ی میزان ناخشنودی فرد از تجربه درد است. درد از نظر طول مدت به درد حاد<sup>۲</sup> و درد مزمن<sup>۳</sup> تقسیم می‌شود. درد حاد معمولاً نتیجه‌ی بیماری یا صدمه است و کمتر از سه ماه ادامه پیدا می‌کند، درد مزمن به مدت حداقل سه ماه تداوم می‌یابد و می‌تواند با آسیب بافتی همراه باشد و یا در طول زمان عود کند. درد مزمن جنبه‌های متفاوت از زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین شخصی، شغلی و فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هزینه‌های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌کند (ترک و اوکیفوجی، ۲۰۰۲؛ ترک و مونارچ، ۲۰۰۶). به دنبال شکست درمان‌های طبی و معرفی ابعاد سه‌گانه‌ی درد توسط ملزاک و وال در نظریه‌ی کنترل دروازه<sup>۴</sup> که شدت و ماهیت درد را تابعی از مکانیسم‌های حسی، شناختی و عاطفی می‌دانستند، نقش عوامل روانشناختی و درمان‌های مبتنی بر این عوامل مورد توجه قرار گرفتند (۱۹۵۶؛ به نقل از ترک و مونارچ، ۲۰۰۶).

طبق پژوهش‌های انجام شده (کاستورک، گرگوری و سوسو و تریف، ۱۹۹۸؛ گلاروس و لاملی، ۲۰۰۵؛ به نقل از کیندر و کورتیس، ۱۹۹۰؛ لاملی، اسمیت و لانگ، ۲۰۰۲؛ هوسویی، مولتون، جنسن، اهد، آمتن و همکاران، ۲۰۱۰)، از جمله عوامل روانشناختی مؤثر بر درد مزمن، ناگویی هیجانی<sup>۵</sup> است. ناتوانی در پردازش شناختی<sup>۶</sup> و تنظیم هیجان‌ها<sup>۷</sup>، ناگویی هیجانی نامیده می‌شود (آهرن، لین، شوارتز و کاسنیاک، ۱۹۹۷؛

1- International Association for the Study of Pain  
3- chronic pain  
5- alexithymia  
7- regulation of emotions

2- acute pain  
4- gate control theory  
6- cognitive processing

بگی و تیلور، ۱۹۹۷، ۲۰۰۰؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۷ الف). ناگویی هیجانی سازه‌ای است چندوجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات<sup>۱</sup> و تمایز بین احساسات بدنی<sup>۲</sup> مربوط به برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات<sup>۳</sup> برای دیگران و قدرت تجسم محدود که به صورت فقر در خیالپردازی یا سبک‌شناختی عینی (غیرتجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی<sup>۴</sup> مشخص می‌شود (بگی و تیلور، ۲۰۰۰؛ سیفنوس، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشارت ۱۳۸۷ الف).

ناگویی هیجانی، به عنوان ویژگی مشترک افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی، پدیدآیی و استمرار بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (آهلبِرگ، نیکیلا، کونونن، پارتینن، لیندهلم، سارنا و ساولینن، ۲۰۰۴؛ بیچ و بیچ، ۱۹۹۵). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با درد در گروهی از بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد (پورسلی، تولیپانی، مایلو، سیلنتی و تودارلو، ۲۰۰۷؛ لاملی، اسمیت و لونگو، ۲۰۰۲؛ لاملی، رادکلیف، مکلم، موسلی - ویلیامز، لیسن و همکاران، ۲۰۰۵؛ مه‌لینگ و کراس، ۲۰۰۷؛ هابر، سامن، بیاسی و کارلی، ۲۰۰۹). بنابراین، با توجه به بعد عاطفی درد و مشکلات عاطفی مطرح در ناگویی هیجانی، انتظار می‌رود که بین این عامل و درد مزمن رابطه وجود داشته باشد. البته باید توجه داشت که رابطه‌ی بین ناگویی هیجانی و درد مزمن یک رابطه‌ی ساده نیست، بلکه هر کدام از این متغیرها ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار داشته باشند که بر رابطه بین این دو متغیر نیز تأثیر بگذارند. از جمله این عوامل خودکارآمدی<sup>۵</sup> است که در پژوهش حاضر تأثیر آن بر رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد مورد بررسی قرار گرفت.

