

نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، ادراک درد و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن

زهرا رضائی^۱، نجمه فتح^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف 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 صورت گرفت. این پژوهش در زمره طرح‌های توصیفی-همبستگی قرار داشت. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۶۰ سال مبتلا به درد مزمن در سطح شهر شیراز بود که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کردند و از بین آن‌ها ۱۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده شامل پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، مقیاس ناگویی خلقی تورنتو، پرسشنامه درد مگ گیل و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده بود. جهت آزمون برازندگی مدل آماری از روش تحلیل مسیر به وسیله نرم افزار AMOS استفاده شد. نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نقش واسطه‌ای بین ناگویی خلقی و ادراک درد ندارند، اما رابطه بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده را بصورت معنی‌داری واسطه‌گری می‌کنند. به طور کلی می‌توان چنین گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌توانند رابطه بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده را واسطه‌گری کنند.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، ناگویی خلقی، ادراک درد، حمایت اجتماعی ادراک شده، درد مزمن

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد شیراز، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

* نویسنده مسؤل مقاله: najmehfath@yahoo.com

مقدمه

درد مزمن یک مشکل سلامت قابل توجه در سراسر جهان است (Shibata et al, 2014). شاید درد عمومی‌ترین فشار روانی باشد که با آن روبرو می‌شویم. درد را تجربه جسمی و هیجانی ناخوشایندی تعریف کرده‌اند که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است یا برحسب چنین آسیبی توصیف می‌شود (Gatchel and Turk, 1996). درد مزمن یک مشکل رایج با شیوع تقریبی ۴۰٪ از جمعیت کلی است. فشار و تاثیر درد بر اقتصاد، بزرگ و عظیم است (Tella et al, 2016). طبق برآورد سازمان جهانی سلامت، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهند بود و دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد (Epping-jordan et al, 2001). یک فاکتور بالقوه که ممکن است در پیشرفت و حفظ درد مزمن سهیم باشد ناگویی خلقی است. ناگویی خلقی برچسبی است که برای توصیف یک صفت شخصیتی مرتبط با ناتوانی در تنظیم عواطف منفی استفاده می‌شود (Bratis et al, 2009). ناگویی خلقی اصطلاحی است که سیفونوس برای اولین بار آن را مطرح کرد و عبارت از ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ات است. این سازه از مولفه‌های دشواری در شناسایی احساسات (Difficulty Describing Feelings)، دشواری در توصیف احساسات (Difficulty Describing Feelings) و تفکر معطوف به بیرون (Externally Oriented Thinking) تشکیل شده است. کل این مشخصه‌ها که ناگویی خلقی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ات می‌باشند (Bratis et al, 2009; Sifneos, 1973). شواهد زیادی نشان می‌دهند که ناگویی خلقی و دشواری در شناسایی و ابراز هیجان‌ات با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون بیماری التهاب روده، کمر درد مزمن، اختلال درد بدنی و سردردهای تنشی ارتباط دارند (Mousavi et al, 2014). عده‌ای از پژوهشگران معتقدند افراد مبتلا به ناگویی خلقی از ظرفیت کمتری جهت سازگاری با موقعیت‌های استرس‌آور برخوردارند (Evren et al, 2012). از جمله متغیرهای مهمی که در بیماران روان‌تنی و به ویژه در بیماران مبتلا به درد مزمن، تعیین کننده است، نحوه ادراک درد (Pain Perception) و همچنین ادراک آن‌ها از میزان حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده و محیط پیرامون می‌باشد. در حقیقت هر دوی این متغیرها در افزایش کیفیت زندگی، سلامت و بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن نقش به‌سزایی دارند. ادراک درد یک تجربه چند بعدی است که می‌توان این تجربه را در سه بعد حسی، عاطفی و ارزشیابی بررسی نمود. بعد حسی، نشان‌دهنده زمان، مکان، فشار و دیگر خصوصیات مربوط به کیفیت‌های حسی تجربه درد است. بعد عاطفی نشان‌دهنده تنیدگی، ترس و ویژگی‌های سیستم خودکار که جزیی از تجربه درد است، و بعد ارزشیابی، نشان‌دهنده شدت ذهنی تجربه کلی درد است (Melzak, 1983; Vesal, 2015). مطالعات مختلف

