

مدل علی شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به درد مزمن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۱۹

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل علی شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به درد مزمن، انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه این پژوهش بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان عرفان شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ بود که ۳۰۰ فرد مبتلا به درد مزمن به روش نمونه‌گیری دردسترس به صورت داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه چند بعدی درد (وست هاون - بیل (WHI-MPI)؛ کرنز و همکاران، ۱۹۸۵)، سیاهه سبک‌های دلبستگی بزرگسال (AAI، بشارت، ۱۳۸۴) و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF؛ یانگ، ۱۹۹۹) استفاده و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد سبک دلبستگی ایمن و اضطرابی از طریق متغیر میانجی گوش‌به‌زنگی و بازداری و دیگرجهت‌مندی اثر غیرمستقیم معنی‌داری در سطح $p < 0.05$ بر شدت درد در افراد مبتلا به درد مزمن دارد. این بدان معنی است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه گوش‌به‌زنگی و بازداری و دیگرجهت‌مندی نقش میانجی‌گری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شدت درد دارد.

نتیجه‌گیری: بنابراین اثر سبک‌های دلبستگی نایمن بر شکل‌دهی طرحواره‌های ناسازگار، منجر به افزایش شدت در افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود.

کلمات کلیدی: درد مزمن، سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شدت درد

بی‌نوشته: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

گلبرگ زندی گوهرریزی^۱
رضا قربان جهرمی^{*۲}
سمیه رباط میلی^۳
مهدی زارع بهرام‌آبادی^۴

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳ استادیار دانشکده حکمرانی، دانشگاه تهران.

^۴ دانشیار مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی.

Email: rrrghorban@gmail.com

مقدمه

درد، عمومی‌ترین مشکل جسمانی و شایع‌ترین شکایت کلینیکی است که در زندگی با آن مواجه هستیم. درد نقش هشداردهنده دارد و برای بقا ضروری است اما دردهای مزمن شده نه تنها کارکرد هشداردهی خود را از دست می‌دهند بلکه تأثیر منفی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارند. درد مزمن یک مشکل عمده بهداشت عمومی است؛ به طوری که درصد بالایی از افراد بزرگسال تجربه آن را در دوره‌ای از زندگی خود گزارش کرده‌اند (۱). شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسالان را حدود ۱۵٪ گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۲۰٪ تخمین زده است. هم‌چنین در ایران شیوع ۶ ماهه درد مزمن در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال)، از ۹٪ تا ۱۴٪ و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷٪ گزارش شده است (۲). براساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد^۱، درد نوعی تجربه روانی و احساسی ناخوشایند است، که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه توصیف می‌شود. درد حاد، نوعی از درد بوده که شروعی تازه داشته، دوام محدودی دارد و معمولاً علت آن مشخص است. اما درد مزمن^۲ نوعی از درد است که اثر آن برای مدت طولانی (بیش از ۳ ماه) حتی مدت‌ها بعد از ترمیم بافت، ادامه می‌یابد (۳). درد مزمن، اختلالات جدی را در سلامت عمومی، عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران ایجاد کرده و به مشکلات اقتصادی ناشی از استفاده از خدمات سلامت منجر می‌شود (۴). در واقع درد مزمن می‌تواند جنبه‌های مهم زندگی فرد اعم از جسمی، روانی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد (۵). برای مثال در بعد جسمانی می‌تواند فرد را از انجام اموری که قبلاً قادر به انجام آن‌ها بوده است و حتی انجام کارهای شخصی،

ناتوان کند بطوری که فرد نتواند حتی برخی کارهای روزمره خود را انجام دهد. در بعد روانی، منجر به افسردگی، اضطراب و اختلالاتی در خواب شود (۶) و در بعد اجتماعی به دلیل فعالیت محدود ممکن است فرد را گوشه‌گیر و منزوی کند (۷). ناتوانی‌های ناشی از درد مزمن بر اساس میزان تأثیرپذیری فرد از درد و شدت دردی که تجربه می‌کند، مشخص می‌شود (۸). هر چه میزان تأثیرگذاری درد بر فرد بیشتر باشد، درد شدیدتر است. با افزایش شدت و مدت زمان بروز درد، میزان ناتوانی فرد نیز افزایش می‌یابد (۹). اخیراً تفاوت‌های فردی در تجربه و قضاوت مربوط به درد را با نظریه دلبستگی^۳ تبیین کرده‌اند (۱۰، ۱۱). در واقع بر اساس پژوهش‌های مختلف (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) مشخص شده است که سبک‌های دلبستگی^۴ بزرگسالان یکی از عوامل مؤثر در تجربه شدت درد می‌باشد. دلبستگی یکی از نیازهای بنیادی انسان‌ها است که به برقراری پیوند عاطفی عمیق میان کودک و مراقب اصلی او (معمولاً مادر) اشاره دارد (۱۶). سه سبک دلبستگی ایمن^۵، اجتنابی^۶ و اضطرابی^۷ توصیف و مشخص شد کودکان یکی از این سه سبک دلبستگی را با خود به بزرگسالی می‌برند (۱۷). افراد با سبک دلبستگی ایمن دارای ویژگی‌های مثبت در مهارت‌های فردی همچون خودآگاهی^۸، عزت نفس (۱۸)، کنار آمدن با احساسات منفی ناشی از تعاملات اجتماعی هستند (۱۹) و با دیگران راحت ارتباط برقرار می‌کنند و از اینکه دیگران آنها را ترک کنند و یا خیلی به آنها نزدیک شوند احساس نگرانی نمی‌کنند (۲۰). سبک دلبستگی اجتنابی با درجه‌ای از ناراحتی در نزدیکی و وابستگی رابطه دارد یعنی افراد با این سبک دلبستگی از نزدیک شدن به دیگران احساس ناراحتی می‌کنند و سبک دلبستگی اضطرابی نشان‌دهنده عزت‌نفس پایین

⁵ secure⁶ avoidant⁷ ambivalence⁸ self-consciousness¹ international association for the study of pain² chronic pain³ attachment theory⁴ attachment style

(۲۱) و در نتیجه اضطراب فرد درباره طرد و رها شدن در روابط است.

