

Prediction of Chronic Pain Components based on Mentalization, Emotion Regulation and Empathy in Patients with Chronic Pain

Narges Saeidi^{1,2}, Farideh Pour Shah Abadi³, Mohsen Jorjani⁴, Mohsen Akbarian^{5*}
Mehrab Mafakheri⁶

¹ Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Personality Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

⁴ Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

⁵ Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

⁶ Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 19 November 2021 Accepted: 6 November 2022

Abstract

Background and Aim: Chronic pain is one of the most common issues that has encouraged the military population to seek medical care. This study aimed was to predict the components of chronic pain based on empathy, mentalization, and emotion regulation in patients with chronic pain.

Methods: The study was a descriptive correlational study and the statistical population was all patients with chronic pain, especially musculoskeletal pain in the period from April to August 2020 who were referred to the rheumatology clinic of Baqiyatallah Hospital in Tehran. The sample consisted of 339 people who were selected by convenience sampling method and answered the questionnaires about chronic pain, mentalization, difficulties in emotion regulation, and Empathy. After collecting the data, its analysis was performed using version 22 of SPSS software.

Results: There was a significant relationship between both components of chronic pain with predictor variables except emotional empathy about the pain intensity component at the level of less than 0.05. The highest rate of variability by predictor variables with a coefficient of determination of 0.58 for pain inability, 0.54 for difficulty in emotion regulating, 0.02 for mentalization and emotional empathy 0.02, and the coefficient of determination for pain intensity was 0.43 which the highest variability was related to the difficulty of emotion regulation (0.42) and then Mentalization (0.01).

Conclusion: Using the results, it is possible to take measures in the form of psychological training in the field of emotion regulation and chronic pain in the direction of health and chronic pain management for other at-risk groups, especially the military population.

Keywords: Chronic Pain, Mentalization, Emotional Regulations.

پیش‌بینی مؤلفه‌های درد مزمن بر اساس ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان و همدلی در بیماران مبتلا به درد مزمن

نرگس سعیدی^{۱،۲}، فریده پورشاه آبادی^۳، محسن جرجانی^۴، محسن اکبریان^{۵*}، محراب مفاخری^۶

^۱ گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ گروه روانشناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۴ گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۵ گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۶ گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن از رایج‌ترین مسائلی است که جمعیت نظامی را به استفاده از مراقبت‌های پزشکی ترغیب ساخته است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی مؤلفه‌های درد مزمن بر اساس همدلی، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد. **روش‌ها:** پژوهش از نوع توصیفی و به روش همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن بویژه دردهای اسکلتی-عضلانی در بازه زمانی فروردین تا مرداد ۱۳۹۹ بودند که به کلینیک روماتولوژی بیمارستان بقیه‌الله (عج) در شهر تهران مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۳۳۹ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های درد مزمن، همدلی، دشواری تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی پاسخ دادند. پس از گردآوری داده‌ها، تحلیل آن با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. **یافته‌ها:** میان هر دو مؤلفه درد مزمن با متغیرهای پیش‌بین به جزء همدلی عاطفی در رابطه با مؤلفه شدت درد ارتباط معنی‌داری در سطح کمتر از ۰/۰۵ مشاهده گردید و بیشترین میزان تغییرپذیری توسط متغیرهای پیش‌بین با ضریب تعیین ۰/۵۸ برای ناتوانی درد بود که ۰/۵۴ به دشواری تنظیم هیجان، ۰/۰۲ به همدلی عاطفی اختصاص یافت و میزان ضریب تعیین برای شدت درد ۰/۴۳ حاصل شد که بیشترین تغییرپذیری مربوط به دشواری تنظیم هیجان ۰/۴۲ و سپس ذهنی‌سازی ۰/۰۱ بود. **نتیجه‌گیری:** با استفاده از نتایج می‌توان در قالب آموزش‌های روانشناختی در حوزه تنظیم هیجان و درد مزمن در راستای مدیریت سلامت و درد مزمن برای سایر اقشار در معرض خطر بویژه جمعیت افراد نظامی مبادرت ورزید.

کلیدواژه‌ها: درد مزمن، ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان.

مقدمه

دلبستگی ظرفیت ذهنی‌سازی تعیین‌کننده مهمی در سازماندهی خود و گسترش ظرفیت نظم‌جویی هیجان به شمار می‌رود (۱۰). به اعتقاد Fonagy و Luyten (۲۰۱۸) ظرفیت ذهنی‌سازی، تعیین‌کننده اصلی در سازماندهی به خود و رشد توانایی تنظیم هیجان محسوب می‌شود (۱۱) و ظرفیت نظم‌جویی هیجان از طریق نوعی رابطه مبتنی بر تعامل حمایت‌گرانه در روابط بین‌فردی بویژه رابطه ایمنی‌بخش مادر و کودک شکل می‌گیرد که به توانایی ذهنی‌سازی معروف است. پژوهش‌های انجام گرفته اخیر حاکی از آن است که ذهنی‌سازی یا تامل در وضعیت‌های عاطفی مانع از جسمانی‌شدن درد روانشناختی می‌شود؛ زیرا قوه ادراک و دریافت در تنظیم و دگرگونی عاطفی نقش دارد، در حالی که نقصان ذهنی‌سازی حالات عاطفی بویژه هنگامی که احساسات شناسایی می‌شوند اما درک نمی‌شوند، به دنبال جسمانی‌سازی می‌آیند (۱۲) که ممکن است چنین امری در شدت و ناتوانی درد نقش قابل توجهی داشته باشد. بطوریکه تاکنون طی مطالعات اخیر به نقش عامل ذهنی‌سازی در تعیین میزان درد ادراک شده توجه چندانی نشده است. از طرف دیگر با توجه به عوامل خطر دخیل در درد مزمن، تعاملات ژن-محیط عوامل خطر اولیه را شکل می‌دهند و عوامل خطر ثانویه بیشتر به محیط فرهنگی، اجتماعی و پزشکی متمرکز است که معمولاً هدف مداخلات درد مزمن هستند. در این راستا نتایج یک بررسی سیستماتیک نشان داده عامل تنظیم هیجان و دشواری‌های ناشی از آن ممکن است یک عامل خطر ثانویه مهمی باشد که بر سندرم‌های مختلف درد مزمن تأثیر عمده‌ای دارد (۱۳). با نظر به اینکه تنظیم هیجان به توانایی فرد برای نظم‌بخشی یا تنظیم مدت و شدت یک واکنش عاطفی به منظور کنار آمدن سازنده با یک موقعیت ناراحت‌کننده یا دستیابی به یک هدف اشاره دارد؛ به نظر می‌رسد دستیابی به سطوح بالاتر تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجانی نقش قابل توجهی در مدیریت چالش‌های زندگی و به دنبال آن در وضعیت‌های درد داشته باشد. همانطور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند ممکن است رنج بردن از درد مزمن به‌عنوان یک عامل استرس‌زای ثابت ظاهر شود که میزان عاطفه منفی که فرد تجربه می‌کند را افزایش دهد و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگاران را به‌طور فزاینده‌ای با دشواری مواجه سازد (۱۴). همچنین حتی در مواردی که تنظیم هیجانی مستقیماً با شدت درد یا ناتوانی ناشی از آن مرتبط نیست، دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند نقش مهمی در بهزیستی و عملکرد کلی بیماران داشته باشد زیرا می‌تواند با علائم افسردگی، اضطراب، استرس یا کیفیت زندگی همراه باشد که همه این عوامل ممکن است شدت درد را افزایش داده و عملکرد فرد را محدود سازد (۱۳، ۱۵). افزون بر این؛ نحوه درک و واکنش ما به احساسات دیگران به مثابه آنچه در مفهوم همدلی اتفاق می‌افتد ممکن است تحت تأثیر فرآیندهای تنظیمی باشد که برای شکل دادن به احساسات ما و دیگران یعنی تنظیم هیجان استفاده می‌شود (۱۶).