نشان می‌دهند حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی افراد نقش مهمی داشته و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوان ناشی از محیط و جامعه تاثیر دارد. همین‌طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی، میزان مرگ و میر بیماران و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در آن‌ها کمتر می‌شود (Callaghan and Morrissey, 1993). حمایت اجتماعی به رفتارهای حمایتی و منابع پیوندهای اجتماعی که شامل حمایت هیجانی، صمیمیت، تعامل مثبت و حمایت مادی می‌شود، اشاره دارد (Harris, 2001). نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده (perceived social support) بر این امر اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به بیان دیگر روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آن‌ها که فرد آن‌ها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (Streeter and Franklin, 1992).

حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس توان مقابله فرد را تقویت می‌کند و در نتیجه باعث تقویت احساس عزت نفس، اعتماد به نفس و سازگاری روان‌شناختی افرادی که با استرس‌های عمده سلامتی مواجه می‌شوند، می‌شود (Akker, 2007). در واقع، به همراه راهبردهای مقابله‌ای موثر، حمایت اجتماعی ادراک شده مناسب، یک منبع بسیار مهم برای فرد است تا بتواند در شرایط سخت و دشوار همچون تشخیص بیماری مزمن، بر آن تکیه و حساب کند (Tella et al, 2017). به نظر می‌رسد که عامل مهمی که می‌تواند نحوه تاثیر گذاری ویژگی شخصیتی ناگویی خلقی بر متغیرهای ادراک درد و حمایت اجتماعی ادراک شده را تحت تاثیر قرار دهد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (cognitive emotion regulation strategies) است. تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود (Aldao et al, 2010). افراد ممکن است در پاسخ به تنیدگی‌های زندگی از راهبردهای متفاوت تنظیم شناختی هیجان استفاده کنند. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دو دسته‌اند: راهبردهای سازگارانه (Adaptive strategies) شامل پذیرش (Acceptance)، تمرکز مجدد مثبت (Positive Refocusing)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (Refocus On Planning)، ارزیابی مجدد مثبت (Positive Reappraisal)، اتخاذ دیدگاه (Putting into Perspective) و راهبردهای ناسازگارانه (Maladaptive strategies) شامل سرزنش خود (Self-Blame)، سرزنش دیگران (Other-Blame)، نشخوار ذهنی (Rumination) و فاجعه‌آمیز پنداری (Catastrophizing) است (Garnefski et al, 2002). تحقیقات نشان داده‌اند که مشکلات موجود در تنظیم هیجان با ناگویی خلقی رابطه مثبت معنی‌دار دارد (Khodabakhsh and Kiani, 2016). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به دو شیوه سازگارانه و ناسازگارانه بر حمایت اجتماعی ادراک شده تاثیر بگذارد. افرادی که از راهبردهای شناختی سازگارانه بهره می‌گیرند، نسبت به کسانی که از راهبردهای شناختی ناسازگارانه استفاده

می‌کنند، غالباً حمایت اجتماعی بیشتری از خانواده دریافت می‌کنند. به این ترتیب، تنظیم هیجانات، ما را قادر می‌سازد با انعطاف بیشتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ دهیم (Mohammadi et al, 2015). با توجه به موارد فوق، این سوال پژوهشی مطرح شده است که آیا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی، ادراک درد و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن نقش واسطه‌ای دارند؟