پژوهش‌های متعدد (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶) نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی، یک عامل تحولی مهم در شکل‌گیری شخصیت بوده و بسیاری از مؤلفه‌های روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به طور واضح‌تر این طور می‌توان گفت که تمامی مسائل روان‌شناختی به نحوی با سبک دلبستگی در ارتباط بوده و بنابراین این الگوهای فعال درونی دارای اهمیت پیش‌بینی‌کنندگی زیادی در بهداشت روانی افراد هستند (۲۷) و همان‌طور که پیش‌تر گفته شد اخیراً تفاوت‌های فردی در تجربه و قضاوت مربوط به درد را نیز با نظریه دلبستگی^۱ تبیین کرده‌اند (۱۰، ۱۱). کلب^۲ (۱۹۸۲) نخستین کسی بود که به طور مستقیم رفتارهای مبتنی بر سبک‌های دلبستگی را با شدت درد مرتبط کرد. وی پیشنهاد داد که درد عامل تنش‌زایی است که رفتارهای دلبستگی ایجادکننده امنیت را فراخوانی می‌کند و دقیقاً نوع این رفتارهاست که در افراد با سبک دلبستگی ناایمن، تداوم بخش درد بوده و مزمن شدن آن را سبب می‌شود (۲۸). هم‌چنین، (۲۹) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که درد در افراد با سبک دلبستگی ناایمن، منجر به بروز پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌شود. سبک‌های دلبستگی مؤلفه‌های روان‌شناختی متعددی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که یکی از این مؤلفه‌ها طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ^۳ است (۳۰، ۳۱). هم‌چنین، یانگ معتقد است این طرحواره‌ها که وی از آن‌ها به عنوان "یک ساختار یا چارچوب مرجع" یاد می‌کند؛ ساختارهای پایدار و بادوامی هستند که به مثابه عدسی‌هایی بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارند. این طرحواره‌ها در طی تجارب کودکی شکل گرفته و پاسخ فرد به

رخداد‌های محیطی را کنترل می‌کنند (۳۲). طرحواره‌ها مطابق با پنج نیاز تحولی کودک به پنج حوزه تقسیم می‌شوند که در این پژوهش به بررسی شش طرحواره از سه حوزه؛ طرحواره‌های محرومیت هیجانی^۴ و رهاشدگی/بی‌ثباتی^۵ از حوزه بریدگی طرد، طرحواره‌های ایثار^۶ و اطاعت^۷ از حوزه دیگرچفت مندی و طرحواره‌های بازداری هیجانی^۸ و معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی^۹ از حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^{۱۰} (۳۲) که طبق پیشینه بیشترین همبستگی را با درد مزمن داشته‌اند پرداخته شده است. نظریه دلبستگی نشان می‌دهد که کودکان بر اساس کیفیت پاسخ‌های مراقبین خود و به ویژه در مواجهه با تهدید، باورهای بنیادین شناختی را در مورد خود، دنیا و دیگران ایجاد می‌کنند (۳۳). همان‌طور که گفته شد طرحواره‌های ناسازگار اولیه از نیازهای برآورده نشده دوران کودکی بوجود می‌آیند، یکی از مهم‌ترین این نیازها، نیاز به دلبستگی ایمن به دیگران می‌باشد (۳۴). از نظر بالبی نیز دلبستگی یکی از نیازهای بنیادین انسان‌ها است و افراد در خلال سال‌های اولیه رشد و بر حسب تجارب ارتباطی که با مراقبان خود داشته‌اند و نیز تعامل با جهان مادی، الگوهای فعال درونی خود را بوجود می‌آورند و به کمک همین الگوهاست که شخص وقایع مختلف را در طول زندگی خود ادراک و تفسیر کرده، حوادث را پیش‌بینی و طرح‌هایی را بنا می‌کند (۳۱). سبک‌های دلبستگی با طرحواره‌های شناختی قدیمی یا عقاید ما در مورد خودمان و دیگران ارتباط نزدیکی دارند و بر تعاملات بین فردی اثر گذاشته و از آنها تأثیر می‌پذیرند. طبق پژوهش‌های مختلف رابطه سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأیید شده است (۳، ۳۱، ۳۵، ۳۶، ۳۷).

⁶ self-sacrifice (SS)

⁷ subjugation

⁸ emotional inhibition (EI)

⁹ unrelenting standards/ hyper criticalness (US)

¹⁰ over vigilance & inhibition

¹ attachment theory

² Kolb

³ Young early maladaptive schemas

⁴ emotional deprivation (ED)

⁵ abandonment/instability (AB)

و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بود (۱۲). در پژوهش حشمتی و همکاران (۲۰۱۷)، با عنوان «مدل‌یابی معادلات ساختاری تعیین‌گرهای درد مزمن: نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهوشیاری زمینه‌ای» نتایج نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد مزمن به ترتیب پیش‌بیند و پیامد بهوشیاری زمینه‌ای در دانشجویان هستند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که بهوشیاری زمینه‌ای میانجی‌گر معنی‌دار رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد مزمن است. همچنین، مدل آزمون شده، مدلی مطلوب برای تبیین درد مزمن در دانشجویان می‌باشد (۴۲). بر اساس نتایج فراتحلیل کوچلین^۲ و همکاران (۲۰۱۸) بین تنظیم ناکارآمد هیجانات با شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن در پژوهش‌های گذشته، ارتباط معناداری مشاهده شد (۴۳). در مطالعه رینولدز^۳ و همکاران (۲۰۱۸)، که به بررسی ویژگی‌های مرتبط با تنظیم احساسات از اختلال شخصیت مرزی پرداخته شد، محققان دریافتند که تأثیر منفی و عدم تنظیم هیجانات با گزارش شدت درد و میزان درد در فعالیت‌های روزمره همراه بود (۴). نتایج پژوهش نیلسن^۴ و همکاران، (۲۰۱۷)، حاکی از ارتباط معنادار بین اضطراب و سبک دلبستگی دوسوگرا با اختلال در تنظیم هیجان بود. با این حال دلبستگی اجتنابی ارتباط معناداری با دلبستگی دوسوگرا نداشت (۴۴). با توجه به آنچه ذکر آن رفت، شدت درد مزمن مسئله حائز اهمیت است که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی بیماران تأثیر منفی گذاشته و هزینه‌های زیادی نیز به جامعه تحمیل کند. نتایج پژوهش‌های پیشین نیز به نوعی بیانگر وجود ارتباط احتمالی درد مزمن با سبک‌های دلبستگی ناایمن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه است؛ ولی پژوهش‌هایی که به ارائه مدل ساختاری با متغیرهای مذکور پرداخته باشند، انگشت‌شمارند. پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا مدل علی رابطه سبک‌های دلبستگی و شدت درد با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دارای درد