درد مزمن از رایج‌ترین نگرانی‌های قابل توجهی است که جمعیت نظامی را به استفاده از مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی ترغیب ساخته است. به گفته سیستم سلامت نظامی (Military Health System)، ارتش و ارگان‌های نظامی به‌طور قابل توجهی نگران پدیده درد مزمن هستند زیرا ابتلا به درد مزمن که طی شش ماه دست کم به مدت سه ماه می‌تواند هرروز ادامه یابد، اثرات نامطلوبی بر بهره‌وری کاری، سلامت روانی و معیارهای کیفیت زندگی بیماران دارد (۱). در یک مطالعه سیستماتیک از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۱ شیوع کلی درد مزمن در میان جانبازان ارتش ۳۴ درصد و در جمعیت عمومی ۴۳ درصد گزارش شد (۲). همچنین درد مزمن در بین بالغین ساکن در ایالات متحده بسته به فراوانی و شدت درد از ۲۰ درصد تا ۵۰ درصد تخمین زده شده است و تقریباً دو سوم جمعیت نظامی ایالات متحده شیوع بیشتری از دردهای اسکلتی-عضلانی مانند درد در ناحیه کمر، گردن و مفاصل را نسبت به افراد غیرنظامی تجربه می‌کنند (۳). اگرچه اخیراً اطلاعات دقیقی در مورد شیوع درد مزمن در جمعیت نظامی جامعه ایرانی در دست نیست اما در بین جمعیت ایرانی شیوع درد مزمن بویژه سیستم اسکلتی-عضلانی ۷/۳۱ درصد برآورد شده و در جمعیت عمومی بزرگسالان ایرانی از ۹ تا ۱۴ درصد گزارش شده است (۴) که جمعیت نظامی نیز به دلیل وجود مأموریت‌های سخت و طاقت فرسا، ساعات طولانی‌مدت کار و فعالیت‌های رزمی در مقابل عارضه درد مزمن بویژه دردهای عضلانی-اسکلتی آسیب‌پذیری بیشتری دارند (۵). به عبارتی فشار ناشی از درد مزمن علاوه بر اینکه بر سلامت کلی و کیفیت زندگی بیمار تأثیر قابل توجهی دارد، در توانایی‌های بیماران برای تمرکز بر مقابله موثر با بیماری، اولویت‌بندی قابلیت‌ها و مشارکت در فعالیت‌های خود مدیریتی درد اختلال ایجاد می‌کند. به‌طور ویژه، زمانی که افراد از نظر فعالیت‌های مرتبط با کارکرد سیستم روانشناختی خویش دچار مشکلاتی هستند، علائم بیماری مزمن و خطر موجود افزایش یافته و تصورات نادرستی از بیماری را شکل می‌دهد که رفتارهای خود مدیریتی مرتبط با درد را مختل می‌کند (۶). پژوهش‌ها حاکی از آن است روابط بین درد مزمن و جنبه‌های روانشناختی کاملاً مشخص و پیچیده است و بسیاری از عوامل عصبی، روانشناختی و اجتماعی می‌توانند در مؤلفه‌های مرتبط با درد مزمن در طول زمان نقش داشته باشند (۷، ۸). از جمله مفاهیم روانشناختی و اجتماعی که می‌تواند نقش مرتبطی در تجربه درد ایفا کند استناد به مفاهیم موجود در نظریه جامع رویکرد دلبستگی است. به بیانی دیگر بر مبنای ساز و کارهای درونی شکل گرفته طی روابط اولیه با مراقبین اصلی در سیستم روانی افراد شاکله دنیای روابط درون‌فردی و بین‌فردی بعدی فرد رقم می‌خورد (۹) که در این میان به اعتقاد فونایگی و همکاران (۲۰۰۸) دو مؤلفه تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی نقش قابل توجهی در تجربه افراد در مواجهه با درد مزمن می‌توانند ایفا کنند. براساس صورت‌بندی جدید از دیدگاه

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و به روش همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن با شکایت درد جسمانی مانند سردردهای میگرنی، دردهای مفصلی، آرتروز و دردهایی با ریشه روان‌تنی در بازه زمانی فروردین تا مرداد ۱۳۹۹ بودند که به کلینیک روماتولوژی بیمارستان بقیه الله (عج) در شهر تهران مراجعه کردند. حجم نمونه پژوهش حاضر که به روش نمونه‌گیری در دسترس با فرمول $n = z \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)^2 \times \partial^2 / d^2$ تعیین شدند، شامل ۳۳۹ نفر بود. برای انتخاب نمونه ابتدا پزشک متخصص روماتولوژی بیماران را ویزیت کرده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج نمونه واجد شرایط انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل سابقه شکایات از دردهای جسمی حداقل در ۶ ماه گذشته و در اکثر روزها، سن بالای ۱۸ سال، عدم سابقه عمل جراحی در شش ماه گذشته، نوشتن به زبان فارسی و ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات روانپزشکی، عدم بینش کافی، مصرف داروهای اعصاب و روان، سوء مصرف مواد مخدر و الکل و دریافت مداخله روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته بود که بررسی آن از طریق خود اظهاری بیماران صورت گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت پرسشنامه کاغذی که در اختیار آنان داده شد و برای بیمارانی که قادر به استفاده از فضای مجازی بودند به خاطر مسائل بهداشتی در دوره پاندمی کووید-۱۹، لینک پرسشنامه‌ها در گوگل فرم طراحی شده و ارسال شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان: گراتز و رومر

(۲۰۰۴) این پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای را تدوین کردند که سطوح نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی می‌سنجد. از مجموع نمره شش زیر مقیاس، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. پژوهش گراتز و رومر حاکی از همسانی درونی عالی (۰/۹۳) پایایی بازآزمون خوب (۰/۸۸) بوده است (۲۳). بر اساس پژوهش شمس میزان آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ و میزان همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ بود (۲۴). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شد.