روش، جامعه و نمونه آماری پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۶۰ سال مبتلا به درد مزمن در سطح شهر شیراز می‌باشد که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کردند. روش گردآوری اطلاعات به شیوه پرسشنامه‌ای و به صورت انفرادی انجام شد. در ابتدا پزشک یا مسئولین مربوطه با بررسی پرونده و وضعیت فعلی بیمار، بیماران مبتلا به درد مزمن را به پژوهشگر ارجاع می‌دادند. سپس با توضیح هدف پژوهش و این‌که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، رضایت شرکت کنندگان کسب و علاقه آن‌ها برای شرکت در پژوهش با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش جلب شد. ملاک‌های ورود شامل مونث بودن، محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال، داشتن درد مزمن غیر سرطانی، گزارش درد در اغلب روزها به مدت ۳ ماه، طی حداقل ۶ ماه گذشته و تحصیلات دیپلم و بالاتر بود. بیماران در صورت عدم دارا بودن ملاک‌های ورود، داشتن سابقه سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، سابقه جراحی در ۳ ماه اخیر و ناقص پرکردن پرسشنامه‌ها از گروه نمونه خارج می‌شدند.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط تیلور، بگی و پارکر تجدید نظر شد. این مقیاس یک آزمون ۲۰ سوالی و به صورت جملات خبری در مورد آزمودنی است که فرد باید سطح موافقت و مخالفت خود را با گویه‌ی مربوطه بر اساس گزینه‌های ارائه شده مشخص کند. گزینه‌های ارائه شده برای تمام گویه‌ها به صورت یکسان بوده و در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای "کاملاً مخالفم" با ارزش نمره‌گذاری یک تا "کاملاً موافقم" با ارزش نمره‌گذاری ۵، نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون را شامل می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است (Parker et al, 2001). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی

همسانی درونی خوب مقیاس است (Besharat et al, 2014). پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته از $r=0/70$ تا $r=0/77$ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، $0/81$ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی درد مک‌گیل (MPQ) حاصل تلاش‌های ملزاک و تورگرسون در سال ۱۹۷۱، برای ارائه مقیاسی جامع برای سنجش درد با استفاده از تحلیل واژگانی که برای توصیف درد به کار می‌رود می‌باشد (Melzak, 1983). این پرسشنامه، ادراک درد را در چهار بعد درد حسی، درد عاطفی، ارزیابی درد و دردهای گوناگون اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل ۲۰ مجموعه کلمه است که ۱۰ مجموعه اول مربوط به درد حسی، ۵ مجموعه بعدی مربوط به درد عاطفی، مجموعه شانزدهم مربوط به ارزیابی درد و مجموعه ۱۷ تا ۲۰ مربوط به دردهای گوناگون است. آزمودنی با توجه به ادراک خود از تجربه درد فعلی کلمه مورد نظر را در هر مجموعه انتخاب می‌کند که با توجه به ترتیب کلمات، شدت درد از بالا به پایین، نمره گذاری می‌شود. مرادی‌فر (۱۳۹۲) روایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد. پایایی آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن، $0/67$ به دست آمد که اعتبار متوسط و قابل قبولی می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، $0/83$ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) دارای ۱۲ ماده است که توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی طراحی شده است. شیوه نمره گذاری این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (از ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۷ برای کاملاً موافقم) است و همه ماده‌ها در جهت مثبت نمره گذاری می‌شود. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را بین $0/91-0/85$ و به شیوه بازآزمایی $0/72-0/85$ گزارش کرده‌اند. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین $0/76$ تا $0/89$ به دست آورده‌اند. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب $0/86$ ، $0/86$ و $0/82$ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، $0/82$ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، پرسشنامه‌ای خودسنجی است که در سال ۱۹۹۹ توسط گارنفسکی، کریچ و اسپینهوون طراحی شده و در سال ۲۰۰۱ به چاپ رسیده است. این پرسشنامه شامل ۹ زیر مقیاس و دارای ۳۶ ماده است. در این پرسشنامه راهبردهای: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه سازی راهبردهای منفی تنظیم هیجان و راهبردهای:

پذیرش، توجه مجدد بر برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، برخی اوقات، به ندرت و هرگز) جمع‌آوری می‌شود. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای راهبردهای سازگارانه، ۰/۸۷ برای راهبردهای ناسازگارانه و ۰/۹۳ برای کل پرسشنامه گزارش کردند. سامانی و صادقی (۱۳۸۹)، نیز دامنه ضریب پایایی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۲ و برای راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۸/۵ بود. به منظور بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن از روش تحلیل مسیر به وسیله نرم افزار AMOS برای ارزیابی مدل مورد نظر استفاده شد. برای این که مشخص شود مدل پیشنهادی ما تا چه حد مناسب و برازنده داده‌های پژوهش است از آزمون‌های برازندگی مدل استفاده شده است. نتایج حاصل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: بررسی شاخص‌های کلی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و ادراک درد