این الگوهای هیجانی شناختی خودآسیب‌رسان (طرحواره‌های ناسازگار اولیه) که در طول زندگی تکرار می‌شوند، منجر به شکل‌گیری روش‌های مقابله‌ای ناکارآمدی می‌شوند که اغلب زیربنای تجربه اغراق‌آمیز درد هستند (۳۸). تحقیقات انگشت‌شماری وجود دارد، که رابطه بین درد مزمن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را بررسی کرده باشد. همچنین، ساریاها^۱ و همکاران در تحقیق خود نشان دادند، که بیماران مبتلا به درد مزمن از اکثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و این طرحواره‌ها در وضعیت کنونی درد در آن‌ها تأثیر دارد (۳۸). همچنین نتایج پژوهش (۳۹) نشان داد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت درد و اضطراب ارتباط معناداری دارند و در بیماران مبتلا به درد مزمن دو عامل طرحواره‌ای یافتند که عامل اول شامل طرحواره‌های محرومیت هیجانی، شکست، بازداری هیجانی، رهاشدگی و عامل دوم شامل اطاعت، ایثار و معیارهای سرسختانه بود. همچنین در پژوهش حشمتی (۴۰) به رابطه مثبت و معنادار درد کلی با طرحواره‌های محرومیت، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی و ایثار اشاره شده است. در ادامه به برخی پیشینه‌های انجام شده پرداخته می‌شود، در پژوهش آریاوند با عنوان «بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین منبع کنترل و شدت درد در افراد مبتلا به درد مزمن» نتایج نشان داد بر اساس یافته‌های به دست آمده، نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد- سرکوب) در رابطه بین منبع کنترل درونی و شدت درد تأیید شد. به این صورت که افرادی که دارای منبع کنترل درونی بودند بیشتر از راهبرد سازگارانه ارزیابی مجدد و کمتر از راهبرد ناسازگارانه سرکوبی استفاده می‌کردند و به تبع آن شدت درد کمتری را تجربه می‌کردند (۴۱). در پژوهش فیروزی و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان «اثر پیش‌بین یکنندگی سبک‌های دلبستگی بر خودکارآمدی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن» نتایج حاکی از ارتباط معنادار بین سبک‌های دلبستگی با فاجعه‌پنداری

³ Reynolds

⁴ Nielsen

¹ Saariaho

² Koechlin

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد، بدین صورت که جهت رسیدن به حجم نمونه مورد نظر و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، ۳۰۰ نفر از مراجعین کلینیک درد بیمارستان عرفان شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹، به صورت غیرتصادفی انتخاب شدند. پس از انتخاب گروه نمونه، اهداف تحقیق برای آن‌ها توضیح داده شد و سپس پرسشنامه‌های تجارب نزدیکی در روابط صمیمانه و طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ، و هم‌چنین سیاهه درد چندوجهی ییل - هیون در اختیار ایشان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سؤالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر خود را انتخاب نمایند. حجم این نمونه بر اساس مدل کلاین با برآورد ۱۵-۱۰ برابری تعداد عامل‌های موجود در مدل مشخص شد. بر اساس مدل کلاین، ۲/۵ تا ۵ برابر تعداد گویه‌ها حجم مناسبی برای تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری است. همچنین بر حسب یک قاعده کلی و مورد توافق بعضی محققان، در مدل‌های تحلیل مسیر و ساختاری حجم نمونه نباید از ۳۰۰ نفر کمتر باشد. با توجه به اینکه در این پژوهش تعداد کل گویه‌ها برابر ۱۱۲ است، بنابراین تعداد نمونه ۲/۵ برابر ۱۱۲ (۲۸۰ نفر) است که با توجه احتمال ریزش نفر ۳۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه مشخص شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی، رده سنی ۳۵-۵۵ سال، بیمارانی با حداقل سه ماه سابقه درد مزمن، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت همزمان در مداخلات روانشناختی می‌باشد. و معیارهای خروج شامل؛ عدم رضایت به ادامه شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها، سوء مصرف مواد و مصرف داروهای روانپزشکی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات

الف) سیاهه چند وجهی درد وست هاون - ییل^۱ (WHI-MPI): پرسشنامه چندوجهی درد وست هاون- ییل را بر مبنای نظریه ادراک شناختی رفتاری درد مزمن طراحی نمودند و اعتبار و روایی آن را در میان ۱۲۰ بیمار مبتلا به درد مزمن مورد تأیید قراردادند (۴۹). این پرسشنامه از سه بخش

مزمن از برازش مطلوبی برخوردار است یا خیر. برخی از واکنش‌های هیجانی متداول هم آیند با درد مزمن، عبارتند از: افسردگی، خشم و اضطراب (۴۵) هم‌چنین درد مزمن ممکن است با سایر اشکال آسیب‌شناسی روانی نظیر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های مصرف مواد، کاهش عزت نفس، کاهش حافظه و افکار خودکشی همراه باشد (۴۶، ۴۷) این مسئله از یک طرف بار سنگینی را بر دوش فرد و خانواده او گذاشته و از طرف دیگر هزینه‌های زیادی به سیستم مراقبت‌های بهداشتی وارد می‌نماید (۴۷). برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سالانه هزینه‌های هنگفتی چه توسط افراد و چه توسط شرکت‌های بیمه بابت درمان و کنترل درد مبتلایان به دردهای مزمن پرداخت می‌شود (۴۸).

بنابراین بدیهی است که انجام تحقیقاتی که به مطالعه متغیرهای مرتبط با درد مزمن می‌پردازند، از اهمیت خاصی برخوردار است چرا که با شناسایی و دستکاری آن‌ها می‌توان تا حد زیادی به کنترل درد و کاهش تأثیرات منفی آن در زندگی امیدوار بود. با توجه به اینکه مطالعات اندکی از منظر آسیب‌شناسی تحولی به پدیده درد مزمن و راه‌های مقابله با آن و اثرگذاری مؤلفه‌های روان‌شناختی بر آن پرداخته است، پژوهش حاضر شدت درد را بر اساس وجود روابط مستقیم و غیرمستقیم آن با مؤلفه‌های روان‌شناختی مهمی هم‌چون سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه تبیین نموده و مقدمه‌ای برای پژوهش‌های آتی نیز باشد. بنابراین با توجه به اهمیت بررسی درد مزمن به دلیل پیامدهای منفی که برای بیمار، خانواده و جامعه دارد و اندک بودن تحقیقات بالینی و کنترل شده در خصوص الگوی علی رابطه سبک‌های دلبستگی بر شدت درد با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی مدل علی شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد.

روش پژوهش

¹ West Haven-Yale multidimensional pain inventory

بزرگسالان طراحی شده است (۵۲). این مقیاس در ۱۵ گویه به ارزیابی سه سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی، و نایمن دوسوگرا به عنوان سه زیرمقیاس مستقل می‌پردازد. نمره گذاری این مقیاس از روش لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) انجام می‌شود. نمره هر زیرمقیاس با جمع گویه‌های مرتبط با آن زیرمقیاس مشخص می‌شود. سبک دلبستگی ایمن شامل گویه‌های (۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳)، سبک دلبستگی اجتنابی شامل گویه‌های (۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴)، سبک دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا (۳، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵) است. نتایج اعتبارسنجی داخلی این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۳۰۰ نفری، نشان می‌دهد ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در سه زیرمقیاس دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی-دوسوگرا به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ بوده و هم‌چنین نتایج پایایی بازآزمایی در یک فاصله ارزیابی ۴ هفته‌ای نشان داد پایایی در سه زیرمقیاس دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی-دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۵ است. هم‌چنین اعتبار محتوایی این مقیاس با سنجش ضرایب همبستگی نمره‌های چهار متخصص روانشناسی مورد تأیید قرار گرفته است. وجود الگوهای خاص ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با پرسشنامه مشکلات بین‌فردی و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت نشان از اعتبار قابل قبول این پرسشنامه است.

