مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۱، شهریور ۱۴۰۱، ۶۴۲-۶۲۵

طراحی و آزمون الگوی پیش‌بینی سازگاری با درد بر اساس سبک‌های دلبستگی و استحکام من با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر تهران در سال ۱۴۰۰: یک مطالعه توصیفی

جهانگیر جهانگیری[۱]، طاهره رنجبری‌پور[۲]، سارا پاشنگ[۳]، آرزو تاری‌مرادی[۴]، مریم بهرامی‌هیدجی[۵]

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۱/۰۴/۲۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۱/۰۶/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه درد برای ادامه حیات ضروری است، ولی این پدیده در بسیاری از مواقع نقش هشدار دهنده و انطباقی خود را از دست می‌دهد و مشکلات گوناگونی به وجود می‌آورد. بنابراین، هدف مطالعه حاضر طراحی و آزمون مدل پیش‌بینی سازگاری با درد بر اساس سبک دلبستگی و استحکام من با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی که به روش همبستگی انجام گرفت، جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. تعداد ۳۰۰ بیمار با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک درد بیمارستان امام حسین(ع) انتخاب و به پرسش‌نامه‌های سبک‌های دلبستگی، استحکام من، تنظیم شناختی هیجان و مقیاس چندوجهی درد پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده با استفاده از مدل‌یابی معادله ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که ضرایب مستقیم سبک‌های دلبستگی ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۶۱$) و استحکام من ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۸۹$) به سازگاری با درد معنی‌دار می‌باشد. علاوه بر این، سبک‌های دلبستگی و استحکام من با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان اثر غیرمستقیمی بر سازگاری با درد داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی، استحکام من و تنظیم شناختی هیجان می‌توانند به شیوه‌های مستقیم و غیرمستقیم ادراک درد مزمن و عملکرد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را تحت تأثیر قرار دهند و از سویی، نقش پویایی در سازگاری با درد مزمن در آنان ایفاء کنند. این نتایج می‌تواند در طراحی برنامه‌های پیش‌گیرانه و مداخله‌ای درد مزمن کاربرد داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: سازگاری با درد، سبک‌های دلبستگی، استحکام من، تنظیم شناختی هیجان، درد مزمن، آرتریت روماتوئید

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲- نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
تلفن: ۴۲۵۹۵۸۵-۰۲۶۳، دورنگار: ۴۴۳۳۰۱۷۹-۰۲۱، پست الکترونیکی: tahereh.ranjbar@kiau.ac.ir
۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۵- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

مقدمه

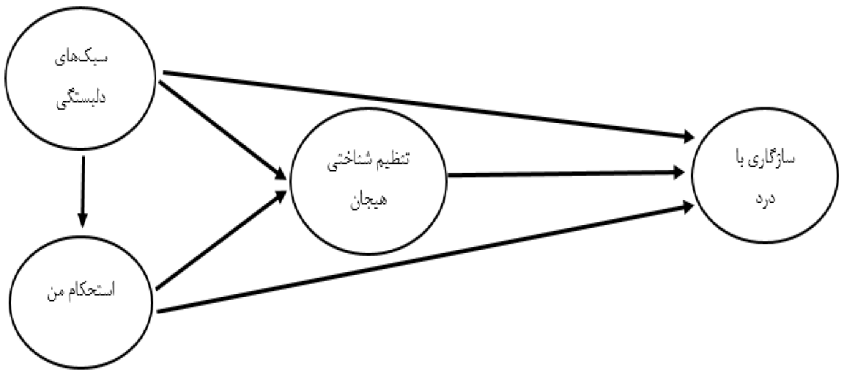
یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خود ایمنی بیماری آرتریت روماتوئید (Rheumatoid arthritis) می‌باشد که با آرتریت‌های التهابی چندگانه در مفاصل بزرگ و کوچک و علائم عمومی مشخص می‌شود [۱] و شیوع آن تقریباً یک درصد از کل جمعیت دنیا (بین ۰/۴ تا ۲/۱ درصد) بوده و در زنان تقریباً سه برابر مردان شایع‌تر می‌باشد [۲]. علاوه بر محدودیت فیزیکی و تحت تأثیر قرار گرفتن کارکردهای روان‌شناختی و اجتماعی بیماران مبتلا، ویژگی اصلی و ناخوشایندترین نشانه آن ادراک درد/ناراحتی و رنج طولانی‌مدت و به عبارتی از دست دادن عملکرد بدنی و درد مزمن (Chronic pain) است [۳]. با توجه به این‌که سلامت جسمی، منجر به تضمین تداوم حیات می‌شود، درد به‌عنوان تجربه‌ای که در واقع پایداری و بقای فرد را به خطر می اندازد، ادراک می‌شود، از این‌رو مانع ارضای نیازهای روانی می‌گردد [۴]. در جهت تبیین تنوع سطوح سازگاری با درد مزمن و توجیه پیامدهای درد و در نهایت شناسایی عوامل تعیین کننده شدت درد و ناتوانی جسمی و روان‌شناختی برآمده از آن، الگوهای چندوجهی (زیستی، روانی و اجتماعی) ارائه شده‌اند که بر اساس آن‌ها، عوامل روان‌شناختی مختلفی مانند هیجان‌ها (اضطراب، افسردگی و خشم) [۵]، راه‌بردهای مقابله با درد [۶]، معنای درد برای فرد [۷]، شناخت‌های مرتبط با درد [۸] می‌توانند در فرآیند سازگاری با درد نقش مهمی ایفاء کنند [۹].

یکی از متغیرهای مرتبط با تجربه درد، سبک دلبستگی (Attachment style) می‌باشد [۱۰] به این گونه که تجربه درد مزمن به عنوان یک عامل استرس‌زا، فعال‌کننده سبک دلبستگی ویژه فرد و در نهایت الگوهای هیجانی، شناختی و رفتاری مرتبط با آن سبک دلبستگی می‌باشد و چنین الگوهایی، تعیین‌کننده نحوه تعامل فرد با بیماری، پاسخ‌های زیستی، روانی و اجتماعی و هم‌چنین روند بهبود و کیفیت زندگی بیماران می‌باشد [۱۱] و نشان داده شده که سبک دلبستگی نقش مهمی در مقابله با درد و سازگاری با آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و ناتوانی مرتبط با آن ایفاء می‌نماید [۱۲]. عامل دیگری که در ارتباط با درد مزمن قرار دارد و محصول فائق آمدن بر بحران‌های تحولی و گذار موفق از یک مرحله به مرحله بعدی تحول روانی-اجتماعی است، استحکام من (Ego strength) می‌باشد [۱۳] و بر این اساس به فرد کمک می‌نماید تا در شرایط استرس‌زا و درمانده ساز، پایداری و ثبات هیجانی خود را حفظ نماید [۱۴] به گونه‌ای که نشان داده شده است که افراد با تاب‌آوری من بالاتر، از قدرت انطباق پذیری بالاتر و توانایی برنامه‌ریزی بر اساس اهداف بلندمدت برخوردارند، از آسیب سریع‌تر بهبود می‌یابند و در مواجهه با آن کم‌تر مضطرب و پریشان می‌شوند [۱۵]. پژوهش‌های مختلفی نقش عوامل مرتبط با هیجان را در سازگاری با درد مزمن را مورد تأیید قرار داده‌اند [۱۸-۱۶]، چرا که این بیماری به عنوان تجربه‌ای استرس‌زا و در مواردی درمانده ساز، هیجان‌های شدید و منفی را فعال می‌کند [۱۹] و در این راستا، مدل‌های مختلفی از عوامل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

هیجانی مؤثر بر سازگاری با درد مانند مدل راه‌بردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation strategies) ارائه شده‌اند [۲۰].