RMSEA	PCFI	PNFI	TLI	CFI	χ^2/DF	P	df	χ^2
۰/۲	۰/۲۵	۰/۲۵	۰/۲۹	۰/۷۶	۹/۰۱	۰/۰۰۱	۲	۱۸/۰۳

چنانچه در جدول ۱ آمده است، مقدار شاخص خی دو (۱۸/۰۳) معنادار می‌باشد (عدم معناداری خی دو معیار برازندگی مدل است). نسبت خی دو نیز بر درجه آزادی (۹/۰۱) در فاصله قابل قبول برازش (۱ تا ۳) قرار ندارد. شاخص‌های برازش تطبیقی CFI، TLI (فاصله قابل قبول، بزرگتر از ۰/۹) حاکی از عدم برازش داده‌ها با مدل اصلی است. مقدار شاخص‌های مقتصد (PCFI، PNFI) نیز نشان می‌دهد که اقتصاد مدل رعایت نشده است (باید حدود ۰/۵ باشند). همچنین مقدار ۰/۲ برای شاخص RMSEA (مقدار قابل قبول: کمتر از ۰/۰۸) به معنای عدم برازش مدل و عدم تایید نهایی آن است. پس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و ادراک درد در بیماران با درد مزمن نقش واسطه‌ای ایفا نمی‌کند. جدول ۲، خلاصه پارامترهای برآورد

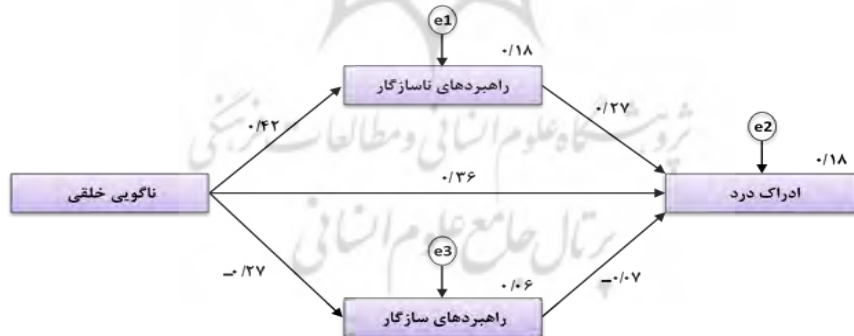
شده نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و ادراک درد را نشان می‌دهد.

جدول ۲: خلاصه پارامترهای برآورد شده نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در

رابطه بین ناگویی خلقی و ادراک درد

پارامتر	برآورد استاندارد (اثر مستقیم)	مقدار بحرانی	سطح معناداری	اثر غیر مستقیم	اثر کل
ناگویی خلقی ← ادراک درد	۰/۳۶	۴/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۳	۰/۴۱
ناگویی خلقی ← راهبردهای ناسازگار	۰/۴۲	۵/۹۸	۰/۰۰۱	----	۰/۴۲
ناگویی خلقی ← راهبردهای سازگار	-۰/۲۷	-۳/۲	۰/۰۱	----	-۰/۲۵
راهبردهای ناسازگار ← ادراک درد	۰/۲۷	۳/۵۲	۰/۰۰۱	----	۰/۲۷
راهبردهای سازگار ← ادراک درد	-۰/۰۷	-۱/۱	۰/۳	----	-۰/۰۷

در جدول ۲، ضریب تأثیر مستقیم ناگویی خلقی بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگار ۰/۴۲ است و در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. همچنین ضریب تأثیر مستقیم ناگویی خلقی بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان سازگار -۰/۲۷ است و در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. ضریب تأثیر مستقیم راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگار بر ادراک درد ۰/۲۷ است و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. همچنین ضریب تأثیر مستقیم راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان سازگار بر ادراک درد -۰/۰۷ است که معنی‌دار نمی‌باشد. به طور کلی اثر غیر مستقیم ناگویی خلقی بر ادراک درد (۰/۱۳) معنی‌دار نمی‌باشد.