پ) فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ^۳ (YSQ): این پرسشنامه ۹۰ ماده‌ای که بر اساس یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً غلط تا کاملاً درست) بدان پاسخ داده می‌شود، جهت اندازه‌گیری ۱۸ طرحواره، توسط یانگ (۱۹۹۸) طراحی شده است (۳۲). گرفتن نمره بالا در زیر مقیاس‌های هر طرحواره، احتمال بیشتر وجود همان طرحواره ناسازگار را در فرد نشان می‌دهد. این زیرمقیاس‌ها شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری،

مستقل از یکدیگر تشکیل شده است: بخش اول شامل ۲۰ عبارت است که از بیمار می‌خواهد، ارزیابی خود را از (۱) تداخل درک شده درد در عملکرد شغلی، تفریحی-اجتماعی، خانواده-تاهل، (۲) حمایت یا توجه همسر یا دیگر افراد مهم، (۳) شدت درد، (۴) کنترل زندگی درک شده، (۵) پریشانی عاطف، در قالب ۵ خرده مقیاس گزارش کند. بخش دوم دارای ۱۴ عبارت در قالب سه خرده مقیاس «واکنش منفی»، «تلاش برای انحراف توجه از درد» و «نشان دادن دلسوزی» می‌باشد که بیمار از طریق پاسخگویی به آن‌ها ارزیابی خود را از واکنش همسر یا سایر افراد مهم زندگی‌اش، نسبت به دردی که از آن رنج می‌برد، درجه‌بندی می‌کند. و اما بخش سوم دارای ۱۸ عبارت بوده و در قالب چهار خرده مقیاس، فراوانی فعالیت بیمار را در امور «خانه‌داری»، «تعمیر و نگهداری وسایل منزل»، «فعالیت‌های اجتماعی» و «انجام فعالیت‌های بیرون از منزل» ارزیابی می‌کند. در این پژوهش از خرده مقیاس شدت درد استفاده شده است که در آن نمره فرد بین صفر تا شش تغییر می‌کند و نمره بالاتر نشان‌دهنده درد شدیدتر است. کرنز^۱، (۱۹۸۵) حساسیت بالینی این پرسشنامه را نسبت به تغییراتی که در نتیجه درمان در شدت درد بیماران روی داد مستند نمود (۴۹). هم‌چنین اعتبار و پایایی بخش اول و دوم این پرسشنامه مطلوب ارزیابی شده است. به صورتی که آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده ای هر خرده مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ نشان داده شد (۵۰). میرزمانی، صفری، حلی‌ساز و سدیدی نیز آلفای کرونباخ بخش اول پرسشنامه را ۰/۸۶، بخش دوم پرسشنامه را ۰/۷۸ و بخش سوم پرسشنامه را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند (۵۱).

ب) سیاهه سبک‌های دلبستگی بزرگسال^۲ (AAI): پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان در سال ۱۳۸۴ توسط بشارت و بر مبنای مقیاس سبک‌های دلبستگی بزرگسالان هازن و شاور (۱۹۷۸) و نظریه دلبستگی، جهت ارزیابی سبک‌های دلبستگی

³ Young schema questionnaire-short form

¹ Kerns

² adult attachment inventory (AAI)

استفاده از برنامه اسپاس^۱ نسخه ۲۳، اطلاعات توصیفی متغیرها از قبیل میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمرات بدست آمد و پس از آن به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق از روش الگوی معادلات ساختاری در نرم‌افزار ایموس^۲ نسخه ۲۲ استفاده شد. لازم به ذکر است که پیش‌فرض‌های بهنجاری تک‌متغیری (با بررسی چولگی و کشیدگی)، بهنجاری چند متغیری (آزمون ماهالانویس^۳)، خطی بودن (با ترسیم ماتریس‌های نمودار پراکندگی)، چند هم‌خطی بودن (با بررسی عامل تورم واریانس و ضریب تحمل)، و آزمون برازندگی مدل نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر از مبتلایان به درد مزمن بود. میانگین سن شرکت کنندگان در پژوهش (۳۰۰ نفر)، تقریباً ۴۰ سال گزارش شده است. جوان‌ترین فرد، ۲۰ سال و مسن‌ترین فرد ۶۶ سال داشته است.

که از ۳۰۰ نفر گروه نمونه، ۸۳/۷ درصد (۲۵۱ نفر) از گروه نمونه را زنان و ۱۶/۳ درصد (۴۹ نفر) را مردان تشکیل داده‌اند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه نمونه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای آشکار پژوهش (N=۳۰۰)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
سبک دلبستگی ایمن	۱۲/۵	۴/۴	۵	۲۵	-۰/۴۰۰	-۰/۰۸۲
سبک دلبستگی اضطرابی	۹/۶	۳/۱	۵	۲۳	-۰/۴۱۷	-۰/۰۰۶
سبک دلبستگی اجتنابی	۱۱/۴	۳/۵	۵	۲۴	-۰/۱۴۴	۰/۱۱۱
شدت درد مزمن	۱۳/۳	۳/۶	۰	۱۸	-۰/۱۸۱	۰/۰۲۵
طرحواره‌های ناسازگار اولیه						
حوزه دیگر جهت‌مندی	۳۵/۲	۶	۱۰	۵۰	-۰/۴۳۰	۰/۰۷۱
حوزه گوش‌بزدگی و بازداری	۲۶/۹	۵/۴	۸	۴۸	-۰/۵۱۸	-۰/۲۱۶

انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص و شرم، شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر صدمه یا بیماری، خود گرفتار/ تحول‌نا یافته، استحقاق/ بزرگ‌منشی، خویش‌داری ناکافی، تأییدطلبی/ پذیرش‌جویی، ایثار و فداکاری، بازداری هیجانی، استانداردهای ناعادلانه/ معیارهای سخت‌گیرانه، منفی‌گرایی و تنبیه می‌باشند. هم‌چنین، (۵۳) اعتبار مقیاس‌ها را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش داده‌اند و نتایج بهنجاریابی این پرسشنامه در ایران نیز نشان از اعتبار قابل قبول آن دارد، هم‌چنین نتایج پژوهش (۵۴) در دانشگاه‌های تهران آلفای کرونباخ جمعیت مونث را ۰/۹۷ و جمعیت مذکر را ۰/۹۸ نشان داد و ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد. در این پژوهش شش طرحواره محرومیت هیجانی، بی‌ثباتی-رهاشدگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه-عیب‌جویی افراطی، اطاعت و ایثارمورد مطالعه قرار گرفته است به همین خاطر از سؤالات مربوط به این شش طرحواره ناسازگار اولیه استفاده شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها به صورت کمی تعریف شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا با

³ Mahalanobis test

¹ SPSS

² Amos

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
حیطه بریدگی و طرد	۲۱/۵	۴/۴	۸	۴۶	۰/۳۰۷	-۰/۶۱۰

از متغیرهای پژوهش از این دامنه تخطی نکرده است، بنابراین می‌توان توزیع تک متغیری داده‌ها را بهنجار فرض کرد.