درد به‌عنوان تجربه‌ای شخصی، وضعیت تعادلی فرد را در سطوح مختلف به‌ویژه در سطح کارکردهای شناختی با اختلال و چالش جدی مواجه می‌سازد و با تجربه استرس طولانی و شدید همراه می‌باشد و موجب رنج و ناراحتی‌های طولانی‌مدت و متحمل شدن هزینه‌های اقتصادی گزاف نیز می‌گردد. علی‌رغم شیوع بالای درد و بار هیجانی ناشی از آن برای بیماران، دانش درباره عوامل مؤثر بر سازگاری با آن محدود می‌باشد [۲۱]. از سوی دیگر مدل زیستی-پزشکی (Bio-medical) نیز با نگاه محدود در مورد علت‌شناسی و درمان دارویی درد، آرتریت روماتوئید و سایر انواع موقعیت‌های مولد دردهای مزمن ناکافی بوده و در بهترین حالت اثر محدودی دارد و اغلب غافل از نقش عوامل روانی-اجتماعی را در سازگاری فرد با این تجربه‌اند [۲۲]. با توجه به این‌که بیماری آرتریت روماتوئید به عنوان تجربه‌ای استرس‌زا و در مواردی درمانده‌ساز، هیجان‌های شدید و منفی را فعال می‌کند، از این رو، فرآیند فراز و فرود هیجان‌ها و راه بردهای تنظیم هیجان‌ها ممکن است بتواند به عنوان متغیری بنیادین رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد مزمن ناشی از بیماری آرتریت روماتوئید را تحت تأثیر قرار دهد [۲۳]. بنابراین، هدف پژوهش حاضر طراحی و آزمون مدل پیش‌بینی سازگاری با درد بر اساس سبک‌های دلبستگی و استحکام من با نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود



نمودار ۱- مدل نظری مفروض پیش بینی سازگاری با درد بر اساس سبک دلبستگی و استحکام من با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ گردآوری اطلاعات توصیفی و از نوع همبستگی و به‌طور مشخص مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری (Structural equation modeling) بود. این مطالعه با کد اخلاق شناسه IR.IAU.CTB.REC.1400.044 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تصویب رسیده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

شد. در انتخاب حجم نمونه باید گفت در پژوهش‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری تعداد نمونه کم‌تر از ۲۰۰ نفر پیشنهاد نمی‌شود [۲۴] و اساس متغیرهای موجود (۳۳ متغیر آشکار) با توجه به در نظر گرفتن ریزش، تعداد ۳۰۰ پرسش‌نامه توزیع شد. پس از ریزش آزمودنی‌ها و حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش و داده‌های پرت یک‌متغیری و چندمتغیری، تعداد ۲۸۵ پرسش‌نامه تجزیه و تحلیل شدند.

در این پژوهش برای جایگزین کردن داده‌های گمشده از روش جایگزین کردن داده‌های گمشده با میانگین متغیر استفاده شد. هم‌چنین، برای تشخیص داده‌های پرت چند متغیری، روش‌های مبتنی بر فاصله ماهالانوبیس برای متغیرها به کار رفت [۲۵]. بعد از ارائه توضیح توسط پژوهش گر در خصوص نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: تشخیص آرتریت روماتوئید توسط پزشک متخصص بر اساس پرونده پزشکی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل برای شرکت در پژوهش و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها، میزان درد در مقیاس نمره‌گذاری درد (Numerical pain rating scale) بالاتر از سه (این مقیاس برای درد از بقیه متداول‌تر است. شخص درد خود را با استفاده از یک مقیاس ۰ تا ۵ نرخ بندی می‌کند. صفر به معنی بدون درد است و ۵ به معنی بدترین وضعیت درد است). ملاک‌های خروج شرکت کنندگان از مطالعه، عدم توانایی پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها (ناتوانی جسمی یا ذهنی) در نظر گرفته شد.

پس از انجام مصاحبه با آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت مداد/کاغذی و به شکل انفرادی اجرا شد. قبل از شرکت بیمار در پژوهش در مورد رضایت بیمار از شرکت در پژوهش اطمینان حاصل شد. پس از توضیح در مورد پژوهش و ابراز تمایل بیماران، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. اطلاعات جمعیت شناختی و معیارهای ورود و خروج از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و به صورت فردی سؤال شد. مشارکت کنندگان درباره محرمانه بودن داده‌ها اطمینان حاصل کردند. شایان ذکر است که پژوهش‌گر قبل از آغاز کار، کلیه دستورات لازم جهت تکمیل پرسش‌نامه و جلب اعتماد آزمودنی‌ها را بیان نمود. زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۲۵ الی ۳۰ دقیقه بود. بر اساس ضوابط اخلاقی پژوهش، شرکت کنندگان می‌توانستند در صورت عدم تمایل به مشارکت، بدون هیچ‌گونه محدودیت یا توضیحی به همکاری خود خاتمه دهند.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی سن، جنس، سطح تحصیلات، جنسیت، شغل و وضعیت تأهل بود.

پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی (Adult attachment styles): این پرسش‌نامه توسط Hazan و Shaver ساخته شده است که دارای ۱۵ سؤال می‌باشد و سه سبک دلبستگی اجتنابی (شامل سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵)، ایمن (شامل سؤالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) و دوسوگرا (شامل سؤالات ۱۱،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵) را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، تا حدی موافقم، ۴=موافقم، کاملاً موافقم=۵) مورد سنجش قرار می‌دهد. کمینه و بیشینه نمره در خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۵ و ۲۵ می‌باشد. نمره بیش‌تر نشان دهنده سبک دلبستگی غالب فرد می‌باشد [۲۶]. Hazan و Shaver ضریب پایایی این پرسش‌نامه را از طریق روش بازآزمایی ۰/۸۱ و از طریق روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ به دست آوردند [۲۶]. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در پژوهش Ghanbari و همکاران در مورد یک نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شده است که میزان قابل قبولی می‌باشد [۲۷]. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای سبک‌های دلبستگی ایمن ۰/۵۷، سبک دلبستگی اجتنابی ۰/۷۶، سبک دلبستگی دوسوگرا ۰/۵۶ و برای کل مقیاس ۰/۶۸ به دست آمد که مطلوب می‌باشد.