خودکارآمدی به عنوان اعتقاد فرد به توانایی خود جهت عمل کردن به گونه‌ای خاص

1- difficulty identifying feeling  
3- difficulty describing feeling  
5- self-efficacy

2- bodily sensations  
4- externally oriented thinking

برای به دست آوردن نتایج مطلوب تعریف می‌شود (بندورا، ۱۹۷۷). براساس نظریه خودکارآمدی بندورا، که به تأثیر افکار مربوط به خود بر رفتار و انگیزه افراد اشاره دارد، ادراک افراد از توانایی‌های خود بر سطوح انگیزش آنها، الگوی تفکر و واکنش‌های هیجانی و رفتاری آنها در موقعیت‌های استرس‌زا تأثیر دارد (بندورا، ۱۹۷۷). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که باورهای خودکارآمدی با سازگاری با درد مزمن رابطه دارد و جنبه‌های مختلف تجربه درد را تبیین می‌کند (اصغری و نیکلاس، ۲۰۰۱؛ پکونیس، ۲۰۰۹؛ پینکاس و مورلی، ۲۰۰۲؛ ترنر، ارسک و کمپ، ۲۰۰۵؛ تورک، ۲۰۰۲؛ تیلور، دین و سیگرت، ۲۰۰۶؛ رودی، لیبر، بوستون، گارلی و بیسال، ۲۰۰۳؛ کیف، رامبل، سیپیو، جوردانو و پری، ۲۰۰۴؛ نیکلاس، ۲۰۰۷). باورهای خودکارآمدی درد با سطوح کنش وری (آلتمایر، راسل، کاو، لهمان و وین اشتین، ۱۹۹۳؛ گیسر، رایبسون، میلر و بید، ۲۰۰۳)، ادامه فعالیت علی‌رغم تجربه‌ی درد (نیکلاس، ۲۰۰۷)، به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای متفاوت (ترنر و همکاران، ۲۰۰۵) و مؤثر (ترک و اوکیفوجی، ۲۰۰۲) رابطه دارد. خودکارآمدی بالاتر با آستانه بالاتر درد و قدرت تحمل بیشتر درد نیز رابطه دارد (کیف، لفر، ماکسینر، سالس و کالول، ۱۹۹۷)، در رابطه بین ترس از درد با تجربه درد و ناتوانی ناشی از درد، نقش تعدیل‌کننده ایفا می‌کند (وبی، اورمستون و واتسون، ۲۰۰۷) و بر نتایج درمان تأثیر می‌گذارد. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل‌کننده خودکارآمدی درد بر رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد بود. بر این اساس و بر حسب یافته‌های موجود، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفتند: فرضیه‌ی اول: خودکارآمدی رابطه‌ی بین ناگویی هیجانی و شدت درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن تعدیل می‌کند؛ فرضیه‌ی دوم: خودکارآمدی رابطه بین ناگویی هیجانی و ناتوانی ناشی از درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن تعدیل می‌کند.

## روش

### جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی مورد مطالعه در پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - استخوانی بودند که در فاصله زمانی بهار تا پاییز ۱۳۸۸ به درمانگاه درد بیمارستان امام حسین، مرکز جراحی محدود گاندی و بیمارستان اختر تهران مراجعه کرده‌اند. تعداد نمونه در پژوهش حاضر ۱۰۰ بیمار بود که ۳۳ نفر (۳۳٪) از آنها مرد و ۶۷ نفر (۶۷٪) زن بودند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سابقه شکایت از دردهای عضلانی - استخوانی (غیر از سر درد و درد گردن) حداقل در سه ماه گذشته و به صورت هر روزه، سن بالای ۱۸ سال و عدم سابقه‌ی عمل جراحی در سه ماه گذشته. بیمارانی که براساس معیارهای مورد نظر وارد پژوهش شدند، پس از مطالعه فرم رضایت‌نامه و امضای آن (توسط خود یا همراه بیمار در صورت نداشتن سواد)، به تکمیل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۱</sup> (TAS-20)، پرسشنامه‌ی خود کارآمدی درد مزمن<sup>۲</sup> (CPSEQ)، مقیاس دیداری شدت درد<sup>۳</sup> (VAS) و پرسشنامه‌ی ناتوانی ناشی از درد<sup>۴</sup> (PDQ) پرداختند. برای بیماران بی‌سواد و بیمارانی که تنها سواد خواندن و نوشتن داشتند، تمام سوال‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد و تلاش بر این بود تا هر نوع ابهامی در درک سوال‌ها بر طرف شود. میانگین سن بیماران مبتلا به درد مزمن شرکت‌کننده در پژوهش، ۴۵/۷۳ سال و انحراف معیار سن آنها ۱۶/۲۹±، و دامنه‌ی سنی آنها ۱۹-۶۰ سال بود. فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر حسب محل درد عبارت بود از: اندام‌های فوقانی ۲۷ نفر (۲۷٪)، اندام‌های تحتانی ۱۴ نفر (۱۴٪)، کمر درد ۴۷ نفر (۴۷٪) و درد در قسمت‌های مختلف بدن ۱۲ نفر (۱۲٪). از نظر میزان تحصیلات، ۹ نفر (۹٪) بی‌سواد، ۲۶ نفر (۲۶٪) ابتدایی، ۲۰ نفر (۲۰٪) راهنمایی،