بر اساس آزمون مدل مفهومی تحقیق، مدل علی شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به درد مزمن از برازش مناسبی برخوردار است. نتایج حاصل از بررسی ضرایب مسیر مدل ساختاری شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جدول زیر ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول بالا، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین نمره و بیشترین نمره، از نمرات گروه نمونه در متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. هم‌چنین میزان چولگی و کشیدگی توزیع متغیرها جهت بررسی توزیع نرمال محاسبه شده است. همانگونه که ملاحظه می‌شود هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش انحراف جدی از توزیع بهنجار تک متغیری ندارند. بر اساس اغلب منابع چولگی و کشیدگی توزیع نمره‌ها در دامنه (۲ و -۲) را می‌توان بهنجار فرض کرد (۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸). در نتیجه توزیع داده‌های هیچ‌یک

جدول ۲. ضرایب مسیر مدل ساختاری شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مسیرهای موجود	برآورد پارامتر b	پارامتر استاندارد β	خطای استاندارد	سطح بحرانی
دلبستگی ایمن ← دیگرجهت‌مندی	-۰/۴۲۵	-۰/۳۴۲	۰/۱۷۸	** ۵/۴۲
دلبستگی ایمن ← گوش‌بزننگی و بازداری	-۰/۷۹۵	-۰/۲۹۶	۰/۱۹۵	** ۴/۰۷۴
دلبستگی ایمن ← بریدگی و طرد	-۱/۳۹۹	-۰/۴۷۹	۰/۲۲۶	** ۶/۱۹۹
دلبستگی اضطرابی ← دیگرجهت‌مندی	۱/۲۳۱	۰/۴۱۳	۰/۲۰۸	** ۵/۱۳۱
دلبستگی اضطرابی ← گوش‌بزننگی و بازداری	۰/۶۳۶	۰/۳۴۹	۰/۱۳۹	** ۴/۵۶۸
دلبستگی اضطرابی ← بریدگی و طرد	۱/۰۳۳	۰/۴۰۶	۰/۲۰۱	** ۵/۱۲۲
دلبستگی اجتنابی ← دیگرجهت‌مندی	-۰/۲۳۱	-۰/۲۸۱	۰/۱۰۶	** ۳/۸۶
دلبستگی اجتنابی ← گوش‌بزننگی و بازداری	۰/۲۱۲	۰/۳۷۶	۰/۱۱۰	** ۳/۱۷۱
دلبستگی اجتنابی ← بریدگی و طرد	۰/۴۳۶	۰/۳۴۴	۰/۲۸۹	** ۵/۳۹

دیگرجهت‌مندی ← شدت درد	۰/۳۵۴	۰/۳۱۲	۰/۱۹۳	** ۵/۸۴
گوش‌بزننگی و بازداری ← شدت درد	۰/۴۲۵	۰/۳۳۴	۰/۱۷۸	** ۵/۴۲
بریدگی و طرد ← شدت درد	۰/۱۸۳	۰/۲۰۸	۰/۱۲۹	** ۳/۶۹
دل‌بستگی ایمن ← شدت درد	۰/۲۳۱	۰/۲۹۰	۰/۱۱۵	** ۳/۸۶
دل‌بستگی اضطرابی ← شدت درد	۰/۱۸۱	۰/۲۵۲	۰/۱۱۰	** ۳/۸۸
دل‌بستگی اجتنابی ← شدت درد	۰/۱۹۲	۰/۱۷۲	۰/۱۰۰	* ۲/۴۳

طرد ($\beta = -0/48$)، در سطح $p \leq 0/05$ معنادار است. بررسی رابطه‌ها تا رسیدن به برازش مطلوب انجام شد، که نتایج حاصل از برازش الگوی نهایی در جدول ۳ ارائه شده است.

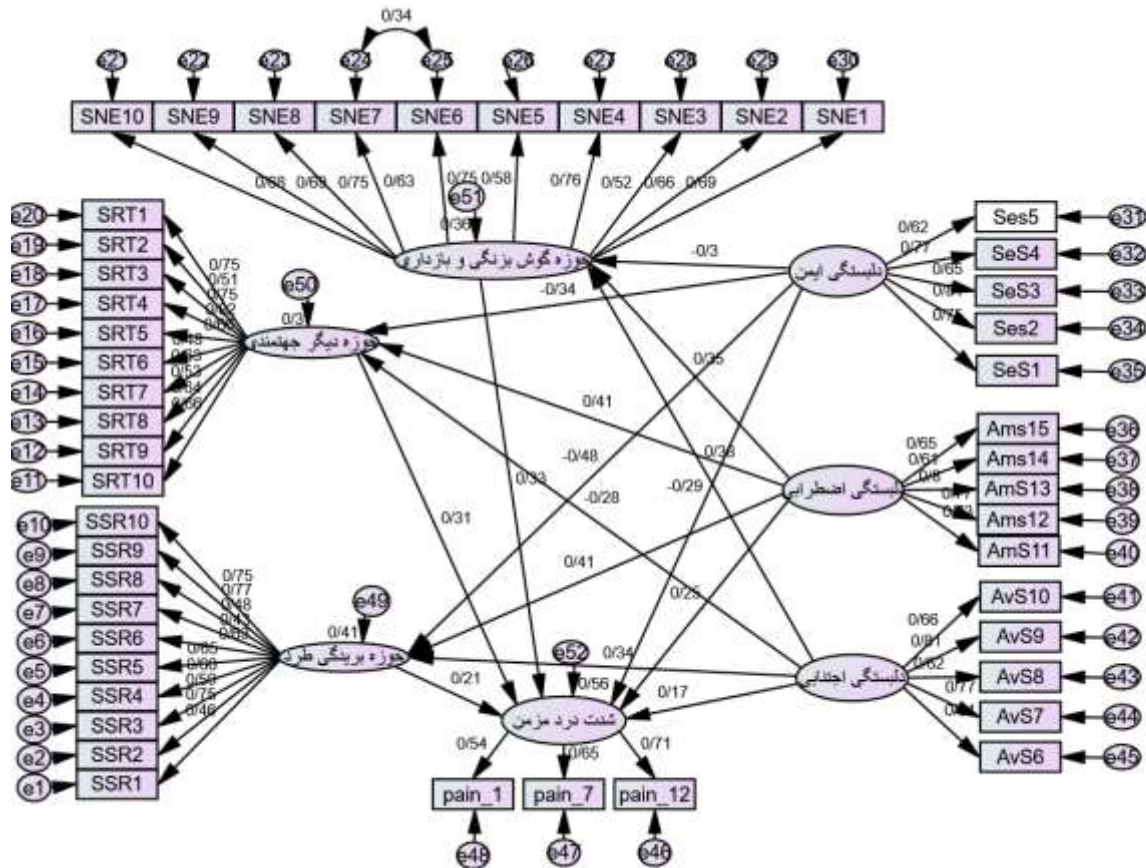
با توجه به نتایج حاصل از بررسی ضرایب مسیر مندرج در جدول ۲، رابطه بین سبک دل‌بستگی ایمن با دیگر جهت‌مندی ($\beta = -0/34$)، گوش‌بزننگی و بازداری ($\beta = -0/30$)، و بریدگی و