پرسش‌نامه روانی-اجتماعی استحکام من (Psychosocial inventory of ego strength): این پرسش نامه توسط Markstrom و همکاران در قالب دو فرم بلند (۶۴ سؤالی) و کوتاه (۳۲ سؤالی) به منظور سنجش و اندازه‌گیری ۸ قابلیت اساسی ناشی از موفقیت در مراحل رشد روانی-اجتماعی اریکسون (Erikson's stages of psychosocial development) تهیه شده است [۲۸]. به عبارت دیگر، این پرسش‌نامه شامل هشت خرده مقیاس امید (Hope)، اراده (Will)، هدفمندی (Purpose)، شایستگی (Competence)، وفاداری (Fidelity)، عشق (Love)، مراقبت (Care) و خرد (Wisdom) در افراد می‌باشد. نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=اصلاً مرا توصیف نمی‌کند، ۲=کمی با من مطابق نیست، ۳=نظری ندارم، ۴= کمی با من مطابق است، ۵=کاملاً با من منطبق است) قرار می‌گیرد. کمینه و بیشینه نمره در فرم ۳۲ سؤالی مورد استفاده در پژوهش حاضر، به ترتیب ۳۲ و ۱۶۰ برای کل پرسش‌نامه و برای هر خرده مقیاس، ۴ و ۲۰ می‌باشد. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت ایگو و نمره بالاتر در هر خرده مقیاس به معنای رشد بیش‌تر آن قابلیت اساسی تفسیر می‌شود. Markstrom و همکاران روایی صوری، محتوا و سازه این پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار دادند و هم‌چنین برای بررسی پایایی آن از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده نمودند که ضرایب آلفای کرونباخ را برای هریک از خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۲ و برای کل پرسش‌نامه روانی-اجتماعی استحکام من، ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند [۲۸]. نتایج پژوهش Besharat و Shahidi نشان داد کلیه ضرایب همبستگی نمره آیتم‌ها با نمره کل (۰/۶۵ تا ۰/۷۳) و هم‌چنین ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه مناسبی (۰/۷۹ تا ۰/۸۵) قرار دارند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۳۲ سؤالی استفاده شد که هر خرده مقیاس متشکل از ۴ آیتم می‌باشد [۲۹]. در مطالعه حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای هر یک از خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس چندوجهی درد (Multidimensional pain inventory): این مقیاس توسط Kerns، Turk و Rudy

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

تهیه شد. این پرسش‌نامه دارای سه بخش می‌باشد: نخستین بخش دارای ۲۰ عبارت است و بیمار در قالب ۵ خرده مقیاس (ارزیابی خود را از شدت درد، اختلال در زندگی روزانه، کنترل بر زندگی، اختلال عاطفی و حمایت) گزارش می‌کند. بخش دوم، دارای ۱۴ عبارت است و بیمار در قالب سه مقیاس (واکنش منفی، انحراف توجه و نشان دادن دلسوزی) ارزیابی خود را از واکنش همسر یا سایر اطرافیان صاحب نقش در زندگی‌اش، نسبت به دردی که از آن رنج می‌برد درجه‌بندی می‌کند. بخش سوم دارای ۱۸ عبارت است و در قالب ۴ خرده مقیاس (فروانی فعالیت‌های بیمار را در امور خانه‌داری، امور مربوط به تعمیر، و نگهداری وسایل منزل، فعالیت اجتماعی و انجام فعالیت‌های بیرون از منزل) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه فوق در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای صورت می‌پذیرد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه بین ۰/۹۲- ۰/۷ گزارش شد [۳۰]. علاوه بر این، در پژوهش Rezaei [۳۱] ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه نیز در میان بیماران درد مزمن ایرانی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده‌ای هر خرده مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۴ متغیر بود؛ لذا تمام خرده مقیاس‌های این ابزار دارای اعتبار مطلوبی بودند. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ هر خرده مقیاس بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴ گزارش شد.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation questionnaire): این پرسشنامه توسط Garnefski و Kraaij ساخته شده است و دارای ۳۶ گویه و دربرگیرنده ۹ خرده مقیاس به نام‌های خود سرزنشگری (Self-blame)، پذیرش (Acceptance)، تمرکز بر فکر/نشخوارگری (Focus on thought/rumination)، تمرکز مجدد مثبت (Positive refocusing)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (Refocus on planning)، ارزیابی مجدد مثبت (Positive reappraisal)، کم اهمیت شماری (Putting into perspective)، فاجعه انگاری (Catastrophizing) و دیگر سرزنشگری (Other blame) است. نمره هر یک از زیرمقیاس‌های ۹ گانه با جمع نمره‌های ۴ گویه آن زیرمقیاس محاسبه می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ می‌باشد و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیش‌تر فرد از آن راه‌بردهای شناختی محسوب می‌شود. گویه‌های این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= هرگز، ۲=گاهی، ۳=معمولاً، ۴= اغلب، و ۵=همیشه) و در پاسخ به رویدادهایی که در زندگی استرس زا و تهدیدکننده به شمار می‌آیند، نمره‌گذاری می‌شوند [۳۲]. طبق پژوهش Garnefski و Kraaij ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش شده است [۳۳]. نتایج مطالعه Samani و Sadeghi [۳۴] نیز نشان داد که ۹ زیرمقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان همسانی درونی خوبی داشتند، دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود. نمره‌های ماده و نمره‌های کلی زیرمقیاس‌های سازش‌یافته و سازش نایافته به صورت معنادار همبسته بودند (r=۰/۴۶ تا r=۰/۷۵) و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

(۰/۵۱ تا ۰/۷۷) بیان‌گر ثبات مقیاس بود. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ قرار داشت.

برای تحلیل داده‌های پژوهش، نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۲ استفاده شد. در این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به منظور محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. از آزمونKolmogorov-Smirnov برای تشخیص نرمال بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی Pearson و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

تعداد کل نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر ۳۰۰ بیمار بوده است که پس از ریزش آزمودنی‌ها و حذف پرسش نامه‌های مخدوش و داده‌های پرت یک متغیری و چند متغیری، پرسش‌نامه‌های مربوط به تعداد ۲۸۵ تجزیه و تحلیل شدند. میانگین سنی نمونه پژوهش ۴۲/۴۱ سال و انحراف معیار ۱/۳۷ و هم‌چنین دامنه سنی نمونه‌ها بین ۳۶ تا ۵۳ سال گزارش شد. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید کلینیک درد بیمارستان امام حسین(ع) در سال ۱۴۰۰ (n=۲۸۵)