پرسشنامه همدلی عاطفی: این ابزار توسط بارون - کوهن

(۲۰۰۳) ساخته شده و دارای ۴۰ آیتم است که پاسخ‌های عاطفی فرد به واکنش‌های عاطفی دیگران را در سه حوزه همدلی شناختی ۹ آیتم، مهارت‌های اجتماعی ۸ آیتم و واکنش پذیری هیجانی ۹ آیتم را در طیف ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. در نسخه اصلی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه

همدلی از جمله عواملی است که لازمه انسان بودن و برای درک و سهیم شدن در عواطف و احساسات دیگران از جمله درد امری ضروری به شمار می‌آید. اخیراً در مطالعات تصویربرداری تشدید مغناطیسی کارکردی مشخص شده ساختارهای عصبی مشابهی در درد و همدلی عمل می‌کنند. همدلی در درد متکی به یک شبکه اصلی است که توسط چندین شبکه ثانویه تعدیل می‌شود و یکی از عناصر مهم در درد مزمن نه تنها ارزیابی علائم فیزیکی بیماری، بلکه بررسی تجربه همدلانه بیمار از بیماری است که ممکن است در ارزیابی و ادراک درد توسط بیمار قابلیت اثرگذاری داشته باشد (۱۷) که در این راستا گزارش شده است همدلی با درد دیگری، ادراک ناشی از درد را تعدیل کرده و باعث یک دوره عمل برانگیختگی شدید و فعال شدن مناطق عاطفی / احساسی مغز می‌شود (۱۸). همچنین بر مبنای مطالعه دیگری نشان داده شده است در اثر فعال شدن قشر حسی جسمی اولیه؛ توانایی‌های همدلانه دیگران نه تنها ممکن است شرح دهنده نحوه درک فرد از ناراحتی تجربه شده باشد بلکه نحوه واکنش وی به آن را نیز شکل می‌دهد (۱۹).

به طور کلی بر اساس آنچه بر مبنای تئوری دلبستگی مطرح شد و با توجه به بررسی‌های انجام گرفته مطالعات پیشین در توجه به نقش ذهنی‌سازی، دشواری تنظیم هیجانی و همدلی در پیش‌بینی مؤلفه‌های شدت درد و ناتوانی ادراک شده در درد مزمن در جمعیت نظامیان با خلاءهای جدی روبه‌رو بوده و از آنجایی که بر اساس مطالعات انجام شده، درد مزمن در گروه‌های شغلی متفاوت از توزیع بسیار متغیری برخوردار است که در بین مشاغل موجود، نظامیان از میزان خطرپذیری بالایی برخوردارند چرا که جهت انجام وظایف و مأموریت‌های محوله، ساعت‌های زیادی را صرف آمادگی جسمانی و بالا بردن توان رزمی می‌کنند (۲۰) و از طرفی مطالعات مرتبط با نیروهای نظامی نیز نشان داده است همبودی بین شرایط ابتلا به درد مزمن بویژه دردهای اسکلتی عضلانی و ابتلا به اختلالات روانپزشکی در میان جمعیت‌های نظامی امری قابل توجه است (۲۱) که استمرار درد نیز باعث بوجود آمدن مشکلات گسترده‌ای از قبیل اختلالات روانپزشکی گوناگون، محدودیت فعالیت‌های فردی، اجتماعی و شغلی، افزایش مصرف خودسرانه دارو، مراجعات مکرر به بخش‌های بهداشت و درمان و گسترش نقش بیماری به سایر بخش‌های زندگی فرد مبتلا می‌شود و بر اساس گزارش مؤسسه پزشکی که نیاز فوری به توسعه روش‌های بهتر برای ردیابی و درمان درد به دلیل هزینه‌های روزافزون مرتبط با این بیماری را برجسته نموده (۲۲) ضرورت دارد به‌طور ویژه عوامل روانشناختی موثر در درد مد نظر قرار گیرد، زیرا یکی از مؤثرترین رویکردها برای کاهش درد و هزینه‌های آن؛ پیشگیری و بررسی عوامل موثر در بروز و ایجاد درد است. بدین ترتیب مطالعه حاضر به بررسی ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان و همدلی در پیش‌بینی مؤلفه‌های درد در بیماران مبتلا به درد مزمن در جمعیت نظامی پرداخته است.

از شاخص‌های آمار توصیفی برای به‌دست آوردن فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و برای به‌دست آوردن ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به صورت همزمان از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: بیماران پس از مطالعه فرم رضایت آگاهانه و ارائه اطلاعات کلی درباره پژوهش از جمله رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

نتایج

بر اساس جدول ۱ از تعداد کل ۳۳۹ نفر، تحصیلات کارشناسی (۳۶/۱ درصد) دارای بیشترین میزان و مدرک زیر دیپلم (۴ درصد) کمترین میزان را نشان می‌دهد. بیشتر افراد در این پژوهش متأهل (۵۹ درصد) و دارای سابقه بیماری‌های زمینه‌ای (۵۱/۶ درصد) بودند. بر اساس جدول ۲ به جزء خرده مقیاس اطمینان از عامل ذهنی‌سازی با میزان آلفای کرونباخ ۰/۳۲ و نیز عامل همدلی با میزان ۰/۴۴ در بقیه موارد از پایایی مناسب برخوردار بودند. میزان دشواری تنظیم هیجان (۸۹/۱۷) نشان از دشواری در تنظیم هیجان متوسط را می‌دهد.

بر اساس جدول ۳، بین عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها برای عامل‌های درد مزمن با ذهنی‌سازی و دشواری تنظیم هیجان ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.05$). همدلی نیز اگرچه ارتباط معنی‌دار و واگرایی را برای ناتوانی درد (۰/۱۵-) و فقدان آگاهی هیجانی (۰/۲۲-) نشان داد در بقیه ارتباطات ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. ارتباط دشواری تنظیم هیجان با شدت درد (۰/۶۵) و ناتوانی درد (۰/۷۳) ارتباط مثبتی را نشان داد اما میان ذهنی‌سازی با شدت درد (۰/۵۵-) و ناتوانی درد (۰/۶۵-) ارتباط معکوس و منفی مشاهده شد.

در جدول ۴ به ارائه نتایج پیش‌بینی مؤلفه‌های درد مزمن بر اساس دشواری تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی و همدلی عاطفی در بیماران دارای درد مزمن بر اساس رگرسیون خطی گام به گام پرداخته شد. در این روش ابتدا متغیرهای پیش‌بین بر اساس بیشترین شدت وارد مدل شده و سپس در گام‌های بعدی متغیرهای

۰/۸۵ به‌دست آمد (۲۵). در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۵، ضریب اعتبار همسانی درونی ۰/۸۸ همدلی و قابلیت اعتماد بازآزمایی پس از چهار هفته ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۴۴ و ضعیف گزارش شد.

پرسشنامه درد مزمن: این پرسشنامه توسط ون کورف و همکاران (۱۹۹۲) ساخته شد که سه محور شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد ارزیابی می‌گردد. پاسخ‌دهنده هر یک از هفت عبارت پرسشی آزمون را روی یک مقیاس یازده نقطه‌ای ۱۰-۰ درجه بندی می‌کند. صفر به معنی "بدون درد" و ۱۰ به معنی "بدترین درد" ممکن است. شیرازی تهرانی و همکاران (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ به‌دست آورده‌اند (۲۷). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ این مقیاس برای شدت درد ۰/۹۲ و برای ناتوانی درد ۰/۹۸ به‌دست آمد.