1- Toronto Alexithymia Scale

2- Chronic Pain Self-Efficacy Questionnaire

3- Visual Analogue Scale for Pain Severity (VAS)

4- Pain Disability Questionnaire

۲۴ نفر (۲۴٪) دیپلم، ۹ نفر (۹٪) فوق دیپلم، ۹ نفر (۹٪) لیسانس و ۴ نفر (۴٪) فوق لیسانس بودند.

### ابزار سنجش

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات<sup>۱</sup>، دشواری در توصیف احساسات<sup>۲</sup>، و تفکر عینی<sup>۳</sup> را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره‌ی کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴؛ پندی، مندال، تیلور و پارکر، ۱۹۹۶؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ نیز در نمونه‌های ایرانی بررسی و تأیید شده است (بشارت، ۲۰۰۷).

پرسشنامه‌ی خودکارآمدی درد مزمن (CPSEQ): پرسشنامه خودکارآمدی درد مزمن یک ابزار ۱۵ سؤالی است و خودکارآمدی اختصاصی درد مزمن را در سه زمینه مدیریت درد<sup>۴</sup>، عملکرد جسمانی<sup>۵</sup>، و مقابله با نشانه‌ها<sup>۶</sup> در اندازه‌های ۱۰ درجه‌ای از ۱۰ تا ۱۰۰ می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۷ب). حداقل و حداکثر نمره‌ی بیمار در کل پرسشنامه به ترتیب ۱۵۰ و ۱۵۰۰ و در هر یک از زیرمقیاس‌های آن ۵۰ و ۵۰۰ خواهد بود. نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی سطوح بالاتر خودکارآمدی و باورهای مرتبط با این سازه است. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به درد مزمن (n=۱۵۶؛ ۸۷ زن، ۶۹ مرد) بررسی

1- difficulty identifying feelings

3- externally oriented thinking

5- physical function

2- difficulty describing feelings

4- pain management

6- coping with symptoms

و تأیید شد (بشارت، ۱۳۸۷ ب).

مقیاس دیداری شدت درد (VAS): مقیاس دیداری شدت درد یک محور درجه‌بندی شده است که از صفر تا ۱۰۰ نمره‌گذاری شده و از فرد خواسته می‌شود تا شدت درد ادراک شده را بر روی محور به صورت دیداری علامت بزند. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر درد است. از فرد خواسته می‌شود میزان درد ادراک شده در هفته پیش، میزان درد موجود در حال حاضر و میزان پیش‌بینی خود از میزان درد در هفته‌ی آینده را روی سه محور جداگانه مشخص نماید. این مقیاس در پژوهش‌های متعدد به کار رفته است (بلامی و همکاران، ۱۹۹۹؛ بنیم و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از خطیبی، دهقانی، شارپ، آسماندسون و پورا اعتماد، ۲۰۰۹).

اصلا درد ندارم

بیشترین درد ممکن

.

۱۰۰

پرسشنامه‌ی ناتوانی ناشی از درد (PDQ): پرسشنامه‌ی ناتوانی ناشی از درد (رولاند و موریس، ۱۹۸۱؛ به نقل از خطیبی و همکاران، ۲۰۰۹) از ۲۴ جمله در مورد توصیف حالت‌های شخصی تشکیل شده است. از فرد خواسته می‌شود وضعیت حالت فعلی خود را بر حسب جمله‌های آزمون مشخص کند. بر این اساس، نمره‌ی ناتوانی از درد فرد از ۰ تا ۲۴ تعیین می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (اصغری و نیکلاس، ۲۰۰۱؛ اصغری و همکاران، ۲۰۰۸؛ رولاند و فیربانک، ۲۰۰۰؛ دهقانی و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از خطیبی و همکاران، ۲۰۰۹).