شکل ۱. مدل نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و

ادراک درد

همچنین به منظور بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن نیز از روش تحلیل مسیر به وسیله نرم افزار AMOS استفاده شد. به این منظور روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم-افزار مدنظر قرار گرفت. جدول ۳، شاخص‌های کلی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می‌دهد.

جدول ۳: بررسی شاخص‌های کلی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده

RMSEA	PCFI	PNFI	TLI	CFI	χ^2/DF	P	df	χ^2
۰/۰۳	۰/۳۳	۰/۳۲	۰/۹۸	۰/۹۹	۱/۱۳	۰/۳۲	۲	۲/۲۷

چنانچه در جدول ۳ مشخص است، مقدار شاخص خی دو (۲/۲۷) معنادار نمی‌باشد (عدم معناداری خی دو معیار برازندگی مدل است). نسبت خی دو بر درجه آزادی (۱/۱۳) در فاصله قابل قبول برآزش (۱ تا ۳) قرار دارد و کاملاً قابل قبول است. شاخص‌های برآزش تطبیقی CFI، TLI (فاصله قابل قبول، بزرگتر از ۰/۹) حاکی از برآزش داده‌ها با مدل اصلی است. مقدار شاخص‌های مقتصد (PCFI، PNFI) نیز نشان می‌دهد که اقتصاد مدل رعایت شده است (باید حدود ۰/۵ باشند). هم‌چنین مقدار ۰/۰۳ برای شاخص RMSEA (مقدار قابل قبول: کمتر از ۰/۰۸) به معنای برآزش داده‌ها با مدل و تایید نهایی آن است. پس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران با درد مزمن نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

جدول ۴: خلاصه پارامترهای برآورد شده نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده

پارامتر	برآورد استاندارد	مقدار بحرانی	سطح معناداری	اثر غیر مستقیم	اثر کل
ناگویی خلقی ← حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۱۳	-۱/۵۱	۰/۰۵	-۰/۱۲	-۰/۲۱۲
ناگویی خلقی ← راهبردهای ناسازگار	۰/۴۳	۳/۸۸	۰/۰۰۱	----	۰/۴۳
ناگویی خلقی ← راهبردهای سازگار	-۰/۲۵	-۲/۶۶	۰/۰۱	----	-۰/۲۵
راهبردهای ناسازگار ← حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۷	-۰/۹۴	۰/۳۴	----	-۰/۰۷
راهبردهای سازگار ← حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۳۴	۴/۵۵	۰/۰۰۱	----	۰/۳۴