پرسشنامه ذهنی‌سازی: این ابزار توسط فوناگی و همکاران (۲۰۱۶) ساخته شده که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه که ۲۶ ماده دارد برای مؤلفه اطمینان، سوالات به‌صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و برای مؤلفه عدم اطمینان همان مواد به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود. فوناگی و همکاران ثبات درونی برای مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را با روش آزمون-بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۵ برای مؤلفه اطمینان به‌دست آوردند (۲۸). در ایران هنجاریابی پرسشنامه کارکرد انعکاسی توسط دروگر و همکاران (۱۳۹۸) انجام شد که تحلیل عاملی تأییدی نشان داد الگوی دو عاملی پرسشنامه از برازش قابل قبولی با داده‌ها برخوردار است. آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۲۹). در این مطالعه هم میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۲ به‌دست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: جهت تجزیه تحلیل داده‌ها،

جدول-۱. اطلاعات جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت‌شناختی	فراوانی	درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۴
	دیپلم	۱۱
	فوق دیپلم	۳۳/۷
	کارشناسی	۳۶/۱
	کارشناسی ارشد و دکتری	۱۵/۲
وضعیت تأهل	مجرد	۴۱
	متأهل	۵۹
مبتلاء به بیماری‌های زمینه‌ای	بله	۵۱/۶
	خیر	۴۸/۴

جدول-۲. اطلاعات توصیفی و پایداری

عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	آلفای کرونباخ
ذهنی‌سازی (نمره کل)	۳/۸۹	۱/۰۲	۲	۶	۰/۶۲
عدم اطمینان	۴/۲۷	۱/۲۳	۲	۶/۷۵	۰/۶۵
اطمینان	۳/۵۱	۱/۲۱	۱/۵۰	۶	۰/۳۲
شدت درد	۴۳/۹۹	۲۶/۲۲	۰	۸۶/۶۷	۰/۹۲
ناتوانی درد	۳۴/۸۱	۲۸/۲۸	۰	۸۳/۳۳	۰/۹۸
دشواری تنظیم هیجان (نمره کل)	۸۹/۱۷	۲۷/۸۸	۴۳	۱۳۷	۰/۹۶
عدم پذیرش هیجان منفی	۱۴/۲۵	۶/۳۹	۶	۲۶	۰/۹۱
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۱۴/۹۷	۲/۸۴	۹	۲۲	۰/۸۲
دشواری در کنترل تکانه	۱۵/۱۱	۵/۹۶	۷	۲۸	۰/۸۸
فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۹۷	۴/۵۲	۷	۲۶	۰/۷۷
دسترسی محدود به راهبردهای اثر بخش تنظیم هیجان	۱۹/۶۱	۷/۵۹	۸	۳۶	۰/۹۰
عدم وضوح هیجانی	۹/۲۵	۴/۲۲	۴	۲۰	۰/۹۰
همدلی (نمره کل)	۵/۸۹	۰/۳۰	۵/۱۸	۶/۹۷	۰/۴۴

میزان ضریب تعیین ۰/۵۴ که به بیانی ۵۴ درصد از تغییر پذیری مدل توسط دشواری تنظیم هیجان بر روی ناتوانی درد بیان می‌کند. این ارتباط با ضرایب رگرسیونی ۰/۵۸ برای دشواری تنظیم هیجان و ۰/۲۱- برای ذهنی‌سازی را می‌توان مشاهده نمود. پس از آن همدلی عاطفی ارتباط معنی دار کمتر از ۰/۰۵ را بر روی ناتوانی درد به صورت معکوس و منفی نشان می‌دهد (۰/۱۳-). تأثیر متغیرهای پیش‌بین دشواری تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی و همدلی عاطفی بر روی شدت درد نیز برای دشواری تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار حاصل شده است که این ارتباط با ضریب ۰/۵۴ ارتباط قوی‌تری را نشان می‌دهد و با توجه به تغییرات ضریب تعیین ۰/۴۲ نسبت به ذهنی‌سازی با ضریب رگرسیون ۰/۱۵- و تغییرات ضریب تعیین ۰/۰۱، شدت و همین‌طور تبیین‌پذیری کمتری را بر روی شدت درد نشان می‌دهد. همدلی عاطفی نیز ارتباط معنی‌داری را بر روی شدت درد در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ نشان نداد.

دیگر به ترتیب بر اساس میزان تبیین‌پذیری وارد مدل شده تا به مدل نهایی با همه متغیرها نتیجه نهایی بیان شد. بر اساس فرضیات مدل برای ناتوانی درد شامل عدم هم خطی با شاخص عامل تورم واریانس ۲/۲۸-۱ نشان از عدم هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین می‌دهد. شاخص دوربین و اتسون نیز با میزان ۲/۰۹ استقلال باقیمانده‌ها را تایید می‌کند. فرضیات مدل برای شدت درد هم شامل عدم هم خطی با شاخص عامل تورم واریانس با محدوده ۲-۱/۲۸ نشان از عدم هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین داد و شاخص دوربین و اتسون نیز با مقدار ۲/۱۵ استقلال باقیمانده‌ها را تایید نمود.

بر اساس نتایج جدول ۴ و تأثیر متغیرهای پیش‌بین بر روی ناتوانی درد دشواری تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی به ترتیب ارتباط مثبت و منفی معنی‌داری را در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ بر روی ناتوانی درد نشان داد که این شدت برای دشواری تنظیم هیجان از همه بیشتر بوده به طوری که در تبیین‌پذیری مدل با

جدول-۳. ضریب همبستگی پیرسون ذهنی‌سازی، دشواری در تنظیم هیجان، میزان درد و همدلی

عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
ذهنی‌سازی	۱										
شدت درد	۰/۵۵**	۱									
ناتوانی درد	۰/۶۵**	۰/۸۶**	۱								
دشواری تنظیم هیجان (نمره کل)	۰/۷۵**	۰/۶۵**	۰/۷۳**	۱							
عدم پذیرش هیجان منفی	۰/۷۶**	۰/۵۹**	۰/۷۰**	۰/۹۱**	۱						
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۰/۶۰**	۰/۳۷**	۰/۴۳**	۰/۷۸**	۰/۶۹**	۱					
دشواری در کنترل تکانه	۰/۷۴**	۰/۵۳**	۰/۶۸**	۰/۹۳**	۰/۸۵**	۰/۷۵**	۱				
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۴۶**	۰/۶۳**	۰/۶۵**	۰/۷۹**	۰/۵۹**	۰/۵۲**	۰/۶۵**	۱			
دسترسی محدود به راهبردها	۰/۷۵**	۰/۵۷**	۰/۶۳**	۰/۹۵**	۰/۸۶**	۰/۷۳**	۰/۹۰**	۰/۶۷**	۱		
اثر بخش تنظیم هیجان	۰/۴۸**	۰/۷۳**	۰/۶۹**	۰/۸۰**	۰/۶۶**	۰/۴۹**	۰/۶۰**	۰/۷۸**	۰/۷۰**	۱	
عدم وضوح هیجانی	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۱۵**	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۴	۰/۰۰۲	۱
همدلی (نمره کل)											

جدول-۴. رگرسیون سلسله مراتبی بر روی شدت درد و ناتوانی درد بر اساس دشواری تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی و همدلی عاطفی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	ضرایب رگرسیونی استاندارد شده (β)	خطای استاندارد ضرایب	سطح معناداری (P -value)	تغییرات ضریب تعیین (ΔR^2)	ضریب تغییرات (R^2)
ناتوانی درد	دشواری تنظیم هیجان	۰/۵۸	۰/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۵۸
	ذهنی‌سازی	-۰/۲۱	۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۲	
	همدلی عاطفی	-۰/۱۳	۳/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۲	
شدت درد	دشواری تنظیم هیجان	۰/۵۴	۰/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۴۳
	ذهنی‌سازی	-۰/۱۵	۱/۵۸	۰/۰۱۶	۰/۰۱	
	همدلی عاطفی	-۰/۰۳	۳/۵۸	۰/۳۹	۰/۰۰	