متغیر	طبقات	تعداد	درصد	متغیر	طبقات	تعداد	درصد
سطح تحصیلات	ابتدایی	۳۵	۱۲/۲۹	جنسیت	زن	۱۴۶	۵۲
	راهنمایی	۶۳	۲۲/۱		مرد	۱۳۹	۴۸
	دیپلم	۱۲۱	۴۲/۴۵	شغل	شاغل		۵۴
	فوق‌دیپلم	۳۲	۱۱/۲۳		خانه‌دار		۴۶
	کارشناسی	۲۹	۱۰/۱۸	وضعیت تأهل	متأهل	۲۳۰	۷۶/۷
	کارشناسی ارشد	۴	۱/۴		مجرد	۵۲	۱۷/۶
	دکتری	۱	۰/۳۵		مطلقه	۷	۲/۲
					بیوه	۱۱	۳/۵

نتایج جدول ۲ نشان داد که همه متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بودند (p>۰/۰۵). رابطه میان مؤلفه‌های مختلف از طریق آزمون همبستگی Pearson مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد رابطه بین تمامی خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی با استحکام من مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۵). رابطه تمامی خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی با تنظیم شناختی هیجان مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۵). رابطه بین تمام خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی با سازگاری با درد مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۵). رابطه میان سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا با راه‌بردهای ۹ گانه تنظیم شناختی هیجان معنادار بود. در این راستا، سبک اجتنابی با راه‌بردهای فاجعه سازی،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

ملامت خویش، نشخوارگری و ملامت دیگران به ترتیب دارای همبستگی ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ بود. سبک دلبستگی دوسوگرا نیز با راهبردهای فاجعه سازی، ملامت خویش، ملامت دیگران و نشخوارگری به ترتیب دارای همبستگی ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۶۷ بود. سبک دلبستگی ایمن نیز با راهبردهای تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، دیدگاه گیری، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و ارزیابی مجدد مثبت به ترتیب دارای همبستگی ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ بود. رابطه بین مؤلفه‌های استحکام من با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز معنادار بود. راهبرد پذیرش به ترتیب با مؤلفه عشق و اختیار، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ دارای همبستگی بود. راهبرد تمرکز مجدد مثبت دارای همبستگی معنادار ۰/۷۶ با مؤلفه‌ی عشق بود. راهبرد تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی دارای همبستگی معنادار با مؤلفه‌های اهمیت و عشق به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۲ بود. راهبرد ارزیابی مجدد مثبت نیز دارای همبستگی معنادار ۰/۶۹ و ۰/۶۷ با مؤلفه‌ی اهمیت و عشق بود. راهبرد دیدگاه گیری نیز دارای همبستگی ۰/۷۱ با مؤلفه‌ی عشق بود. رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اکثر مؤلفه‌های سازگاری با درد معنادار بود. راهبرد تمرکز مجدد مثبت دارای همبستگی ۰/۵۶ با مؤلفه کنترل زندگی بود. راهبرد نشخوارگری دارای همبستگی ۰/۶۴ با مؤلفه شدت درد بود. مؤلفه فعالیت‌های اجتماعی دارای همبستگی ۰/۵۴ با راهبرد تمرکز مجدد مثبت بود. راهبرد نشخوارگری نیز همبستگی ۰/۴۹ با مؤلفه‌ی پریشانی عاطفی بود ($p<۰/۰۵$).

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای سبک‌های دلبستگی، تنظیم شناختی هیجان، سازگاری با درد و استحکام من در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید کلینیک درد بیمارستان امام حسین(ع) در سال ۱۴۰۰ (n=۲۸۵)

متغیر		حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار	آماره Kolmogorov-Smirnov	مقدار p
سبک‌های دلبستگی	ایمن	۱۰	۲۱	۱۴/۶۴	۴/۸۲	۰/۳۱	۰/۶۰۳
	اضطرابی	۹	۱۶	۱۷/۵۹	۴/۸۴	۰/۴۷	۰/۶۶۸
	اجتنابی	۷	۱۹	۱۷/۸۵	۴/۶۴	۰/۵۱	۰/۷۷۲
تنظیم شناختی هیجان		۷۹	۱۴۳	۱۱۵/۷۸	۹/۵۸	۰/۴۸	۰/۵۴۱
مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان	ملامت خویش	۴	۱۲	۴/۲	۰/۵۸	۰/۳۷	۰/۷۰۱
	پذیرش	۵	۹	۴/۱۷	۰/۵۷	۰/۵۲	۰/۶۲۲
	نشخوار فکری	۴	۸	۴/۲۲	۰/۵۶	۰/۵۵	۰/۵۶۳
	تمرکز مجدد مثبت	۴	۷	۴/۱۵	۰/۵۹	۰/۶	۰/۲۳۵
	نمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۵	۹	۴/۲	۰/۵۹	۰/۵۸	۰/۲۰۲
	ارزیابی مجدد مثبت	۴	۷	۴/۱۵	۰/۵۷	۰/۵۲	۰/۳۱۲
	دیدگاه گیری	۴	۱۰	۴/۲۹	۰/۵۵	۰/۵۳	۰/۱۷۱
	فاجعه سازی	۵	۹	۴/۲۷	۰/۵۳	۰/۴۲	۰/۲۱۸

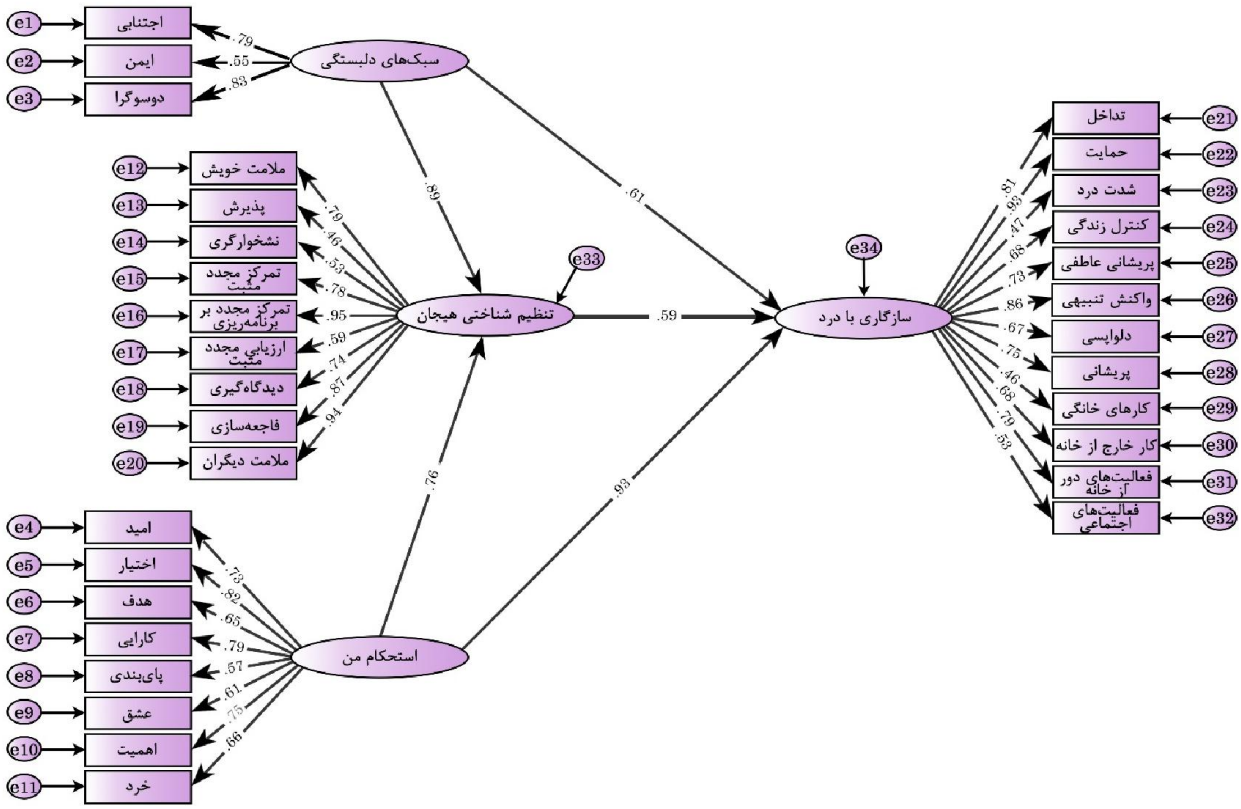
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