در جدول ۴، ضریب تأثیرمستقیم ناگویی خلقی بر راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار ۰/۴۳ است و در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. همچنین ضریب تأثیرمستقیم ناگویی خلقی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار ۰/۲۵- است و در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. ضریب تأثیر مستقیم راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار بر حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۰۷- است که معنی‌دار نمی‌باشد. همچنین ضریب تأثیر مستقیم راهبردهای تنظیم شناختی سازگار بر حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۳۴ است و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. اثر غیر مستقیم ناگویی خلقی بر حمایت اجتماعی ادراک شده برابر با ۰/۱۲- می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های به دست آمده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نقش واسطه‌ای معناداری بین ناگویی خلقی و ادراک درد را ایفا نمی‌کنند. تاکنون پژوهشی جهت تایید نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی خلقی و ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام نشده است. اما می‌توان گفت با پژوهش (Gorbani et al, 2016) و (Besharat et al, 2013) از این نظر که اثر غیر مستقیم ناگویی خلقی بر سایر ویژگی‌های مرتبط با درد را بررسی کردند در یک راستا و همسو نمی‌باشد. مشاهده شده است که افراد با سطوح بالاتر ناگویی خلقی از راهبردهای تنظیم هیجان کمتر کارآمد استفاده می‌کنند (Swart et al, 2009). این مسئله قطعا راهبردهایی که فرد در برخورد با مشکلات متعدد و از جمله درد مزمن و چگونگی کنار آمدن با آن که در این پژوهش مد نظر ما بوده است را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین از آنجا که افراد با ناگویی خلقی بالا راهبردهای تنظیم شناختی نارسازگراتر هم‌چون سرزنش خود، فاجعه‌سازی و نشخوار ذهنی را بکار می‌گیرند و با توجه به مشکل در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار مثل ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، نحوه کنار آمدن با درد مزمن در این افراد دچار مشکل می‌کند. در تبیین نتیجه به دست آمده شاید بتوان چنین نیز مطرح کرد که نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت‌های شناختی نمادین در افراد مبتلا به ناگویی خلقی، عامل آسیب‌پذیری آن‌ها در مقابله با استرس است و درد مسیری است که از طریق آن عواطف و احساسات فرد در رابطه با عوامل استرس‌زای زندگی، خود را در قالب نشانه‌های بدنی متجلی می‌سازد (Hosoi et al, 2010). از طرفی، ناگویی خلقی با تقویت نشانه‌های جسمی که به صورت تمایل به تمرکز بر احساسات جسمی تعریف می‌شود نیز رابطه دارد. به همین دلیل، افراد مبتلا به ناگویی خلقی بر تظاهرات جسمی مربوط به برانگیختگی خود متمرکز می‌شوند و به دنبال آن به تفسیر نادرست این احساسات می‌پردازند (Besharat et al, 2013; Kosrurak et al, 1998). بیماران با

ناگویی خلقی، پریشانی درون خود را با واکنش‌های بدنی نشان می‌دهند که در نتیجه آن درد و ناراحتی بیشتری را احساس می‌کنند (Molavi et al, 2015). بنابراین با توجه به ویژگی‌های افراد با ناگویی خلقی همچون، تجربه برانگیختگی بیش از حد سمپاتیک به صورت مزمن، تمرکز بیش از اندازه بر بدنشان، احساسات جسمی ناخوشایند و افزایش احتمال شکایات بدنی (Lumley and Radcliff, 2005) شاید بتوان ذکر کرد که ناگویی خلقی به قدری در پیش‌بینی ادراک درد قدرتمند است که تاثیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در ادراک درد نتواند واسطه‌گر این رابطه باشد. بر اساس یافته‌ها راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نقش واسطه‌ای معناداری بین ناگویی خلقی و حمایت اجتماعی ادراک شده دارد. می‌توان گفت که نتایج حاصل از بررسی این فرضیه تاحدودی با نتایج حاصل از پژوهش‌های (Lopez-Martinez et al, 2008)، (Cano, 2004)، (Mohammadi et al, 2015)، (Gorbani et al, 2012) و (Davoodi et al, 2012) همسو می‌باشد. در خصوص افراد با ناگویی خلقی این فرض وجود دارد که آنها در تنظیم هیجانات خود، پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، بازشناسی، آشکار سازی و تنظیم هیجان‌ها ناتوان‌اند (Kreitler, 2002). افراد با ناگویی خلقی بالاتر به احتمال بیشتری راهبردهای تنظیم هیجان نامناسب و معیوبی را اتخاذ می‌کنند (Chen et al, 2011). مشاهده شده است که افراد با سطوح بالاتر ناگویی خلقی، از راهبردهای تنظیم هیجان کمتر کارآمد استفاده می‌کنند (Swart et al, 2009). بر اساس نتایج (Issazadegan and fathabadi, 2012) هر چقدر ناگویی خلقی بالاتر باشد، فرد از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار کمتری استفاده می‌کند. یکی از مشکلات افراد مبتلا به ناگویی خلقی، شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران است. برقراری روابط بین فردی مطلوب مستلزم شناخت صحیح هیجان‌های خود و دیگران است. نارسایی در شناخت صحیح هیجان‌ها فرد را در زمینه روابط بین فردی با مشکلات متعددی مواجه می‌سازد. نتایج پژوهش (Connelly and Denny, 2007) نشان داد که نقص و نارسایی در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به ناگویی خلقی، با عواطف منفی بیشتری همراه است. عواطف منفی دو پیامد اصلی دارند: ۱- فاصله گرفتن از دیگران و گسستن تدریجی شبکه‌های اجتماعی، ۲- تضعیف توان همدلی و همدردی با دیگران، هر یک از این دو پیامد می‌تواند در ایجاد و یا تداوم مشکلات بین فردی نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد (Besharat et al, 2014). ناگویی خلقی به دلیل ویژگی‌های مطرح شده قادر به پیش‌بینی حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران درد مزمن می‌باشد اما بخشی از این تاثیر از طریق راهبردهای تنظیم شناختی هیجان صورت می‌گیرد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار این امکان را برای فرد فراهم می‌سازند تا در عرصه روابط عاطفی و اجتماعی بتوانند هیجان‌ها را مدیریت، مشکلات بین فردی کمتر و حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتری را تجربه کنند. با توجه به این‌که راهبردهای تنظیم