#### یافته‌ها

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون بین ناگویی هیجانی، خودکارآمدی و شدت درد به این شرح محاسبه شد: ناگویی هیجانی و خودکارآمدی ( $r = -0/36$  و  $P = 0/001$ )، ناگویی

◀ بررسی نقش تعدیل کننده‌ی خودکارآمدی بر رابطه...

◀ دکتر محمدعلی بشارت و دیگران

هیجانی و شدت درد ( $r=0/51$  و  $P=0/001$ ) و خودکارآمدی و شدت درد در هفته گذشته ( $r=-0/71$  و  $P=0/001$ ).

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده خودکارآمدی در تبیین واریانس شدت درد در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که رابطه‌ی متغیرهای ناگویی هیجانی و خودکارآمدی با شدت درد  $0/76$  بوده که ۵۷ درصد از واریانس نمرات درد را به طور معنادار تبیین می‌کند. مدل ۲ میزان رابطه‌ی بین متغیرهای پیش‌بین ناگویی هیجانی، خودکارآمدی و شدت درد را پس از ورود اثر تعدیل کننده خودکارآمدی نشان می‌دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ ملاحظه می‌گردد که خودکارآمدی سبب افزایش میزان  $R^2$  به  $0/08$  شده که این میزان معنادار است ( $\Delta R^2=0/08$ ،  $\Delta F=7/79$  و  $P=0/001$ ). مدل ۲ نشان می‌دهد که ۸ درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات شدت درد در هفته گذشته توسط اثر تعدیل کننده خودکارآمدی تبیین می‌شود.

جدول (۱) نتایج تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	$R^2$ تعدیل شده	$\Delta R^2$	$\Delta F$	P
۱	0/76	0/57	0/58	66/47	0/001
۲	0/81	0/66	0/08	7/79	0/001

مدل ۱- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی و خودکارآمدی،

مدل ۲- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی، خودکارآمدی و اثر تعدیل کننده خودکارآمدی در تبیین واریانس شدت درد در هفته گذشته.

جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲ را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.



جدول (۲) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	B	SE	$\beta$	t	p
۱- ثابت	۶۹/۱۵	۱/۳۴	۰/۳	۵۱/۵۳	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۶/۰۴	۱/۴۵	-۰/۶۰	۴/۱۸	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	-۱۲/۳۰	۱/۴۵	-۰/۳۵	-۸/۵۰	۰/۰۰۱
۲- ثابت	۶۹/۸۳	۱/۴۳	۰/۲۸	۴۸/۷۹	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۵/۶۷	۱/۴۷	-۰/۵۹	۳/۱۸	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده و کارآمدی	-۱۲/۰۲	۱/۴۶	-۰/۳۱	-۸/۲۵	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	-۵/۹۱	-۴/۱۳	۰/۱۷	-۴/۱۳	۰/۰۰۱

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون بین ناگویی هیجانی، خودکارآمدی و ناتوانی ناشی از درد تحلیل به شرح زیر محاسبه شد: ناگویی هیجانی و خودکارآمدی ( $r = -0/36$ ) و ( $P = 0/001$ )، ناگویی هیجانی و ناتوانی ناشی از درد ( $r = 0/35$ ) و ( $P = 0/001$ ) و خودکارآمدی و ناتوانی ناشی از درد ( $r = -0/86$ ) و ( $P = 0/001$ ).

نتایج تحلیل رگرسیون به منظور بررسی اثر تعدیل کننده‌ی خودکارآمدی در تبیین واریانس ناتوانی ناشی از درد در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می‌دهد که رابطه‌ی متغیرهای ناگویی هیجانی و خودکارآمدی با ناتوانی ناشی از درد  $0/86$  بوده که  $73$  درصد از واریانس نمرات درد را به طور معنادار تبیین می‌کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای پیش‌بین ناگویی هیجانی، خودکارآمدی و ناتوانی ناشی از درد را پس از ورود اثر تعدیل کننده خودکارآمدی نشان می‌دهد. با مقایسه مدل ۱ و ۲ ملاحظه می‌گردد که خودکارآمدی سبب افزایش میزان  $R^2$  به  $0/05$  شده که این میزان معنادار است ( $\Delta R^2 = 0/05$ ،  $\Delta F = 8/38$  و  $p = 0/001$ ). مدل ۲ نشان می‌دهد که  $5$  درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات ناتوانی ناشی از درد توسط اثر تعدیل کنندگی خودکارآمدی تبیین می‌شود.