	ملامت دیگران	۴	۱۲	۴/۲۲	۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۲۴۳
سازگاری با درد		۴۳	۱۰۲	۵۴/۳۲	۵/۶۷	۰/۴۰	۰/۶۶۱
	اختلال در عملکرد روزانه	۲	۷	۴/۱۳	۰/۷۲	۰/۳۹	۰/۴۱۲
	حمایت اجتماعی	۱	۶	۴/۲۴	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۵۰۳
	شدت درد	۱	۸	۴/۱۴	۰/۷۷	۰/۴۵	۰/۲۱۴
	کنترل بر زندگی	۲	۶	۴/۱۱	۰/۹۴	۰/۴۸	۰/۶۶۱
	پریشانی هیجانی	۲	۶	۳/۹۸	۰/۹۱	۰/۴۲	۰/۵۴۵
	واکنش تنبیهی	۲	۵	۳/۳	۰/۵۵	۰/۵۹	۰/۶۶۳
مؤلفه‌های سازگاری با درد	دلواپسی دیگران	۲	۷	۳/۰۵	۰/۵۲	۰/۳۵	۰/۴۵۴
	پریشانی و گیجی از طرف دیگران	۱	۵	۴/۱۶	۰/۸۱	۰/۵۳	۰/۷۵۱
	کارهای خانگی	۲	۷	۲/۶۲	۰/۴۸	۰/۶۱	۰/۸۵۱
	کار خارج از خانه	۲	۴	۲/۲۶	۰/۵۲	۰/۶۷	۰/۶۷۷
	فعالیت های دور از خانه	۱	۷	۲/۲۲	۰/۵۴	۰/۶	۰/۶۹۱
	فعالیت های اجتماعی	۲	۸	۳/۶۷	۰/۷۱	۰/۵۲	۰/۵۵۳
استحکام من		۷۳	۱۲۶	۶۷/۲۳	۵/۴	۰/۵۹	۰/۷۵۲
	امید	۷	۱۶	۴/۲	۰/۶۱	۰/۴۶	۰/۷۱۲
	اختیار	۹	۱۴	۴/۲	۰/۶۲	۰/۵۸	۰/۷۸۳
	هدف	۱۱	۱۷	۴/۱	۰/۵۶	۰/۴۹	۰/۷۹۴
مؤلفه‌های استحکام من	کارآیی	۱۳	۱۸	۴/۲۶	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۷۷۵
	پای بندی	۱۰	۱۶	۴/۲۱	۰/۵۱	۰/۶۱	۰/۸۵۶
	عشق	۹	۱۷	۴/۱۸	۰/۵۶	۰/۶۷	۰/۶۷۳
	اهمیت	۱۱	۱۶	۴/۱۷	۰/۶۵	۰/۶۲	۰/۶۹۱
	خرد	۱۲	۱۷	۴/۱۶	۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۶۷۲

p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

مسیرهای مستقیم سبک‌های دلبستگی و استحکام من بر سازگاری با درد و هم‌چنین مسیرهای غیرمستقیم دلبستگی و استحکام من بر سازگاری با درد با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان بر اساس ضرایب استاندار در نمودار ۱ نشان داده شده است. نمودار ۱ نشان می‌دهد که ضرایب مستقیم سبک‌های دلبستگی (β=۰/۶۱ ،p<۰/۰۰۱) و استحکام من (β=۰/۸۹ ،p<۰/۰۰۱) به سازگاری با درد معنی دار می‌باشد. علاوه بر این، سبک‌های دلبستگی و استحکام من با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان اثر غیر مستقیمی بر سازگاری با درد داشت.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]



نمودار ۱- ضرایب استاندارد مدل اثرات مستقیم و غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی و استحکام من بر سازگاری با درد: نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان (n=۲۸۵)

جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی از قبیل: ۱) نسبت کای اسکوئر بر درجه آزادی (Chi-Square/ Degrees of Freedom; CSDF)، ۲) شاخص ریشه میانگین مربعات خطا (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA)، ۳) تطبیقی برازش تطبیقی (Comparative Fit Index; CFI)، ۴) شاخص برازش هنجار شده (Normed Fit Index; NFI)، ۵) شاخص نیکویی برازش (Adjusted Goodness of Fit Index; AGFI) مورد استفاده قرار گرفت که مقادیر اندازه‌گیری شده و بازه قابل قبول آن‌ها در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که مدل تحقیق از نظر شاخص‌های معنی‌داری و برازش مورد تأیید است [۳۵].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]

[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

جدول۳- برازش مدل آزمون شده بر اساس شاخص‌های برازندگی (n=۲۸۵)

نام شاخص	مقدار	بازه قابل قبول [۳۵]	نتیجه
نسبت کای اسکوئر بر درجه آزادی (CSDF)	۲/۸۲۱	کم‌تر از ۳	قابل قبول
شاخص ریشه میانگین مربعات خطا (RMSEA)	۰/۰۷۶	خوب: کم‌تر از ۰/۰۸ متوسط: ۰/۰۸ تا ۱	خوب
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۱۱	بیش‌تر از ۰/۹	قابل قبول
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۳۷	بیش‌تر از ۰/۹	قابل قبول
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۰۷	بیش‌تر از ۰/۹	قابل قبول
شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	۰/۹۰۲	بیش‌تر از ۰/۸	قابل قبول