شناختی هیجان‌سازگار از مولفه‌های مختلفی چون پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه تشکیل شده است می‌توان گفت که این راهبردها می‌توانند واسطه تاثیر ناگویی خلقی بر حمایت اجتماعی ادراک شده باشند. هر چه شدت ابتلا به ناگویی خلقی کمتر باشد و فرد بیشتر بتواند از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده کند، میزان درک فرد از حمایت اجتماعی بالاتر خواهد بود. برای مثال، بزرگسالانی که ارزیابی مجدد مثبت بیشتری را بکار می‌گیرند عملکرد اجتماعی بیشتر و بهتری دارند (John and Gross, 2004). هم‌چنین بکارگیری تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی سطح آشننگی مرتبط با مشکلات عملکرد اجتماعی را به صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی می‌کند (Mihalca and Tarnavska, 2013). بنابراین، از آنجایی که افراد با ناگویی خلقی در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌سازگار مشکل دارند و از راهبردهای ناسازگار استفاده می‌کنند از این طریق بر درک افراد از حمایت اجتماعی تاثیر منفی می‌گذارد.

سیاسگزاری

شایسته است از تمامی بیماران عزیزی که در این پژوهش شرکت کرده و با وجود شرایط سخت ناشی از بیماری، با صبر و حوصله به سوالات تحقیق پاسخ گفتند، سیاسگزاری نموده و صحت و سلامتی آنان را آرزومندم.

References

- Akker, v.d. (2007). psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human reproduction update*, 13(1),53-62.
- Aldao, E., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30, 217-237.
- Besharat, M. A., Ofoghi, Z., Aghaei Sabet, S., Habibnezhad, M., Pournaghdali, A., & Geranmayepour, S. (2014). Moderating effect of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia and interpersonal problems. *Advances in cognitive science*, 15(4), 43-52.
- Besharat MA, Koochi S, Dehghani M, Farahani H, Momenzadeh S. survey of moderating role of positive and negative affections on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients. *CPAP 2013*; 2(7): 103-113.
- Bratis, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., Zoumakis, E., & Ilias, I. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human resources for health*, 7(72), 1-6.