◀ بررسی نقش تعدیل کننده‌ی خودکارآمدی بر رابطه...

◀ دکتر محمدعلی بشارت و دیگران

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	R	R <sup>2</sup> تعدیل شده	ΔR <sup>2</sup>	ΔF	p
۱	۰/۸۶	۰/۷۳	۰/۷۳	۱۳۳/۹۸	۰/۰۰۱
۲	۰/۸۹	۰/۷۸	۰/۰۵	۶/۳۸	۰/۰۰۱

مدل ۱- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی و خودکارآمدی

مدل ۲- متغیرهای پیش‌بین: ناگویی هیجانی، خودکارآمدی و اثر تعدیل کننده خودکارآمدی در تبیین واریانس ناتوانی ناشی از درد

جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲ را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، فرضیه‌ی دوم پژوهش تأیید می‌شود.

جدول (۴) ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون بر اساس مدل ۱ و ۲

مدل	B	SE	β	t	p
۱- ثابت	۱۴/۵۹	۰/۳۰	۰/۸۹	۴۷/۹۷	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۲/۳	۰/۳۳	۰/۷۱	۷	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	-۴/۸۹	۰/۳۳	-۰/۸۴	-۱۴/۹۱	۰/۰۰۱
۲- ثابت	۱۴/۷۳	۰/۳۲	۰/۸۱	۴۵/۳	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۲/۲۲	۰/۳۳	۰/۶۱	۶/۶۷	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	-۴/۸۳	۰/۳۳	-۰/۸۳	-۱۴/۶۰	۰/۰۰۱
اثر تعدیل کننده خودکارآمدی	-۱/۸۸	۰/۳۲	-۰/۵۶	-۵/۱۷	۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی در رابطه‌ی بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد نقش تعدیل کننده دارد. افزایش خودکارآمدی باعث کاهش تاثیر ناگویی هیجانی بر شدت درد و ناتوانی ناشی از درد شد و کاهش خودکارآمدی تأثیر

ناگویی هیجانی بر شدت درد و ناتوانی ناشی از درد را افزایش داد. این یافته که با نتایج پژوهش‌های قبلی (اصغری و نیکلاس، ۲۰۰۱؛ پکونیس، ۲۰۰۹؛ بینکاس و مورلی، ۲۰۰۲؛ ترنر، ارسک و کمپ، ۲۰۰۵؛ تورک، ۲۰۰۲؛ تیلور، دین و سیگرت، ۲۰۰۶؛ رودی، لیبر، بوستون، گارلی و بیسال، ۲۰۰۳؛ کیف، رامبل، سیپیو، جوردانو و پری، ۲۰۰۴؛ نیکلاس، ۲۰۰۷) مطابقت دارد، بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شود:

۱- بندورا و همکاران (۱۹۸۷)؛ به نقل از وید، (۲۰۰۱)، معتقدند که افراد دارای خود کارآمدی و احساس کنترل بالا هنگامی که با یک محرک دردناک مواجه می‌شوند تولید اپیوئیدهای درونزاد در آنها افزایش می‌یابد که این امر باعث افزایش تحمل در برابر درد و کاهش شدت آن می‌شود.

۲- باورهای مربوط به خودکارآمدی درد با پذیرش درد و آمادگی برای تغییر مرتبط است. فرآیند پذیرش که خاتمه دادن به جنگیدن با درد و یادگیری زندگی با آن را در بر می‌گیرد می‌تواند نتایج مثبت در پی داشته باشد (ایکلستون و مک کراکن، ۲۰۰۳)؛ به نقل از مک کایگن، (۲۰۰۸). آمادگی برای تغییر نیز باعث تمایل مثبت ذهن می‌شود که افراد را برای تغییر، به ویژه در رابطه با استفاده از رویکردهای مدیریت خود برای کنار آمدن با درد برمی‌انگیزد (جامیسون و همکاران، ۱۹۹۷)؛ به نقل از مک کایگن، (۲۰۰۸). بنابراین، پذیرش درد و آمادگی برای تغییر باعث افزایش عاطفه‌ی مثبت می‌شوند (کراتز و همکاران، ۲۰۰۷) که به نوبه‌ی خود از طریق تأثیر بر سیستم درونریز و تولید اپیوئیدهای درونزاد باعث کاهش در شدت درد شده (چارمن، ۱۹۸۹)؛ به نقل از وید، (۲۰۰۱) و با آماده‌سازی فرد برای استفاده از رویکردهای مؤثر مقابله با درد، ناتوانی ناشی از درد را کاهش می‌دهد (زوترا و همکاران، ۲۰۰۵).