پس از بررسی شاخص‌های برازش، به بررسی ضرایب و وزن‌های رگرسیونی حاضر در مدل و سطح معنی‌داری آن‌ها پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۴، ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۴، اثر مستقیم متغیر سبک دلبستگی بر سازگاری با درد معنی‌دار می‌باشد (β=۰/۶۱، P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، اثرات مستقیم سبک‌های دلبستگی بر تنظیم شناختی هیجان معنی‌دار به‌دست آمد (β=۰/۸۹، P<۰/۰۰۱). شایان ذکر است که در این بین، وزن‌های رگرسیونی مسیرهای استحکام من بر سازگاری با درد در دامنه سطح معنی‌داری قرار گرفته‌اند (β=۰/۷۶، P<۰/۰۰۱) و هم‌چنین مسیرهای استحکام من بر تنظیم شناختی هیجان در دامنه سطح معنی‌داری قرار دارد (β=۰/۹۳، P<۰/۰۰۱). اثرات غیر مستقیم سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با درد معنی‌دار به‌دست آمد (β=۰/۵۴، P<۰/۰۰۱). اثرات غیر مستقیم استحکام من با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با درد معنی‌دار به‌دست آمد (β=۰/۴۴، P<۰/۰۰۱). نتایج شاخص‌های برازش حاکی از تأیید مدل بود (p=۰/۴۱۵، CSDF=۲/۸۲۱، GFI=۰/۹۰۷، AGFI=۰/۹۰۲، CFI=۰/۹۱۱، NFI=۰/۹۳۷، RMSEA=۰/۰۷۶).

جدول ٤- برآوردهای استاندارد ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل (n=۲۸۵)

متغیرها	مسیرها	اثر مستقیم	اثر کل	خطای معیار برآورد	مقدار p
سبک‌های دلبستگی --> سازگاری با درد	۰/۶۱	-	۰/۶۱	۰/۰۳	<۰/۰۰۱
سبک‌های دلبستگی --> تنظیم شناختی هیجان	۰/۸۹	-	۰/۸۹	۰/۰۵	<۰/۰۰۱
استحکام من --> تنظیم شناختی هیجان	۰/۷۶	-	۰/۷۶	۰/۱۲	<۰/۰۰۱
استحکام من --> سازگاری با درد	۰/۹۳	-	۰/۹۳	۰/۰۲	<۰/۰۰۱
سبک‌های دلبستگی--> تنظیم شناختی هیجان--> سازگاری با درد	-	*۰/۸۹ ۰/۵۴=۰/۵۹	۰/۵۴	۰/۰۸	<۰/۰۰۱
استحکام من --> تنظیم شناختی هیجان--> سازگاری با درد	-	*۰/۷۶ ۰/۴۴=۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۱۰	<۰/۰۰۱

**** p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار***

بحث

این مطالعه با هدف طراحی و آزمون مدل پیش‌بینی سازگاری با درد بر اساس سبک دلبستگی و استحکام من با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که تنظیم شناختی هیجان نقش میانجی در رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد دارد. بنابراین، سبک‌های دلبستگی و استحکام من می‌توانند به صورت مستقیم و غیرمستقیم (طریق نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان)، سازگاری با درد را پیش‌بینی کنند. ایمنی در دلبستگی، با افزایش سازگاری بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با درد و دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با کاهش سازگاری با درد رابطه معنادار دارند. هم‌چنین استحکام من بالاتر با افزایش سازگاری با درد رابطه معنادار داشت. نتایج پژوهش با یافته‌های Cheche Hoover و Jackson [۳۶]، Shaver و Mikulincer [۳۷]، Barberis و همکاران [۳۸] و Caldwell و Shaver [۳۹] همسو است.

توانایی به‌کارگیری راه‌بردهای مؤثر تنظیم شناختی هیجان در کسانی که سبک دلبستگی ایمن دارند، به آن‌ها این امکان را می‌دهد که در ارتباط با محیط و سازش با درد به صورت سازش یافته عمل کنند و سازمان رفتاری خود را هنگام مواجهه با سطوح بالای تنیدگی در هنگام تجربه‌ی درد مزمن حفظ کنند. این در حالی است که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، مستعد به‌کارگیری راه‌بردهای سازش نایافته هستند بنابراین، چنین راه‌بردهایی با افزایش مقاومت فرد در برابر درد، توان مدیریت وی را برای حل تعارض‌ها افزایش می‌دهد و احتمالاً از این طریق به بهبود سازگاری با درد کمک می‌کند. افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، با به‌کارگیری راه‌بردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، مواجهه با تغییرات روان‌شناختی و محرک‌های تنیدگی زای محیطی و ناشی از بیماری را تسهیل می‌کند [۴۰]. افراد دلبسته ایمن از آن جایی که نمی‌توانند به دسترس پذیری و پاسخ‌گو بودن نگاره دلبستگی شان امیدوار باشند، نمی‌توانند در موقعیت‌ها به خصوص هنگام تجربه‌ی درد مزمن سازگاری نشان دهند و از طریق راه‌بردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان (مانند خود سرزنش گر، دیگر سرزنش گری، تمرکز بر فکر/نشخوار فکری، فاجعه نمایی)، تمام انرژی شان معطوف به رفتارهای افراطی دلبستگی و جست‌وجوی توجه و حمایت مراقب می‌شود. چنین افرادی فرصت‌های فراگیری و گسترش مهارت‌های تنظیم هیجان را از دست می‌دهند، اما افراد دلبسته ایمن از نگاره دلبستگی شان به عنوان پایگاهی امن استفاده می‌کنند، به جست‌وجوی محیط و تعامل با آن می‌پردازند و از طریق راه‌بردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان (مانند کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی)، می‌توانند در عرصه‌ی روابط عاطفی و اجتماعی هیجان‌ها را به خوبی شناسایی، ابراز و مبادله کنند که خود می‌تواند مسیر سازگاری با درد را تسهیل نماید [۴۱].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