بحث

یافته دیگر مطالعه حاضر، رابطه مثبت و قوی میان دشواری در تنظیم هیجان با مؤلفه‌های درد مزمن نسبت به سایر متغیرهای پیش‌بین در جمعیت نظامی بود که نتایج حاصل بیانگر تطابق نتایج به‌دست‌آمده در دیگر اقصاء جامع حاصل از مطالعات (۳۷-۳۱،۳۵،۱۵) است. در جهت تبیین نتایج فرضیه حاضر به نظر می‌رسد توجه به عوامل فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی به عنوان مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در پیش‌بینی مؤلفه‌های درد مزمن اثرگذاری ویژه‌ای داشته باشد. بدین صورت که چنین امری در مفهوم محوری ناکارآمدی بیماران در تنظیم دانش‌محور هیجان‌ها که با نحوه ارزیابی، درک و تجربه عواطف در سطح آگاهانه مرتبط است، قابل انعکاس باشد. به عبارتی کاهش درگیری عملکردهای شناختی مرتبه بالاتر با احساسات خود و دیگران مانند کاهش ظرفیت‌های آگاهی عاطفی و تشخیص هیجان ممکن است با تجربه درد مزمن مرتبط باشد که یکی از سازه‌های خاص در این حیطه اشاره به مفهوم ناگویی هیجانی است (۱۵) که به ناتوانی در نام‌گذاری، توصیف هیجان‌ها و تفکر عینی بیرونی اشاره دارد. به عبارتی مشکلات بیماران در آگاهی هیجانی ممکن است به توانایی محدود آن‌ها برای بازنمایی ذهنی تجربیات عاطفی و همچنین در پردازش شناختی-هیجانی در سطوح بالاتر مرتبط باشد. اگرچه گزارش شده است بیماران دارای درد مزمن تا حد زیادی هیجان‌ها خود را سرکوب می‌کنند، اکثر مطالعات مشاهده‌ای نشان دادند که آن‌ها در واقع هیجان‌ها منفی خود را به‌طور ناهشیارانه و از طریق رفتارهای بدنی مانند انواع دردهای بدنی، خستگی، علائم مرتبط با اختلالات عصبی-عملکردی یا گوارشی بیان می‌کنند (۳۸). گراس (۲۰۱۵) در نظریه گسترده فرایندی خود در مورد تنظیم هیجان توضیح می‌دهد شناسایی هیجان فرد را قادر می‌سازد تا گام‌های انطباقی برای تنظیم عواطف خود برداشته که اولین گام اساسی در فرآیند تنظیم هیجان به‌شمار می‌رود (۳۹). همچنین نشان داده‌اند اقدام ساده به کار بردن نام‌گذاری کلامی به حالت عاطفی فرد منجر به کاهش عواطف منفی هم از نظر ذهنی و هم از نظر عصبی می‌شود؛ چنین امری آگاهی هیجانی را افزایش داده و پیامدهای مرتبط با شدت و ناتوانی درد را کاهش می‌دهد (۴۰). بنابراین افزایش آگاهی از حالات هیجانی برای برداشتن گام‌های فعالانه به سمت تنظیم هیجانی موثر و مدیریت درد مزمن امری ضروری بوده

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی مؤلفه‌های درد مزمن بر اساس ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان و همدلی در بیماران مبتلا به درد مزمن در جمعیت نظامی بود. بر اساس نتایج حاصل میان هر دو مؤلفه درد مزمن با متغیرهای پیش‌بین به جزء همدلی عاطفی در رابطه با مؤلفه شدت درد ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید. در راستای فرضیه اول پژوهش، رابطه معنادار و منفی ذهنی‌سازی با شدت درد و همینطور ناتوانی درد در جمعیت نظامی حاکی از مطابقت و همسویی نتایج با پژوهش‌های قبلی (۳۳-۳۰) در دیگر اقصاء جامع بود و به منظور تبیین این نتیجه به زعم فونگی و بیتمن (۲۰۱۶) می‌توان گفت توانایی ذهنی‌سازی و فکر کردن در مورد اقدامات از نظر افکار و احساسات و مهمتر از همه، استفاده از دانش این حالات ذهنی برای تسلط بر چالش‌های زندگی در خدمت ایجاد یک فرایند با درجه بالاتر از شناخت است که به افراد دارای توانایی ذهنی‌سازی قوی اجازه می‌دهد تا هم بر چالش‌های روزمره و هم سختی‌های زندگی به عنوان مثال تجربه بیماری بویژه درد مزمن به نحو مطلوبی فائق آیند. استین (۲۰۰۶) نیز در مورد نوعی سیستم فیلترسازی درون روان‌شناختی اذعان داشت که این سیستم به یمن روابط دلبستگی ایمن اولیه ایجاد شده است که به افراد امکان می‌دهد تجربیات دردناک را متابولیزه کرده و بر خودپنداره یا انتظارات آن‌ها از دیگران تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر قرار گرفتن در معرض تجارب مبتنی بر دلبستگی ناایمن با مراقب اولیه، عدم حساسیت و یا حساسیت بیش از اندازه مراقب (مادر) به سیگنال‌های دریافتی کودک و تجربه مکرر ناامیدی، ناتوانی و درماندگی با ظرفیت کمتری برای ذهنی‌سازی مرتبط است، بدین ترتیب افرادی که رویدادهای استرس‌زای زندگی را تجربه کرده‌اند، در تمایز سیگنال‌های عاطفی، بیان کلامی احساسات، توجه و آگاهی از تجربه لحظه فعلی در زندگی با مشکلات بیشتری مواجه هستند، نسبت به دیگران و دردها و رنج‌های زندگی نگرانی بیشتری نشان می‌دهند، همچنین هنگام مشاهده تجربیات منفی در دیگران و همچنین خودشان ناراحتی و اضطراب بیشتری متحمل شده و احساس درماندگی و ضعف بیشتری از خود نشان می‌دهند (۳۴) که چنین امری می‌تواند تبیین‌کننده میزان نقش تعیین‌کننده ذهنی‌سازی در شدت درد و ناتوانی درد در بیماران باشد.