۳- احساس خودکارآمدی باعث کاهش عواطف منفی و برانگیختگی فیزیولوژیک همراه آن می‌شود (سیوفی، ۱۹۹۱)؛ به نقل از مک کایگن، (۲۰۰۸) و از این طریق نیز

نقش کاهش‌دهنده‌ای در شدت درد دارد، زیرا عواطف منفی از طریق افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک به افزایش شدت درد منجر می‌شود (فرناندز و ترک، ۱۹۹۵؛ به نقل از وید، ۲۰۰۱). خودکارآمدی همچنین از طریق کاهش آشفتگی‌های مربوط به تنش‌های بدنی ناخوشایند ناشی از درد نیز می‌تواند باعث کاهش در شدت درد شود (دولس، ۱۹۸۷؛ به نقل از ترک و اوکیفوجی، ۲۰۰۲).

۴- براساس نظر بندورا، خودکارآمدی درد منعکس‌کننده‌ی موضوعات رفتاری است و با استفاده از راهبردهای مقابله مرتبط است. افزایش باورهای خودکارآمدی باعث می‌شود فرد به فعالیت‌هایی که ممکن بود به خاطر ترس از افزایش درد از آنها اجتناب کند بپردازد و از این طریق ناتوانی ناشی از درد را کاهش دهد.

به طور خلاصه نتایج پژوهش نشان داد که خودکارآمدی درد رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت و ناتوانی ناشی از درد را تعدیل می‌کند. بر این اساس می‌توان به دو دسته پیامدهای عملی و نظری پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح پیامدهای نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند باعث افزایش دانش روانشناختی در زمینه‌ی عوامل تأثیرگذار بر ایجاد بیماری‌های جسمانی و تداوم آنها شود. به علاوه، شناسایی ویژگی‌های شخصیتی و روانشناختی افراد مبتلا می‌تواند به آنها نیز در جهت شناخت بهتر خویش کمک کند. در سطح پیامدهای عملی، با توجه به افزایش طول مدت درمان و پرهزینه بودن آنها برای فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان، شناسایی عوامل تأثیرگذار و استفاده از اقدامات آموزشی مناسب مانند تدوین برنامه‌های آموزشی جهت بالا بردن سطح بهداشت روانی و به کارگیری درمان‌های روانشناختی مؤثر در کنار درمان‌های رایج و سنتی، می‌تواند به بهبود، پیش‌بینی و پیش‌گیری این بیماری‌ها کمک کند.

**پیشنهادها:** با توجه به این که درد مزمن تحت تأثیر عوامل مختلف زیستی، روانی و اجتماعی قرار دارد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی سایر جنبه‌های روانشناختی و متغیرهای تأثیرگذار بر درد را نیز بررسی کنند تا بتوان از نتایج آنها برای بهبود بیشتر

مداخله‌های روانشناختی استفاده کرد. همچنین با توجه به شیوع بالای دردهای مزمن و هزینه‌های گزافی که از نظر فردی و اجتماعی به دنبال دارند، به کار بردن روش‌های پیشگیرانه برای افرادی که در معرض خطر مزمن شدن درد هستند، با استفاده از شناسایی عوامل خطر ساز و تلاش برای مداخله‌های زود هنگام، امری ضروری است. در این زمینه، تدوین برنامه‌های آموزشی جهت تنظیم و مهار مناسب هیجان‌ها، آموزش مهارت‌های مدیریت شخصی، استفاده از فعالیت‌های ورزشی جهت ایجاد احساس کنترل و پیش‌گیری از افزایش ناتوانی و تشویق بیماران برای شرکت در برنامه‌های درمانی پیشنهاد می‌شود. از طرفی چون پژوهش حاضر روی بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی- استخوانی انجام گرفته است که ممکن است به علت تفاوت در ماهیت بیماری نتوان نتایج را به سایر موقعیت‌های مزمن تعمیم داد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مورد سایر بیماری‌های مزمن نیز انجام شود و نتایج مورد بررسی قرار گیرند.