تضعیف استحکام من موجب می‌شود تا بیماران نتوانند در شرایط استرس‌زا و درمانده ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کنند، در کشاکش مطالبات و تعارض‌ها گرفتار شوند و آشفتگی هیجانی را تجربه نمایند که خود نقش مهمی در کاهش سازگاری با درد ایفاء می‌کند. راه‌بردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان با سازمان‌دهی و برانگیزاندن پاسخ‌های انطباقی و بالا بردن شانس بقاء در مقابل فرصت‌ها و تقاضاهای محیط شده و از طریق هماهنگ کردن پاسخ‌های فیزیولوژیک، شناختی، رفتاری، انگیزشی و ذهنی موجب افزایش توانایی مقابله با چالش‌های انطباقی مانند سازگاری با درد می‌شوند [۴۲]. تنظیم شناختی هیجان با ارائه راه بردهای کارآمد هیجانی و شناختی به عنوان جایگزینی برای فعالیت‌های اجتنابی، آن هم توسط خود مراجع، موجب رشد ویژگی‌هایی مانند امید، شایستگی و هدفمندی می‌شود که رابطه مستقیمی با استحکام من دارند، و آن عبارت است از پذیرش خود به عنوان فردی که «می‌تواند» و توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود را پیدا نموده که تأثیر مستقیمی بر رشد هویت شخصی، خودمختاری و تسلط بر خود و محیط را ایجاد و در نهایت موجب سازگاری بهتر با درد ناشی از بیماری می‌گردد [۴۳]. اگر من از استحکام کافی برخوردار نباشد، فرد در کشاکش توقعات و تعارض‌ها گرفتار شده که موجب تجربه‌ی آشفتگی هیجانی می‌شود، بنابراین، به‌کارگیری راه‌بردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان می‌تواند با تقویت استحکام من، فرایند سازگاری با درد را تسهیل نماید.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که چون یک پژوهش از نوع توصیفی می‌باشد، بنابراین نمی‌تواند ما را در بررسی علت و معلولی متغیرها یاری رساند. از سوی دیگر، یکی از محدودیت‌های این پژوهش جامعه منحصر به فرد آن است. با توجه به چنین محدودیت‌هایی، پیشنهاد می‌شود برای بررسی بیش‌تر با پژوهش‌های مختلف رابطه علی بررسی گردد. هم‌چنین پژوهش‌گران در طی پژوهشی با مداخله و به طور مثال برگزاری کارگاه سبب افزایش تنظیم شناختی هیجان در افراد شده و سپس میزان سازگاری با درد را در آزمودنی‌ها مطالعه نمایند. در نهایت پیشنهاد می‌شود این پژوهش را بر روی دیگر جوامع اجرا نمود و نتایج پژوهش‌ها را مقایسه نمود.

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه نتایج این مطالعه نشان داد که سبک‌های دلبستگی و استحکام من می‌توانند به صورت مستقیم و غیر مستقیم (از طریق نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان) به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده سازگاری با درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در نظر گرفته شوند. تنظیم شناختی هیجان نیز با مدیریت تجربه‌های هیجانی و کاهش آسیب پذیری و درماندگی و در نهایت تقویت دلبستگی ایمن و تعدیل پیامدهای ناشی از دلبستگی ناایمن از یک سو، و با افزایش استحکام من، هم‌زمان با افزایش مقاومت فرد در برابر تنیدگی‌ها و افزایش توان مدیریت برای حل تعارض‌ها به ارتقاء سازگاری با درد کمک نماید.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

این نتایج لزوم طراحی و کاربست برنامه‌های پیش‌گیرانه و مداخلات حمایتی، آموزشی، توان‌بخشی و درمانی مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان برای درد مزمن را در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید توصیه می‌کند.

تشکر و قدردانی

نوسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین محترم کلینیک درد بیمارستان امام حسین(ع) به دلیل همراهی در انجام این مطالعه اعلام می‌کنند. هم‌چنین، از شرکت کنندگان در این پژوهش که با شکیبایی در این پژوهش همکاری کرده‌اند، تشکر به عمل می‌آید.

References

[1] Martinez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, Luque-Suarez A. The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheu*matoid* arthritis*:* a systematic review. *Physiother Theory Pract* 2020; 36(1): 21-37.

[2] Shin J, Harris C, Oppegaard K, Kober KM, Paul SM/ Cooper BA, et al. Worst pain severity profiles of oncology patients are associated with significant stress and multiple co-occurring symptoms*. J Pain* 2022; 23(1): 74-88.

[3] Chancay MG, Guendsechadze SN, Blanco I. Types of pain and their psychosocial impact in women with rheumatoid arthritis. *Womens Midlife Health* 2019; 5(1): 1-9.

[4] Davoodabadi A, Rohani SH, Hajian A. Effects of the oral probiotics to control pain and stress disorders of cyclical mastalgia associated with fibrocystic breast changes; a randomised controlled trial*. Int J Surg Open* 2021; 33(1): 100358-63.

[5] Ziarko M, Siemiątkowska, Sieński, Samborski, Samborska, & Mojs E. Mental health and rheumatoid arthritis: toward understanding the emotional status of people with chronic disease. *Biomed Res Int* 2019; 1(1): 24-32.

[6] Larice S, Ghiggia A, Di Tella M, Romeo A, Gasparetto E, Fusaro E. et al. Pain appraisal and quality of life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis. *Scand J Psychol* 2020; 61(2): 271-80.

[7] Aloush V, Niv D, Ablin JN, Yaish I, Elkayam O, & Elkana O. Good pain, bad pain: Illness perception and physician attitudes towards rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol* 2021; 39(1): S54-S60.

[8] Kadłubowska M, Bąk E, Marcisz C, Kózka M, Michalik A, Kolonko J. et al, Perception vs pain and beliefs

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

about pain control and Type A behavior pattern in patients with chronic ischemia of lower extremities or with rheumatoid arthritis. *J Pain Res* 2018: 11(1): 30519.

[9] Garcia MA, Allen PA, Li X, Houston JR, Loth F, Labuda R, & Delahanty DL. An examination of pain, disability, and the psychological correlates of Chiari Malformation pre-and post-surgical correction. *Disabil Health J* 2019; 12(4): 649-56.

[10] Sechi C, Vismara L, Brennstuhl MJ, Tarquinio & Lucarelli L. Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. *Health Psychol Open* 2020; 7(2): 1-8.

[11] Häuser W, & Jones G. Psychological therapies for chronic widespread pain and fibromyalgia syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2019; 33(3): 101416-22.

[12] Sirois FM, & Gick ML. An appraisal-based coping model of attachment and adjustment to arthritis. *J Health Psychol* 2016; 21(5): 821-31.

[13] yousefi Z, simi Z, Amiri M, Nourafkan samarkhazan F. The Mediating Role of Spiritual Experiences With Ego Strength on Adaptation to Dialysis. *Health Spiritual Med* eth 2021; 8(3): 181-90. [Farsi]

[14] Küçükdeveci AA. Nonpharmacological treatment in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2019; 33(5): 101482-9.

[15] Gonzalez B, Novo R, Peres R, & Baptista T. Fibromyalgia and rheumatoid arthritis: Personality and psychopathology differences from the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Pers Individ Dif* 2019; 142(1): 260-9.

[16] Janiszewska M, Baranska A, Kanecki K, Karpinska A, Firlej E, & Bogdan M. Coping strategies observed in women with rheumatoid arthritis. *Ann Agric Environ Med* 2020; 27(3): 401-6.

[17] Tosato S, Bonetto C, Zanini A, Montanari I, Piccinelli A, Bixio R, et al., Coping strategies, emotional distress and perceived disease severity in a cohort of patients with rheumatoid arthritis: a mediation analysis. *Rheumatol* 2022; 1(1); 23-31.

[18] Lumley MA, Krohner S, Marshall LM, Kitts TC, Schubiner H, & Yarns BC. Emotional awareness and other emotional processes: Implications for the assessment and treatment of chronic pain. *Pain Manag* 2021; 11(3): 325-32.