به پذیرش درد خود و مواجهه سازگارانه‌تر با شرایط مزمن درد و بیماری می‌شود (۴۹). در همین راستا دیویس نیز بیان کرده است زمانی که پزشکان در برقراری ارتباط همدلانه با بیمار موفق می‌شوند متعاقب آن بیمار دیگر به دلیل داشتن بیماری؛ احساس انزوا نکرده و احساس می‌کند درک شده است (۵۰). بدین ترتیب فرآیند همدلی از طریق توانمندسازی فرد بویژه بیماران برای بکارگیری حس خودکارآمدی خویش، تعمیق و پرورش رابطه بیمار-پزشک و بکارگیری رویکردی بدون تهدید و قضاوت، احترام به شخصیت بیمار را تقویت می‌کند (۴۳). همچنین آدیان هرگز نمی‌توانند به‌طور کامل وارد دنیای ادراکی و احساسی طرف مقابل‌شان شوند. با این حال، همدلی می‌تواند «احساس شناخت تجربه شخصی فرد دیگر با ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری» را برای آن‌ها فراهم کند که بالتبع می‌تواند در ایجاد ارتباط بین فردی بویژه در میان بیماران، امری حیاتی تلقی شود و با نظر به اینکه برای همدلی، فرد نیاز به درک چیزی غیر از خود و خارج از خود دارد، همدلی عاطفی از طریق پذیرش و تأیید تجارب فرد توسط دیگران می‌تواند در ارتباط مستقیم با توانمندی، تاب‌آوری و کارآمدی باشد که نقطه مقابل ناتوانی و درماندگی بویژه در مواقع تجربه درد و بیماری است، بنابراین دیدگاه فردی که از نظر درک و همدلی در شرایط بهتری قرار دارد، نسبت به کسی که چنین نیست به جهان، خود و دیگران با امیدواری بیشتری رفتار کرده و چنین فردی در برابر مسائل و مشکلات بهتر می‌تواند مقاومت کند (۵۱). علاوه بر این در پژوهش حاضر شاهد عدم ارتباط معنادار میان شدت درد و همدلی عاطفی بودیم که این یافته ناهمسو با مطالعات انجام شده در این حیطة از جمله مطالعه (۱۷،۵۲) بود. در این راستا می‌توان چنین اذعان داشت از آنجایی که مؤلفه شدت درد، بُعد حسی و نه عاطفی تجربه درد را شامل می‌شود به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر این زمینه با محدودیت ابزار در جهت ارزیابی و سنجش روبه‌رو است (۵۳). بنابراین با استناد به نتایج به‌دست آمده می‌توان در جهت نقش همدلی عاطفی در کاهش ناتوانی درد بیماران دارای درد مزمن سخن گفت و یافته‌های حاصل نیز صحنه‌گذار این مهم می‌باشد. بنابراین با نظر به اینکه مفهوم همدلی دارای نقش اساسی در درمان درد مزمن از طریق مورد هدف قرار دادن توانمندی فردی به شمار می‌رود ضرورت دارد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درک عمیق‌تری از تجربه جامع درد به‌دست آورده تا سطح عمیق‌تری از همدلی در رابطه درمانی انتقال یافته و در درمان گنجانده شود که این ممکن است نه تنها از طریق تغییر در الگوهای ارتباطی، بلکه از طریق توصیه مداخلات غیرپزشکی از جمله تمرینات تنفسی، مدیتیشن، درمان‌های جایگزین و درمان با حیوانات خانگی نیز صورت گیرد که هر یک از این درمان‌ها فراتر از پیامدهای فیزیکی درد مزمن بوده و به پیامدهای عاطفی و روانی مرتبط با تجربه درد معطوف است (۱۷). به طور کلی اگرچه این مطالعه به روابط قوی معنادار میان متغیرهای مطالعه اشاره داشت

که از طریق برنامه‌های پیشگیرانه یا مداخلات روان‌شناختی ویژه برای بهبود عملکرد در افراد مبتلا به درد مزمن می‌توان عملیاتی نمود. همچنین بر اساس مدل تقویت منفی Baker (۲۰۰۴) از آنجایی که بیماران مبتلا به درد مزمن مشکلات فزاینده‌ای در تنظیم هیجان تجربه می‌کنند، ممکن است به‌طور بیشتری از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه برای تسکین دردهای جسمانی و کاهش عواطف منفی خود مانند راهبردهای اجتنابی و سرکوب استفاده کنند؛ زیرا بکارگیری راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌تواند از طریق اجتناب از محرک‌های جسمی و عاطفی منفی منجر به محدودیت در فعالیت‌ها، ناتوانی بیشتر و پذیرش کمتر درد گردد (۴۱). علاوه بر این سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی به افراد اجازه می‌دهد تا بدون پرداختن به موضوع خاص، فوراً از موقعیت دردناک فاصله گرفته و حالات عاطفی و فیزیولوژیکی خود را به‌طور موقتی از طریق روش‌هایی مانند سوء مصرف مواد مخدر و یا در مواردی روابط جنسی مکرر تغییر دهند که چنین شرایطی می‌تواند بر شدت و کاهش تحمل پریشانی روانی نیز دامن‌زند (۴۲) و با نظر به اینکه پریشانی روانی یکی از مهمترین پیش‌بین‌های ناتوانی مرتبط با درد است، شناسایی راه‌هایی برای ارتقای تنظیم سازگارانه هیجانی می‌تواند موانعی را که پریشانی روانی ممکن است در توانمندی بیماران به منظور مقابله و مدیریت بهتر سلامتی خویش ایجاد کند تعدیل نماید (۶)؛ چرا که تنظیم هیجان یک عامل تعیین‌کننده در سطح تاب‌آوری فردی و شامل بسیاری از مؤلفه‌های رفتاری خاص از جمله تحمل پریشانی، تمرکز حواس، تغییر توجه/حواس‌پرتی و چارچوب‌بندی مجدد شناختی است. بنابراین دسترسی محدود به راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی و بالتبع بکارگیری راهبردهای ناسازگارانه از جمله مکانیسم‌های قدرتمندی است که در مؤلفه‌های مرتبط با درد مزمن نقش معناداری دارد.

در زمینه نقش پیش‌بین همدلی در مؤلفه‌های درد مزمن بر اساس نتایج حاصل میان همدلی عاطفی با مؤلفه ناتوانی درد رابطه منفی و معنی‌دار و در رابطه با شدت درد ارتباط معنی‌داری حاصل نشد. یافته حاصل در مورد نقش همدلی در پیش‌بینی مؤلفه ناتوانی درد با مطالعات (۴۳-۴۶) در جمعیت افراد غیر نظامی مبتلا به درد همسو است که به‌دلیل محدودیت پژوهشی در رابطه با جمعیت نظامی به همین مطالعات اکتفا می‌کنیم. در جهت تبیین یافته‌ها می‌توان بر اساس مدل زیستی روانی اجتماعی که سعی می‌کند بیماری‌های جسمانی مانند درد را با تعامل پویا بین عوامل فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی توضیح دهد؛ چنین اظهار داشت که (۴۷) برقراری ارتباط با درک اجتماعی و پاسخ همدلانه به فردی که درد دارد منجر به کاهش عاطفه منفی می‌شود (۴۸) و طی این فرآیند کسی که پس از به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات مرتبط با درد، بازخورد تأیید دریافت کند، احساس می‌کند درک و پذیرفته شده است و حس پذیرش از جانب اطرافیان به فرد مبتلا امکان می‌دهد همدلی دیگران را تجربه کرده و چنین امری متعاقباً منجر

درد به نظام‌های تولیدی و مالیاتی آسیب وارد نموده و برای نظام بهداشتی هزینه ایجاد می‌کند و نهایتاً به از کار افتادگی بیمار منجر می‌شود، لذا با استفاده از نتایج حاصل مبنی بر نقش موثر همدلی، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی درد مزمن می‌توان در جهت تحقق اهداف درمانی اختلالات درد مزمن در طراحی و تدوین پروتکل‌های درمانی تخصصی و همچنین اجرای آن در ارگان‌های نظامی و نهادهای ذیربط مانند پادگان‌ها، کلابتری‌ها و پایگاه‌های بسیج مبادرت ورزید.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- درد مزمن از مفاهیم رایج در حوزه بهداشت عمومی بویژه در میان جوامع نظامی است، چرا که صدمات و آسیب‌های وارده خصوصاً در فرایند تمرینات آموزشی، کار و آمادگی نظامی از عوامل رایج پدید آمدن درد مزمن در میان این قشر محسوب شده و عوارض آن می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری به سیستم نظامی و بهداشتی - درمانی نیروهای مسلح وارد نماید. لذا توجه به مبانی روانشناختی درد مزمن در میان این افراد در جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی امری اجتناب‌ناپذیر است که با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود همگام با مداخلات پزشکی، مداخلات روانشناختی مرتبط اعم از مهارت‌های تنظیم هیجان و آموزش مهارت‌های درون‌فردی و بین‌فردی در زمینه مدیریت چالش‌های زندگی بویژه دردهای مزمن مدنظر قرار گیرد.