- Callaghan, P., Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of advanced nursing*, 18, 203-210.
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*, 110(3), 656-64.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. C. (2011). Alexithymia and emotional regulation: a cluster analytical approach. *BMC psychiatry*, 11(33), 1-6.
- Connelly, M., Denney, D, R. (2007). Regulation of emotion during experimental stress in alexithymia. *Journal of psychosomatic research*, 62, 649-656.
- Davoodi, I., Zargar, Y., Mozafari pour, E., Nargesi, F., & Mola, K. The relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. *Journal of health psychology*, 1(1), 54-67.
- Epping-jordan, J., Bengoa, R., Kawar, R., & Sabate, E. (2001). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *British medical journal*, 323, 947-8.
- Evren, C., Cagil, D., Ulka, M., Ozcetinkaya, S. & Yigiter, S. (2012). Relation between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53, 860-867.
- Garnefski, N., Kommer, T., Kraaiji, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation and emotional problems: Comparison between a clinical and non-clinical sample. *European journal of personality*. ,23(16), 403-420.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioner s handbook*. New York: Guilford Press.
- Gorbani, E., Issazadegan, A., & Saffarinia, M. (2012). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and perceived social support among individuals with multiple sclerosis. *International research journal of applied and basic sciences*, 3, 2647-2650.
- Gorbani, F., Kosravani, V., Ardakani, R., Alvandi, A., & Akbari, H. (2016). The mediating effects of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia and physical symptoms. *Psychiatric research*, 1-29.
- Harris, C. R. (2001). Cardiovascular responses of embarrassment and effects of emotional suppression in a social setting. *Journal of personality and social psychology*. 81, 886-897.
- Hosoi, M., Molton, I., Jensen, M., Ehde, D., Amtmann, S., O'Brien, S., & (2010). Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and validity in persons with neuromuscular disease: considering the effect of negative affectivity. *Pain*, 149, 273-277.

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Personality, 6*(72), 1301-1334.
- Khodabakhsh, M. R., & Kiani, F. (2016). The mediator role of emotion regulation difficulties in relationship between alexithymia and disordered eating behaviors among students allameh tabatabai university. *Qom univ med sci journal, 10*(2), 44-51.
- Kosrurek A, Gregory RJ, Sousou A, trife P. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Journal of psychosomatic 1998; 39: 399-404.*
- Kreitler, S. (2002). The psychosemantic approach to alexithymia. *Personality and individual differences, 33*, 393-407.
- Lopez-Martinez, A., Esteve-Zarazaga, R., & Ramirez-Maestre, C. Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The journal of pain, 9*(4), 373-379.
- Lumley, M., & Radcliff, A. (2005). Alexithymia and pain in three chronic pain samples: comparing Caucasians and African americans. *Pain medicine, 6*(3), 251-261.
- Melzak, R. (1983). "The Mc Gill pain questionnaire", *Pain Measurement and Assessment, 16*, 41-47.
- Mihalca, A. M., & Tarnavska, Y. (2013). Cognitive emotion regulation strategies and social functioning in adolescents. *Social and behavioral sciences, 82*, 574-579.
- Mohammadi, L., Tnha, Z., & Rahmani, S. (2015). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and high risk behaviors by mediating perceived social support. *Journal of modern psychological research, 10*(39), 161-187.
- Molavi, P., Mikaeili, N., Daneshvar, S., Narimani, M., & Mehri, S. (2015). The role of denial and alexithymia on pain perception in women with breast cancer. *The journal of Urmia universityof medical sciences, 26*(2), 102-111.
- Mousavi, E., Alizadeh, T., Yavari Kermani, M., & Pourhossein, R. (2014). The role of alexithymia and emotional expressivity in predicting somatization symptoms among veterans. *Journal of military psychology, 5*(19), 19-28.
- Parker, D.A., Taylor, G., & Bagby, R.M. (2001).The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and individual differences, 30*, 107-115.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patient. *Psychotherapy and psychosomatics , 22*,255-262.
- Shibata, M., Ninomia, T., Jesen, M., Anno, K., Yonemoto, K., & Makino, S. (2014). Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and

- negative affect and with lower life satisfaction in a general population: the hisayama study. *Plos one*, 9,3, 1-8.
- Streeter, C.L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for Social Work Practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive- emotional processing. *Plos one*, 4(6): e5751.
- Tella, M., Tesio, V., Ghiggia, A., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., Geminiani, G. C., Bruzzone, M., &.... (2017). Copinng strategies and perceived social support in fibromalgia syndrome: relationship with alexithymia. *Scandinavian journal of psychology*, 1-10.
- Tella, M. D., Ghiggia, A., Tesio, V., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., & Castelli, L. (2016). Pain experience in Fibromyaigia syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *Journal of affective disorders*, 201, 1-20.
- 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.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Jurnal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