[19] Graham-Engeland JE, Song S, Mathur A, Wagstaff DA, Klein LC, Whetzel C, & Ayoub WT. Emotional state can affect inflammatory responses to pain among

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

rheumatoid arthritis patients: preliminary findings. *Psychol Rep* 2019; 122(6): 2026-49.

[20] Manshaee G, Yazdanfar M, & Ghamarani A. Determination and Fitting of Emotional Regulation Strategies Model on the Basis of Attachment Dimensions in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Anesth Pain* 2019; 10(3): 53-70.

[21] Rice D, Mehta S, Shapiro A, Pope J, Harth M, Morley-Forster P, et al. Psychological distress in out-patients assessed for chronic pain compared to those with rheumatoid arthritis. *Pain Res Manag* 2016; 1(1): 21-8.

[22] Karsdal MA, Woodworth T, Henriksen K, Maksymowych WP, Genant H, Vergnaud P, et al. Biochemical markers of ongoing joint damage in rheumatoid arthritis-current and future applications, limitations and opportunities. *Arthritis Res Ther* 2011; 13(2): 1-20.

[23] Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, & Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *J Psychosom Res* 2018; 107(1): 38-45.

[24] Kline R. Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed). New York, NY: Guilford Press. 2016; 212-25.

[25] Leys C, Klein O, Dominicy Y, & Ley C. Detecting multivariate outliers: Use a robust variant of the Mahalanobis distance. *J Exp Soc Psychol* 2018; 74(1): 150-6.

[26] Hazan C, & Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52(3): 511-24.

[24] Ghanbari B, Hatami A, Esmaieli M, & Farahbakhsh K. On the relationship among parenting styles, attachment styles and marital commitment in arried female students of Allameh Tabatabai University. *J Women Soc* 2011; 2(7): 39-60. [Farsi]

[28] Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, & Berman RC. The Psychosocial Inventory of Ego Strengths: Development and Validation of a New Eriksonian Measure. *J Youth Adolesc* 1997; 26(6): 705-32.

[29] Besharat MA, & Shahidi V. Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Eur J Psychol* 2014; 10(2): 352–62.

[30] Turk DC, & Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 678-90.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]

[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]

[31] Rezaei S, & Khaksari Z. Validity and Reliability of the Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36) for Use in Iranian Patients With Traumatic Brain Injury (TBI). *IrJNS* 2019; 5(2): 79-91.

[32] Garnefski N. & Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif* 2006; 41(6): 1045-53.

[33] Garnefski N, & Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif* 2006; 41(6): 1045-53.

[34] Samani S, & Sadeghi L. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire. 2010; *J Psychol Mod Met* 1(1): 51-62. [Farsi]

[35] Hooman HA. Structural equation modeling using LISREL software (2nd ed). Tehran: SAMT Publication; 2005; 22-9. [Farsi]

[36] Cheche Hoover R,& Jackson JB. Insecure Attachment, Emotion Dysregulation, and Psychological Aggression in Couples. *J Interpers Violence* 2021; 36(19-20): Np10908-np10936.

[37] Shaver PR, & Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev* 2002; 4(2): 133-61.

[38] Barberis N, Cernaro V, Costa S, Montalto G, Lucisano S, Larcan R, & Buemi M. The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis. *Int J Psychiatry Med* 2017; 52(2): 111-23.

[39] Caldwell JG, and Shaver PR. Exploring the cognitive-emotional pathways between adult attachment and ego-resiliency. *Individ Differ Res* 2012; 10(3): 141-52.

[40] Calkins SD, & Hill A. Caregiver influences on emerging emotion regulation: Biological and Environmental Transactions in Early Development (3rd ed). New York, NY: Guilford Press. 2007; 229-48.

[41] Brumariu, LE, & Kerns KA. Mother–child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood J *Appl Dev Psychol* 2008; 29(5): 393-402.

[42] Baumeister RF, & Vohs KD. Strength Model of Self-Regulation as Limited Resource: Assessment, Controversies, Update, in Advances in Experimental Social Psychology (2nd ed). Academic Press, 2016: 78-127.

[43] Baumeister R, Vohs K, & Tice D. The Strength Model of Self-Control. *Curr Dir Psychol Sci* 2007; 16(6): 351-5.

Designing and Testing the Prediction Model of Adaptation to Pain Based on Attachment Style and Ego Strength with the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Rheumatoid Arthritis in Tehran in 2021: A Descriptive Study

Jahangir Jahangiri[1], Tahereh Ranjbaripour[2], Sara Pashang[3], Arezoo Tari-Moradi[4], Maryam Bahrami Hidaji[5]

Received: 14/05/22 Sent for Revision: 16/07/22 Received Revised Manuscript: 28/08/22 Accepted: 30/08/22

Background and Objectives: Although pain is necessary for the continuation of life, this phenomenon often loses its warning and adaptive role and causes various problems. Therefore, the aim of the present study was to design and test the prediction model of adaptation to pain based on attachment styles and ego strength with the mediating role of cognitive emotion regulation in patients with rheumatoid arthritis in Tehran in 2021.

Materials and Methods: In this descriptive study conducted by correlational method, the statistical population included all patients with rheumatoid arthritis in Tehran in 2021. 300 patients were selected from the pain clinic of Imam Hossein Hospital by convenience sampling method and answered the questionnaires of Attachment Styles, Ego Strength, Cognitive Emotion Regulation, and Multidimensional Pain Inventory. Data were analyzed using structural equation modeling.

Results: The results of structural equation modeling showed that the coefficients of the direct path of attachment styles (β=0.61, $p<0.001$) and ego strength (β=0.89, $p<0.001$) to the adaptation to pain were significant. In addition, attachment styles and ego strength had an indirect effect on the adaptation to pain with the mediating role of cognitive emotion regulation.

Conclusion: The results of this study reveal that attachment styles, ego strength, and cognitive emotion regulation can directly and indirectly affect the perception of chronic pain and ultimately the performance of patients with rheumatoid arthritis, and on the other hand, play a dynamic role in adapting to chronic pain. These results can be used in designing preventive and interventional programs of chronic pain.

Key words: Adaptation to pain, Attachment styles, Ego strength, Cognitive emotion regulation, Chronic pain, Rheumatoid arthritis

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University (central unit) approved the study (IR.IAU.CTB)

How to cite this article: Jahangiri Jahangir, Ranjbaripour Tahereh, Pashang Sara, Tari-Moradi Arezoo, Bahrami Hidaji Maryam. Designing and Testing the Prediction Model of Adaptation to Pain Based on Attachment Style and Ego Strength with the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Rheumatoid Arthritis in Tehran in 2021: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2022; 21 (06): 625-42. [Farsi]

1- PhD Student in Health Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran, ORCID: 0000-0001-6798-3245 (Corresponding Author) Tel: (0263) 4259585, Fax: (021) 44330179, E-mail: tahereh.ranjbar@kiau.ac.ir
3- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran
4- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran
5- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.6.1.8]
[DOI: 10.52547/jrums.21.6.625]