در زمینه محدودیت‌های پژوهش می‌توان به بخش روش‌شناختی آن اشاره کرد که لازم است اذعان گردد این مطالعه بخشی از مطالعه بزرگتری است که به ارزیابی متغیرهای دخیل در حوزه درد مزمن در بیمارستان بقیه الله (عج) در جمعیت افراد نظامی پرداخته اما از آنجایی که روش‌های مبتنی بر طراحی مدل و روابط علت و معلولی میان متغیرها گنجانده نشده است بهره‌گیری از نتایج، ذی‌نفعان را با محدودیت مواجه می‌سازد که لازم است در مطالعات بعدی به این مهم توجه ویژه‌ای گردد. علاوه بر این با نظر به رویکرد نظری مطالعه حاضر مبنی بر مفاهیم ذکر شده در تئوری دلبستگی که در تشریح مسئله پژوهشی نیز ذکر شد سازه تنظیم هیجان از درون مفهومی به نام ذهنی‌سازی حاصل شده و بر مبنای ادبیات پیشین نقش مهارت تنظیم هیجان و تعدیل هیجانات درون‌فردی در پدید آمدن همدلی، ورود به دنیای دیگری و ادراک تجارب درونی دیگران اثبات شده است (۵۴) اما همانطور که نتایج حاضر نشان داد شاهد نقش قوی‌تر تنظیم هیجان نسبت به متغیرهای ذهنی‌سازی و همدلی در مؤلفه‌های شدت درد و ناتوانی درد مزمن بودیم که پیشنهاد می‌شود روابط متغیرهای ذکر شده و مکانیسم‌های موثر در آن در حوزه درد مزمن به نحو عمیق‌تری مورد بررسی قرار گیرد. همچنین فقدان کنترل متغیرهای سن، جنس و استفاده از دارو در بیماران مبتلا به درد مزمن از محدودیت‌های دیگری بود که باعث احتیاط بیشتر در تعمیم یافته‌ها می‌شود. اجرای پژوهش در محیط درمانی بیمارستان بقیه الله (عج) به علت وضعیت نامناسب روانی و جسمانی بیماران و همچنین انجام پژوهش در دوره پاندمی کرونا، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که باید مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی در این پژوهش همدلی عاطفی، ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان توانستند مؤلفه‌های درد اعم از شدت و ناتوانی درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن بیمارستان بقیه الله (عج) پیش‌بینی کنند. با نظر به اینکه استمرار درد باعث به وجود آمدن مشکلات گسترده‌ای از قبیل اختلالات خلقی، محدودیت فعالیت‌های فردی، اجتماعی و شغلی، افزایش مصرف خودسرانه دارو، مراجعات مکرر به بخش‌های بهداشت و درمان و گسترش نقش بیماری به سایر بخش‌های زندگی فرد مبتلا می‌شود و همچنین از نظر اجتماعی

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر حاصل بخشی از پایان

نامه مقطع کارشناسی ارشد و مصوبه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1399.1025 می‌باشد. از کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان بقیه الله (عج) که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاریم.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Reif S, Adams RS, Ritter GA, Williams TV, Larson MJ. Prevalence of pain diagnoses and burden of pain among active duty soldiers, FY2012. *Military Medicine*. 2018;183(9-10):e330-e7. doi:10.1093/milmed/usx200
2. Qureshi A-R. Prevalence of Chronic Pain among Military Veterans and Research Priorities among Military Veterans Living with Chronic Pain.

Doctoral dissertation. 2021.

3. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(36):1001. doi:10.15585/mmwr.mm6736a2
4. Khodapanah M, Golshani F, Taghiloo S,

- Baghdassarians A. Structural model of pain Catastrophizing with emotional eating: The mediating role of anxiety sensitivity and pain related fear in people with chronic pain. *Journal of Applied Psychological Research*. 2021;12(2):321-39. doi:10.22059/JAPR.2021.309419.643629
5. Asheghan M, Hashemi SE, Sobhani V, Shakibae A, Khatibi Aqda A, Arabzadeh E. The Relationship between Forward Head Position and Dorsal Kyphosis with non-specific Chronic Low Back Pain in Military Mans. *Journal of Military Medicine*. 2021;23(2):186-93. doi:10.30491/JMM.23.2.186
6. Russell BS, Park CL. The role of emotion regulation in chronic pain self-management. *Topics in Pain Management*. 2018;33(6):1-10. doi:10.1097/01.TPM.0000528005.61095.1d
7. Castelnovo G, Giusti EM, Manzoni GM, Saviola D, Gatti A, Gabrielli S, et al. Psychological considerations in the assessment and treatment of pain in neurorehabilitation and psychological factors predictive of therapeutic response: evidence and recommendations from the Italian consensus conference on pain in neurorehabilitation. *Frontiers in Psychology*. 2016;7:468. doi:10.3389/fpsyg.2016.00468
8. Romeo A, Tesio V, Castelnovo G, Castelli L. Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:284. doi:10.3389/fpsyg.2017.0284
9. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub; 2008.
10. Drogar E, Fathi-Ashtiani A, Ashrafi E. The Mediating Role of Mentalization in the Relationship between Attachment and Emotional Dysregulation with Social Anxiety. 2020. [In Persian]
11. Fonagy P, Luyten P. Attachment, mentalizing, and the self. 2018.
12. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 2009;21(4):1355-81. doi:10.1017/S0954579409990198
13. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018;107:38-45. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.02.002
14. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-96. doi:10.1016/S01406736(12)61729-2
15. Aaron RV, Fisher EA, De La Vega R, Lumley MA, Palermo TM. Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2019;160(5):994. doi:10.1097/j.pain.0000000000001487
16. Thompson NM, Uusberg A, Gross JJ, Chakrabarti B. Empathy and emotion regulation: An integrative account. *Progress in Brain Research*. 2019;247:273-304. doi:10.1016/bs.pbr.2019.03.024
17. Stensland M, Sanders S. Living a life full of pain: Older pain clinic patients' experience of living with chronic low back pain. *Qualitative Health Research*. 2018;28(9):1434-48. doi:10.1177/1049732318765712
18. Lamm C, Majdandžić J. The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy—A critical comment. *Neuroscience Research*. 2015;90:15-24. doi:10.1016/j.neures.2014.10.008
19. Braz J, Solorzano C, Wang X, Basbaum AI. Transmitting pain and itch messages: a contemporary view of the spinal cord circuits that generate gate control. *Neuron*. 2014;82(3):522-36. doi:10.1016/j.neuron.2014.01.018
20. Yasi E, Saffari M, Ghasemi M, Gholami-Fesharaki M, Najarkolaei F. The effect of educational intervention on low back pain among air force personnel in a military organization. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(5):519-26. [In Persian]
21. McGeary CA, McGeary DD, Moreno J, Gatchel RJ, editors. *Military chronic musculoskeletal pain and psychiatric comorbidity: is better pain management the answer?* Healthcare; 2016: Multidisciplinary Digital Publishing Institute. doi:10.3390/healthcare4030038
22. Simon LS. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2012;26(2):197-8. doi:10.3109/15360288.2012.678473
23. houbdar M. The relationship between behavioral inhibition/activation systems and attachment styles with cardio diseases: MA thesis, General psychology, Tabriz university, Tabriz, Iran. 2007. [In Persian]
24. Alavi SM, Rafieinia P, Makvand Hoseyni S. Comparison of Behavioral Brain Systems and Difficulty of Emotional Regulation Profile in Patients with Social Anxiety Disorder and Normal People. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2018;25(5):695-705. [In Persian]
25. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*. 2004;34(5):911-20. doi:10.1017/S0033291703001624
26. Abou Alghasemi A. The Reliability and Validation of the Empathy Quotient Scale for High School Students. *Psychological studies*. 2009;5(4):9-25. [In Persian]
27. Rezai Dehnavi S. The effectiveness of positive psychotherapy on the perception of pain in people with chronic tension headaches. *Anesthesiology and Pain*. 2021;12(2):49-61. [In Persian]
28. Wilson KG, Kowal J, Henderson PR, McWilliams LA, Péloquin K. Chronic pain and the interpersonal theory of suicide. *Rehabilitation Psychology*. 2013;58(1):111-5. doi:10.1037/a0031390
29. Drogar E, Fathi-Ashtiani A, Ashrafi E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical*