**محدودیت‌ها:** در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی هدفمند استفاده شده است. در این روش نمونه‌گیری آزمودنی‌ها به این دلیل انتخاب می‌شوند که دارای ویژگی‌های خاصی، از جمله در دسترس بودن، هستند. بنابراین، چون این روش جزء روش‌های غیراحتمالی نمونه‌گیری است ممکن است اعضای نمونه معرف کل جامعه نباشند به همین دلیل، در تعمیم نتایج این پژوهش به کل جامعه‌ی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌بایست احتیاط لازم را به عمل آورد. همچنین اجرای پژوهش در محیط‌های درمانی به علت وضعیت نامناسب روانی و جسمانی بیماران نیز از جمله محدودیت‌های عمده‌ی این پژوهش است که باید مورد توجه قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۱۳۸۹/۰۱/۲۹

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۰۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۱۸

## References

## منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷ الف). هوش هیجانی، نارسایی هیجانی و مشکلات بین شخصی، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۲، ۱۰۱-۱۲۳.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸ ب). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه خودکارآمدی درد مزمن، گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- Ahlberg, J., Nikkila, H., Kononen, M., Partinen, M., Lindholm, H., Sarna, S., & Savolainen, A. (2004). Associations of Perceived Pain and Painless TMD-related Symptoms with Alexithymia and Depressive Mood in Media Personnel with or Without Irregular Shift Work, *Acta Odontol Scand*, 62, 119-23.
- Altmaier, E.M., Russel, D.W., Kao, C.F., Lehmann, T.R., & Weinstein, J.N., (1993). Role of Self-efficacy in Rehabilitation Outcome among Chronic Low Back Pain Patients, *Journal of Counseling Psychology*, 40, 335-9.
- Asghari, A., Julaeiha, S., & Godarsi, M., (2008). Disability and Depression in Patients with Chronic Pain: Pain or Pain-related Beliefs? *Archives of Iranian Medicine*, 11, 263-269.
- Asghari, A., & Nicholas, M.K. (2001). Pain Self- efficacy Beliefs and Pain Behavior: A Prospective Study, *Journal of pain*, 94, 85-100.
- Bach, M., & Bach, D. (1995). Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 43-8.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I Item Selection and Cross-validation of the Factor Structure, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Besharat, M.A. (2007). Reliability and Factorial Validity of Farsi Version of the Toronto Alexithymia Scale with a Sample of Iranian Students. *Psychological Reports*, 101, 209-220.

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال ششم، شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۰

---

- Geisser, M.E., Robinson, M.E., Miller, Q.L., & Bade, S.M. (2003). Psychosocial Factors and Functional Capacity Evaluation among Persons with Chronic Pain, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 259-276.
- Hosoi, M., Molton, I.R., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Amtmann, S., O'Brien, S., Wrimura, T., & Kubo, C., (2010). Relationship among Alexithymia and Pain Intensity, Pain Interference, and Vitality in Persons with Neuromuscular Disease: Considering the Effect of Negative Affectivity. *Pain*, 149, 273-277.
- Huber, A., Suman, A.L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in Fibromyalgia Syndrome: Associations with Ongoing Pain, Experimental Pain Sensitivity and Illness Behavior, *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 425-33.
- International Association for the Study of Pain, Classification of Chronic Pain, Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definition of Pain Terms, *Pain* (1986), 31-222.
- Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Maixner, W., Salley, A.N., & Caldwell, D.S. (1997). Self-efficacy for Arthritis Pain: Relationship to Perception of Thermal Laboratory Pain Stimuli, *Arthritis Care Research*, 10, 177-84.
- Keefe, F.J., Rumble, M.E., Scipio, C.D., Giordano, L.A., & Perri, L.M. (2004). Psychological Aspects of Persistent Pain: Current State of the Science, *Journal of Pain*, 5, 195-211.
- Asghari, A., & Nicholas, M.K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and Pain Behaviour: A Prospective Study, *Pain*, 94, 85-100.
- Khatibi, A., Dehghani, M., Sharpe, L., Asmundson, G.J.G., & Pouretamad, H. (2009). Selective Attention towards Painful Faces among Chronic Pain patients: Evidence from a Modified Version of Dot-probe, *Journal of pain*, 142, 42-47.
- Kosrurek, A., Gregory, R.J., Sousou, A., & Trife, P. (1998). Alexithymia and Somatic Amplification in Chronic Pain, *Journal of Psychosomatics*, 39, 399-404.