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری شدت درد بر اساس سبک‌های دل‌بستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه

الگو	χ^2/df	P	GFI	CFI	NFI	RMSEA
الگوی پیشنهادی	۲/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۰۷

دل‌بستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به درد مزمن از برازش مناسبی برخوردار است. شکل ۱ الگوی برازش شده پژوهش را نمایش می‌دهد. اعداد روی پیکان‌ها ضرایب بتای استاندارد شده، و اعداد روی بیضی‌ها مقدار واریانس تبیین شده را نشان می‌دهد. این مدل ۵۶ درصد از واریانس شدت درد را تبیین می‌کند. سبک‌های دل‌بستگی، ۳۳ درصد، ۳۰ درصد از واریانس طرحواره‌های حوزه دیگر جهت‌مندی، ۳۶ درصد از واریانس طرحواره‌های حوزه گوش‌بزننگی و بازداری، و ۴۱ درصد از واریانس طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد را تبیین می‌کند.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد نسبت کای دو به درجه آزادی ۲/۵۳ محاسبه شده که کمتر از ۳ بوده و نشان از برازش قابل قبول مدل است. هم‌چنین ضرایب GFI (۰/۹۷)، CFI (۰/۹۳)، NFI (۰/۹۴)، بالاتر ۰/۹۰ بوده و نشان از برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست. هم‌چنین شاخص مربوط به باقی مانده‌ها RMSEA (۰/۰۷) کمتر از ۰/۰۸ بوده و میزان قابل قبولی برای برازش مدل به‌شمار می‌آید. تأیید برازش بر اساس مقادیر تعریف شده در مدل کلاین (۲۰۰۵)، انجام شده است. در نتیجه می‌توان گفت مدل ساختاری شدت درد بر اساس سبک‌های



شکل ۱. الگوی نهایی مدل ساختاری شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه

بحث و نتیجه‌گیری

سبک‌های دلبستگی بر شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن، با میانجی‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثر غیرمستقیم دارند. نتایج حاصل از بررسی داده‌ها در مورد هدف اصلی پژوهش نشان داد، سبک دلبستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی از طریق متغیر میانجی گوش‌بزرنگی و بازداری و دیگرجهت‌مندی اثر غیر مستقیم معنی‌داری بر شدت درد دارد. نتیجه این پژوهش با نتایج

پژوهش‌های فیروزی و همکاران (۱۲) و لاکزگوویچ^۱ و همکاران (۲۵)، همسو است. در تبیین نتایج حاصل می‌توان به نظریه طرحواره درمانی یانگ (۳۲)، اشاره کرد، که بر اساس آن عدم تأمین نیازهای هیجانی اولیه در شروع زندگی هر کودک، منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌شود. یکی از مهم‌ترین نیازهای هیجانی اولیه که می‌تواند در شکل‌گیری همه طرحواره‌های ناسازگار نقش داشته‌باشد، نیاز به دلبستگی ایمن به دیگران است. هم‌چنین بر اساس نظریه دلبستگی بالبی (۱۹۸۹)،

¹ Laczkovics

شکل‌گیری دلبستگی از بدو تولد آغاز می‌شود. این در حالی است که شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار به دلیل بعد شناختی، نیازمند شکل‌گیری شناخت در کودک است (۱۲). پس می‌توان انتظار داشت آسیب به دلبستگی در اوایل دوران زندگی، منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در مراحل بعدی زندگی شود. از سوی دیگر بر اساس نظریه طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار در زمان مواجهه با تنش‌ها فعال می‌شوند (۲۵). طبیعتاً مواجهه با بیماری و تجربه درد می‌تواند در افراد منجر به افزایش تنش شود و وجود این تنش راه‌انداز طرحواره‌های ناسازگار در فرد است. پس می‌توان انتظار داشت افراد دارای طرحواره ناسازگار در زمان مواجهه با بیماری و تجربه درد از درجه طرحواره‌های ناسازگار خود، شروع به تفسیر موقعیت و تعامل با محیط کنند. فعال شدن طرحواره‌های حوزه دیگرجهت‌مندی باعث اختلال در روابط می‌شود. نادیده گرفتن نیازها به دیگران اجازه نمی‌دهند از ایشان مراقبت کنند، گویی که خود را لایق مراقبت نمی‌دانند. این شرایط تجربه درد را برای آن‌ها سخت‌تر می‌کند. علاوه بر این به سبب عدم تعادل در روابطشان که به وابستگی بیمارگونه شباهت دارد، درگیر استرس زیادی هستند. ادراک دنیا از این درجه، آن‌ها را همیشه درگیر خشم می‌کند، و این خشم فروخورده به صورت علائم ناسازگاری مانند رفتار پرخاشگرانه - منفعلانه طغیان شدید و خارج از کنترل خشم، و علائم روان-تنی، بروز می‌کند. همچنین فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار حوزه گوش‌بزننگی بازداری، در مواجهه با درد، با ایجاد قواعد انعطاف ناپذیر و درونی شده سخت‌گیرانه، گوش‌بزننگی نسبت به خطر و آسیب، و ناتوانی در ابراز هیجان‌ات و حمایت خواهی از اطرافیان، منجر به بالا نگه داشتن سطح اضطراب، تحلیل بردن سیستم ایمنی، و کاهش توانایی جسمی در مواجهه با آسیب‌های جسمی و روانی می‌شود و تجربه درد را بیشتر می‌کند. سبک‌های دلبستگی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به درد مزمن اثر مستقیم دارند. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه نشان داد، رابطه بین سبک دلبستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی با حوزه‌های دیگرجهت‌مندی، گوش‌بزننگی و بازداری، و بریدگی و طرد، معنادار است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های (۳۰)، (۱۲)، (۲۵)، (۵۹) همسو است. دستیابی به ارتباط معنادار