- Psychology. 2020;12(1):1-12. doi:10.22075/JCP.2020.18897.1745
30. Colonnello V, Agostini A. Disease course, stress, attachment, and mentalization in patients with inflammatory bowel disease. *Medical Hypotheses*. 2020;109665. doi:10.1016/j.mehy.2020.109665
31. Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Stressful life events and hopelessness in adults: the mediating role of mentalization and emotional dysregulation. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;43:385-92. doi:10.1590/1516-4446-2020-1061
32. Riem MM, Doedée EN, Broekhuizen-Dijksman SC, Beijer E. Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry Research*. 2018;268:108-13. doi:10.1016/j.psychres.2018.06.056
33. Nazzaro MP, Boldrini T, Tanzilli A, Muzi L, Giovanardi G, Lingiardi V. Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality? *Psychiatry Research*. 2017;256:169-75. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.045
34. Ballespí S, Vives J, Alonso N, Sharp C, Ramírez MS, Fonagy P, et al. To know or not to know? Mentalization as protection from somatic complaints. *PloS One*. 2019;14(5):e0215308. doi:10.1371/journal.pone.0215308
35. Abbasi M, Saberi H, Taheri A. Prediction of pain perception based on childhood trauma with the mediation of emotion regulation in people with chronic pain. *Scientific-research quarterly journal of health psychology*. 2022;11(41):7-26. Doi:10.30473/HPJ.2022.60912.5345
36. Jahangiri J, Ranjbaripour T, Pashang S, Tari-Moradi A, Hidaji MB. Designing and testing a model for predicting adaptation to pain based on attachment styles and my strength with the mediating role of cognitive emotion regulation in patients with rheumatoid arthritis in Tehran in 1400: a descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2022;21(6):625-42. [In Persian]
37. Babae Z, Deghani M, Babakhani B, Najafi Mehri S. Couples' experiences of emotional disclosure associated with chronic low back pain: A phenomenological study. *Journal of Health Promotion Management*. 2021;10(1):34-46. [In Persian]
38. Okur Güney ZE, Sattel H, Witthöft M, Henningsen P. Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS One*. 2019;14(6):e0217277. doi:10.1371/journal.pone.0217277
39. Gross JJ. The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*. 2015;26(1):130-7. doi:10.1080/1047840X.2015.989751
40. Porcelli P, De Carne M, Leandro G. The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehensive Psychiatry*. 2017;73:127-35. doi:10.1016/j.comppsy.2016.11.010
41. Lutz J, Gross RT, Vargovich AM. Difficulties in emotion regulation and chronic pain-related disability and opioid misuse. *Addictive Behaviors*. 2018;87:200-5. doi:10.1016/j.addbeh.2018.07.018
42. Baker KS, Gibson S, Georgiou-Karistianis N, Roth RM, Giummarra MJ. Everyday executive functioning in chronic pain: specific deficits in working memory and emotion control, predicted by mood, medications, and pain interference. *The Clinical Journal of Pain*. 2016;32(8):673-80. doi:10.1097/AJP.0000000000000313
43. Timmers I, Park AL, Fischer MD, Kronman CA, Heathcote LC, Hernandez JM, et al. Is empathy for pain unique in its neural correlates? A meta-analysis of neuroimaging studies of empathy. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2018;12:289. doi:10.3389/fnbeh.2018.00289
44. Ma J, Wang X, Qiu Q, Zhan H, Wu W. Changes in Empathy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Structural-Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2020;14:326. doi:10.3389/fnhum.2020.00326
45. Roche J, Harmon D. Exploring the facets of empathy and pain in clinical practice: a review. *Pain Practice*. 2017;17(8):1089-96. doi:10.1111/papr.12563
46. Tekle Abegaz S. We are IntechOpen, the world's leading publisher of Open Access books Built by scientists, for scientists. 2021.
47. Granot M, Weissman-Fogel I, Crispel Y, Pud D, Granovsky Y, Sprecher E, et al. Determinants of endogenous analgesia magnitude in a diffuse noxious inhibitory control (DNIC) paradigm: do conditioning stimulus painfulness, gender and personality variables matter? *Pain*. 2008;136(1-2):142-9. doi:10.1016/j.pain.2007.06.029
48. Edmond SN, Keefe FJ. Validating pain communication: current state of the science. *Pain*. 2015;156(2):215-9. doi:10.1097/01.j.pain.0000460301.18207.c2
49. Ring C, Kavussanu M, Willoughby AR. Emotional modulation of pain-related evoked potentials. *Biological Psychology*. 2013;93(3):373-6. doi:10.1016/j.biopsycho.2013.04.006
50. Davis MA. A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2009;15(2):76-9. doi:10.1016/j.ctcp.2009.01.001
51. Goubert L, Craig KD, Vervoort T, Morley S, Sullivan MJ, de CAC W, et al. Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*. 2005;118(3):285-8. doi:10.1016/j.pain.2005.10.025
52. Goldstein P, Shamay-Tsoory SG, Yellinek S, Weissman-Fogel I. Empathy predicts an experimental pain reduction during touch. *The Journal of Pain*. 2016;17(10):1049-57. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.007
53. Hamid N, Ramezan Sa'atchi L, Mehrabzadeh Honarmand M. Effect of cognitive-behavioral therapy on pain severity and mental health of women with chronic low back pain. *Clinical Psychology Studies*. 2013;3(10):96-113.
54. Panfile TM, Laible DJ. Attachment security and child's empathy: The mediating role of emotion regulation. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-). 2012:1-21.