- Kratz, A.L., Davis, M.C., & Zautra, A.J. (2007). Pain Acceptance Moderates the Relation between Pain and Negative Affect in Female Osteoarthritis and Fibromyalgia Patients, *Ann Behavioral Medicine*, 33, 291-301.
- Lumley, M.A., Radcliffe, A.M., Macklem, D.J., Mosley-Williams, A., Leisen, J.C., Huffman, J.L., D'Souza, P.J., Gillis, M.E., Meyer, T.M., Kraft, C.A., & Rapport, L.J. (2005). Alexithymia and Pain in Three Chronic Pain Samples: Comparing Caucasians and African Americans, *Pain and Medicine*, 6, 251-61.
- Lumley, M.A., Smith, J.A., & Longo, D.J. (2002). The Relationship of Alexithymia to Pain Severity and Impairment among Patient Chronic Myofascial Pain Comparison with Self-efficacy, Catastrophizing and Depression, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 823-830.
- McGuigan, J. (2008). *Catastrophizing and Increasing Behavioral Activity as Mediators of the Pain Self-efficacy Depression Relationship in Chronic Low Back Pain*, A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology Seattle Pacific University.
- Mehling, W.E., & Krause, N. (2007). Alexithymia and 7.5-year Incidence of Compensated Low Back Pain in 1207 Urban Public Transit Operators, *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 667-74.
- Nicholas, M. K. (2007). The Pain Self-efficacy Questionnaire: Taking Pain into Account, *European Journal of Pain*, 11, 153-63.
- Palmer, B.R., Gignac, G., Manocha, R., & Syough, C. (2004). A Psychometric Evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285-305.
- Pandey, R., Mandal, M.K., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1996). Cross-Cultural Alexithymia: Development and Validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale, *Journal of Clinical Psychology*, 52, 173-176.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001). The Relationship between Emotional Intelligence and Alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.



- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III Reliability and Factorial Validity in a Community Population, *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Pecukonis, E.V. (2009). Physical Self-efficacy and Alexithymia in Women with Chronic Intractable Back Pain, *Pain Management Nursing*, Vol. 10, No. 3, 116-123.
- Pincus, T., & Morley, S. (2002). Cognitive Appraisal, In S.J. Linton (Ed.), *New Avenues for the Prevention of Chronic Musculoskeletal Pain and Disability, Pain Research and Clinical Management* (vol. 12, pp. 123-142). Seattle, WA: Elsevier Science.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., Todarello, O. (2007). Alexithymia, Coping, and Illness Behavior Correlates of Pain Experience in Cancer Patients, *Psychooncology*, 16, 644-50.
- Rudy, T.E., Lieber, S.J., Boston, J.R., Gourley, L.M., & Baysal, E. (2003). Psychosocial Predictors of Physical Performance in Disabled Individuals with Chronic Pain, *Clinical Journal of Pain*, 19, 18-30.
- Taylor, G.J., & Bagby, M. (2000). An Overview of the Alexithymia Construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, W.J., Dean, S.G., & Siegert, R.J. (2006). Differential Association of General and Health Self-efficacy with Disability, Health-related Quality of Life and Psychological Distress from Musculoskeletal Pain in a Cross-sectional General adult Population Survey, *Pain*, 125, 225-32.
- Turk, D.C. (2002). A Diathesis-stress Model of Chronic Pain and Disability Following Traumatic Injury, *Pain Research Management*, 7, 9-19.
- Turk, D.C., & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70, No. 3. 678-690.
- Turk, D.C., & Monarch, E.S. (2006). Chronic Pain, In P. Kennedy, & S. Llewelyn (Eds.), *The Essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 111-134).

- Turner, J.A., Ersek, M., & Kemp, C. (2005). Self-efficacy for Managing Pain Is Associated with Disability, Depression, and Pain Coping among Retirement Community Residents with Chronic Pain, *Journal of Pain*, 6, 471-9.
- Wade, B.L. (2001). *The Meaning of Chronic Pain*, Submitted in Part Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science, In the Subject Psychology at the University of South Africa.
- Woby, S.R., Urmston, M., & Watson, P.J. (2007). Self-efficacy Mediates the Relation between Pain-related fear and Outcome in Chronic Low Back Pain Patients, *European Journal of Pain*, 11, 711-8.
- Zautra, A.J., Johnson, L.M., & Davis, M.C. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212-220.