بین سبک‌های دلبستگی با تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان دهنده تأثیر نحوه تعامل اولیه مراقبان کودک و اثرگذاری آن بر باورها و افکار وی و شکل‌گیری طرحواره‌ها است. در تبیین ارتباط دلبستگی با طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد می‌توان به نظریه طرحواره‌درمانی اشاره کرد. یانگ (۳۲) معتقد است، که طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده‌اند. او بیان می‌کند که انسان‌ها پنج نیاز هیجانی اساسی دارد که مهم‌ترین آن‌ها دلبستگی ایمنی به دیگران (شامل نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش) است. بر اساس این نظریه عدم تأمین نیاز به دلبستگی ایمن باعث ایجاد طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد می‌شود. و این افراد پس از شکل‌گیری این طرحواره‌ها در ارتباط با دیگران احساس بی‌ثباتی و ناامنی را تجربه می‌کنند، نسبت به دنیای پیرامون خود بی‌اعتماد هستند، و انتظار درک شدن و یا همدلی از آن‌ها ندارند (۵۹). در تبیین ارتباط سبک دلبستگی و طرحواره‌های حوزه دیگر جهت‌مندی و گوش‌بزننگی بیش‌از حد و بازداری، می‌توان گفت بر اساس نظریه طرحواره‌درمانی، عدم تأمین نیاز به آزادی در ابزار هیجان‌ها و نیازهای سالم منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های حوزه دیگر جهت‌مندی و عدم تأمین نیاز خودانگیختگی و تفریح منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های حوزه گوش‌بزننگی بیش‌از حد و بازداری می‌شود. این در حالی است که طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد به عنوان طرحواره مرکزی، می‌تواند سایر طرحواره‌ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در نتیجه می‌توان انتظار داشت، آسیب به دلبستگی علاوه بر شکل‌گیری طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد با سایر طرحواره‌ها ارتباط داشته باشد. از سوی دیگر طرحواره‌های اطاعت، ایثار (حوزه دیگر جهت-مندی)، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه (گوش‌بزننگی بیش‌از حد و بازداری)، که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند از جمله طرحواره‌های شرطی محسوب می‌شوند. طرحواره‌های شرطی، می‌توانند در پاسخ به طرحواره‌های غیرشرطی شکل بگیرند. پس می‌توان انتظار داشت، این طرحواره‌ها به عنوان طرحواره‌های ثانویه، در پاسخ به طرحواره‌های غیرشرطی و بنیادی بریدگی و طرد، و در اصل در پاسخ به عدم تأمین نیاز دلبستگی شکل گرفته باشند.

سایر مناطق تهران و شهرها می شود. با توجه به کنترل نکردن متغیرهایی همچون وضعیت اجتماعی-اقتصادی، تعمیم یافته‌های پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. در راستای پیشنهادهای کاربردی با توجه به محدودیت منطقه‌ای گروه نمونه، پیشنهاد می شود پژوهش در سایر نقاط ایران نیز انجام شود. و با توجه به انتخاب روش پژوهش همبستگی و محدودیت‌های آن پیشنهاد می شود جهت تبیین متغیر مستقل این پژوهش با دیگر روش‌های پژوهش نیز انجام شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می توان به این موارد اشاره کرد، از جمله این که، این پژوهش به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شده است و در پژوهش‌های توصیفی امکان دستکاری متغیر مستقل از محقق سلب می شود. به علاوه امکان کنترل همه متغیرهایی که می توانند بر متغیر وابسته اثر بگذارند نیز کمتر وجود دارد. بنابراین نمی توان نتایج حاصل از بررسی متغیر مستقل و وابسته را قطعی تلقی کرد. هم چنین، محدودیت منطقه و شهر گروه نمونه، باعث محدود شدن تعمیم نتایج به

Reference

- Nahin, R.L. (2020). Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States. *The Journal of Pain*, 16, 769–780
- Yazdi Ravandi, S., & Taslimi, Z., & Haghparast, A., & Ghaleiha, A. (2016). Quality of life in patients with chronic pain disorders: determination the role of intensity and duration of pain. *Koomesh*, 17(4 (60), 836-843. [Persian]
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M.I. Benoliel, R., & et al. (2015). classification of chronic pain for ICD-11, *Pain*, 156(6), 1003–1007.
- Reynolds, C.J., Carpenter, R.W., & Traggesser, S.L. (2018). Accounting for the association between BPD features and chronic pain complaints in a pain patient sample: The role of emotion dysregulation factors. *Personal Disorder*, 9, 284–289.
- Howard, M.S., & Medway, F.J. (2004) Adolescents' attachment and coping with stress. *Psychology in the Schools*, 41, 391-402.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 127-e1.
- Ghatreh Samani, M., & Najafi, M., & Rahimian Boogar, I. (2019). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and physiotherapy on depression, anxiety, and stress in patients with chronic pain. *Journal of Psychological Science*, 18(74), 159-169. [Persian]
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: a motivational perspective. *Pain*, 139, 1–4.
- Turk, D. C, Meichenbaum DH, Melzack R, Wall PD. 2019). A cognitive-behavioral approach to pain management.
- Pfeifer, A. C., Amelung, D., Gerigk, C., Schroeter, C., Ehrental, J., Neubauer, E., Schiltenwolf, M. (2016). Study protocol-efficacy of an attachment-based working alliance in the multimodal pain treatment. *BMC Psychology*, 4(1),10.
- Taylor, R. E., Marshall, T., Mann, A., Goldberg, D. P. (2012). Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological Medicine*, 42(4), 855-64.
- Firoozi, m., & Besharat, m., & Souri, z. (2018). The predicting effect of attachment styles on pain catastrophizing, self-efficacy and acceptance in patients with chronic pain. *Journal of anesthesiology and pain (persian)*, 8(3), 55-67. [Persian]

13. McWilliams, L. A., Murphy, P. D., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment dimensions and attitudes toward pain behaviour. *Pain Research and Management, 15*.
14. Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review, 28*, 407-29.
15. Porter, L.S., Davis, D., & Keefe, F.J. (2007). Attachment and pain: recent findings and future directions. *Pain, 128*, 195-8.
16. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. New York: Basic Books.
17. Atkinson, Leslie and Goldberg, Susan (2019). Attachment approach in psychopathology and treatment. (Translated by Zeinab Khanjani, Fatemeh Hadavandkhani, Mohammad Rasool Mofsari). Tehran: Arjmand.
18. Passanisi, A., Gervasi, A. M., Madonia, C., Guzzo, G., & Greco, D. (2015). Attachment, self-esteem and shame in emerging adulthood. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 191*(1), 342-346.
19. Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, 18*(1), 13-25.
20. Harms, P. D. (2011). Adult attachment styles in the workplace. *Human Resource Management Review, 21*(4), 285-296.
21. Stevens, F. L. (2014). Affect Regulation Styles in Avoidant and Anxious Attachment. *Individual Differences Research, 12*(3).
22. Lotfi, N., & Saadati Shamir, A. (2016). Relationship between personality characteristics and attachment styles with emotional breakdown students. *Research in clinical psychology and counseling (studies in education & psychology), 6*(1), 98-112. [Persian]
23. Besharat, M., & Ranjbar Shirazi, F., & Hafezi, E., & Ranjbari, T. (2018). Emotion regulation difficulties and attachment styles in patients and normal samples. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology, 12*(47), 77-88. [Persian]
24. Widom, C. S., Czaja, S. J., Kozakowski, S. S., & Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes. *Child abuse & neglect, 76*, 533-545.
25. Laczkovics, C., Fonzo, G., Bendixsen, B., Shpigel, E., Lee, I., Skala, K., ... & Huemer, J. (2018). Defense mechanism is predicted by attachment and mediates the maladaptive influence of insecure attachment on adolescent mental health. *Current Psychology, 1-9*.
26. Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of psychology, 144*(6), 523-534.
27. Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress, 17*, 11-21.
28. Andersena, T.E., Ravn, S.L., Manniche, C., & O'Neill, S. (2018). The impact of attachment insecurity on pain and pain behaviors in experimental pain. *Journal of Psychosomatic Research, 111*, 127-132.
29. Romeo, A., Tesio, V., Castelnuovo, G., & Castelli, L. (2017). Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in psychology, 8*, 284.
30. Shakeri, F., & Fathi, E. (2020). Examining the Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship between Attachment Styles and Stress Coping Styles among Addicts. *Research on Addiction, 13*(54), 279-302. [Persian]
31. Gay, L. E., Harding, H. G., Jackson, J. L., Burns, E. E., & Baker, B. D. (2013). Attachment style and early maladaptive schemas as mediators of the relationship between childhood

- emotional abuse and intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(4), 408-424.
32. Young, J.E. (1998). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. 3rd ed. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
 33. Sambo, C.F., Howard, M., Kopelman, M., Williams, S., & Fotopoulou, A. (2010). Knowing you care: Effects of perceived empathy and attachment style on pain perception. *Pain*, 151, 687-693.
 34. Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
 35. Faramarzinia, E., & Bahrainian, S., & Manoochehri, M. (2020). Structural model of attachment styles, early maladaptive schemas and health dimensions by mediating coping styles. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University*, 29(4), 337-348. [Persian]
 36. Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T., & Lobbestael, J. (2011). The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 471-479.
 37. Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366.
 38. Saariaho, THJ., Saariaho, ASI., Karila, IA., & Joukamaa, M.I. (2010). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 1, 196-202.
 39. Pazmany, E., Bergeron, S., Van Oudenhove, L., Verhaeghe, J., & Enzlin, P. (2013). Aspects of Sexual Self-Schema in Premenopausal Women with Dyspareunia: Associations with Pain, Sexual Function, and Sexual Distress. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 2255-2264.
 40. Heshmati, R. (2016). Predicting Incidence of Chronic Pain Based on Early Maladaptive Schema. *Journal of Anesthesiology and PAIN (Persian)*, 7(1), 49-60. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=531938>
 41. Ariavand, R. (2019). Investigating the mediating role of emotion regulation in the relationship between control source and pain intensity in people with chronic pain. Master Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University of Tehran. [Persian]
 42. Heshmati, R., & Zamanizad, N., & Setayeshi, M. (2017). Structural equation modeling of chronic pain determinants: the role of early maladaptive schema and dispositional mindfulness. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 7(4), 34-44. [Persian]
 43. Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of psychosomatic research*, 107, 38-45.
 44. Nielsen, S. K. K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety-The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218, 253-259.
 45. Falvo, D. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Jones and Batlett publishers.
 46. Dersh, J., Polatin P. B., & Gatche, R. G. (2007). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine Journal*, 64, 773-786.
 47. Goldenberg, D.L. (2010). Pain/depression dyad: a key to a better understanding and treatment of functional somatic syndromes. *Am. J. Med*, 123(8), 675-682.

48. Salehi, M, Kushki, Sh., Baghdasarians, A., Haghghat, S. (2011). Attachment styles related to parents with physical disabilities in people with chronic pain. *Psychological research*. 3 (10), 67-76. [Persian]
49. Kerns, D.R., Turk, C.D., Rudy, E.T., (1985). The West Haven Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain* 23, 345e356.
50. Hamid, N., Ramezan Sa'atchi, L., Mehrabizadeh Honarmand, M. (2013). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Severity and Mental Health of Women with Chronic Low back Pain. *Clinical Psychology Studies*, 3(10), 96-113. [Persian]
51. Mirzamani, S., & Safari, A., & Holisaz, M., & Sadidi, A. (2007). Validation of the west haven-yale multidimensional pain inventory (whympi) for iranian patients with chronic pain. *QOM University of Medical Sciences Journal*, 1(3), 13-24. [Persian]
52. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
53. Pauwels, E., Dierckx, E., Smits, D., Janssen, R., & Claes, L. (2018). Validation of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a Flemish Community Sample. *Psychologica Belgica*, 58(1), 34-50.
54. Ahi, G., & Mohammadifar, M., & Besharat, M. (2007). Reliability and validity of young's schema questionnaire-short form. *Journal of Psychology and Education*, 37(3), 5-20.
55. Field, A. (2000). *Discovering Statistics Using Spss for Windows*. London-Thousand Oaks-New Delhi: Sage publications.
56. Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE.
57. Trochim, W. M., & Donnelly, J. P. (2006). *The research methods knowledge base* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Atomic Dog.
58. Gravetter, F., & Wallnau, L. (2014). *Essentials of Statistics for the Behavioral Sciences* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
59. Andersen, T. E. (2012). Does attachment insecurity affect the outcomes of a multidisciplinary pain management program? The association between attachment insecurity, pain, disability, distress, and the use of opioids. *Social Science & Medicine*, 74(9), 1461-1468.

Original Article

Causal model of pain intensity based on attachment styles mediated by early maladaptive schemas in patients with chronic pain

Received: 08/12/2023 - Accepted: 07/04/2024

Golbarg Zandi Goharrizi ¹
Reza Ghorban Jahromi ^{2*}
Somayeh Robat Mili ³
Mahdi Zare Bahramabadi ⁴

¹ *PhD. student of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.*

² *Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.*

³ *Assistance Professor, Faculty of Governance, University of Tehran, Tehran, Iran.*

⁴ *Associate Professor of Counseling at Allameh Tabataba'i University.*

Email: rrgorban@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the causal pattern of the relationship between attachment styles and pain intensity mediated by early maladaptive schemas in patients with chronic pain.

Methods: The research method was descriptive-correlational. The population of this study was patients with chronic pain referred to the pain clinic of Erfan Hospital in Tehran in the second half of 2020 that 300 people with chronic pain were voluntarily selected as a sample by available sampling method. Data were collected from the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHI-MPI; Kerns et al., 1985), the Adult Attachment Styles Inventory (AAI, Besharat, 2005) and the Young Early maladaptive Schemas Questionnaire (YSQ-SF; Young, 1999).

Findings: Data usage and analysis were performed by structural equation modeling. The results showed that safe attachment style and anxiety through the mediating variable of ear-ringing and inhibition and other orientation have a significant indirect effect on pain intensity in patients with chronic pain. This means that early maladaptive schemas in the areas of angst and inhibition and other orientation play a mediating role in the relationship between attachment styles and pain intensity.

Conclusion: Therefore, with the effect of insecure attachment styles on the formation of maladaptive schemas, it leads to an increase in severity in people with chronic pain.

Key words: Chronic pain, Attachment styles, early maladaptive schemas, Pain intensity

Acknowledgement: There is no conflict of interest