

## Difficulty in emotional regulation and pain in the elderly



CrossMark  
click for updates

<https://crossmark.crossref.org/dialog/?doi=10.29252/joge.3.2.1>

Khazadeh M<sup>1</sup>, \* Aminimanesh S<sup>2</sup>, Aghamohammadi S<sup>3</sup>

- 1- Department of Psychology, Feizoleslam Non - Governmental Non - Profit Institute of Higher Education, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.
- 2- Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran (**Correspondent Author**)  
**E-mail:** [sajadaminimanesh@gmail.com](mailto:sajadaminimanesh@gmail.com)
- 3- Department of Psychology, Feizoleslam Non - Governmental Non - Profit Institute of Higher Education, Khomeinishahr, Isfahan, Iran

### Abstract

**Introduction:** Pain is a complex experience that is not only determined by the intensity of stimulation of pain receptors, but is a multi-dimensional phenomenon that affects psychological factors, such as emotional regulation, except for biological factors. In this regard, the purpose of this study was to investigate the predicting role of the difficulties in emotional regulation on the duration of persistence and intensity of perceived pain in the elderly and the structural relationships between emotional regulation and the general severity of pain perception in these individuals.

**Method:** The present research is a correlation study. The sample consisted of 251 elderly who had pain in at least one area of their body. This sample was selected using a multi-stage purposeful sampling method from among the elderly in the Centers of daily aging in Shiraz. To collect data, the Persian version of the Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS), the McGill Pain Questionnaire and Pain Information Questionnaire were used. Data were analyzed by correlation, regression, and structural equation modeling method using SPSS 18 and LISREL 8.80 software.

**Results:** The results of regression showed that among components of difficulty in emotional regulation, limited access to strategies, difficulty in achieving goals and lack of emotional awareness, predict the overall severity of pain perception, and limited access to strategies can predict pain duration in elderly. Also, structural equation modeling results showed that the difficulties in emotional regulation is related to the general severity of pain perception in the elderly and can affect it ( $R^2=0.11$ ).

**Conclusion:** In general, according to the findings of this study, it can be said that the components of difficulty in emotional regulation can predict elderly pain perception and these two construction are structurally related. These results can have various theoretical and practical implications in identifying the factors associated with aging pain perception and pain control in these individuals.

**Keywords:** Emotional regulation, Pain Severity, Aging.

Received: 12 October 2018

Accepted: 6 December 2018

Access this article online



**Website:**  
[www.joge.ir](http://www.joge.ir)

**DOI:**  
[10.29252/joge.3.2.1](https://doi.org/10.29252/joge.3.2.1)

## دشواری در نظم بخشی هیجانی و درد در سالمندان

مصطفی خانزاده<sup>۱</sup>، سجاد امینی منش<sup>۲</sup>، سمیه آقامحمدی<sup>۳</sup>

- ۱- استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی غیردولتی-غیرانتفاعی فیض الاسلام، خمینی شهر، اصفهان، ایران.
- ۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: sajadaminimanesh@gmail.com
- ۳- استادیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی غیردولتی-غیرانتفاعی فیض الاسلام، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۲ پاییز ۱۳۹۷، ۱۰-۱

### چکیده

**مقدمه:** درد تجربه ای پیچیده است که تجربه آن تنها با شدت تحریک گیرنده های درد تعیین نمی شود، بلکه پدیده ای چند بعدی است که به جز عوامل زیست شناختی، عوامل روانی، چون نظم بخشی هیجانی، بر آن تأثیر می گذارد. هدف این پژوهش بررسی نقش پیش بین مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی بر مدت تداوم و شدت ادراک درد سالمندان و روابط ساختاری بین نظم بخشی هیجانی و شدت کلی ادراک درد در این افراد بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۲۵۱ سالمند بود که با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای هدفمند از بین سالمندان مراکز روزانه سالمندی شهر شیراز انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از نسخه فارسی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی، پرسشنامه درد مک گیل و پرسشنامه اطلاعات درد استفاده شد. برای تجزیه تحلیل داده ها از شاخص های آماری همبستگی و رگرسیون همزمان و مدلسازی معادلات ساختاری، به کمک نرم افزارهای SPSS ۱۸ و LISREL ۸/۸۰، استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج حاصل از رگرسیون همزمان نشان داد که از بین مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردها، دشواری در دستیابی به اهداف و نبود آگاهی هیجانی قادر به پیش بینی شدت کلی ادراک درد، و دسترسی محدود به راهبردها قادر به پیش بینی مدت تداوم درد در سالمندان را دارند. همچنین، نتایج مدلسازی معادلات ساختاری نیز نشان داد که دشواری در نظم بخشی هیجانی با شدت کلی ادراک درد در سالمندان ارتباط دارد و می تواند بر آن تأثیرگذار باشد ( $R^2 = 0/11$ ).

**نتیجه گیری:** به طور کلی، با توجه به یافته های این پژوهش می توان گفت که مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی می توانند ادراک درد سالمندان پیش بینی کنند و این دو سازه از لحاظ ساختاری با یکدیگر در ارتباطند. این نتایج می تواند تلویحات نظری و کاربردی متعددی در زمینه شناسایی عوامل مرتبط با ادراک درد سالمندان و کنترل درد در این افراد داشته باشد.

**کلید واژه ها:** نظم بخشی هیجانی، شدت درد، سالمندی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۲۰

## مقدمه

درد از رایج ترین شکایت در سالمندان است که تأثیرات شدیدی بر کیفیت زندگی آنها دارد (۱). درد تجربه ای پیچیده است که تجربه آن تنها با شدت تحریک گیرنده های درد تعیین نمی شود، بلکه پدیده ای چند بعدی است که عوامل گوناگونی بر آن تأثیر می گذارد و همین عامل است که درد را از سایر حواس آدمی متمایز می کند (۲). انجمن بین المللی مطالعات درد، درد را یک احساس و تجربه هیجانی ناخوشایند در نظر گرفته است که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است (۳).

گرچه حس درد مانند سایر حواس برای انسان کارکردی حیاتی دارد و بقای انسان را تضمین می کند، اما زمانی که شدت و یا مدت تداوم آن از حد خاصی فراتر رود، منجر به آشفتگی های هیجانی، بروز ناتوانی و اختلال در کارکرد فرد می شود و می تواند هزینه های سنگینی برای فرد و جامعه در بر داشته باشد (۴).

نتایج پژوهش ها در زمینه شیوع اختلال درد در سنین مختلف نشان می دهند که شیوع این اختلال با افزایش سن افزایش می یابد، به طوری که در سنین ۶۰-۶۵ سالگی به اوج خود می رسد (۵). تخمین ها و نتایج حاصل از شیوع شناسی درد در جامعه عمومی نشان می دهد که ۲۵ تا ۵۰ درصد از سالمندان به شکلی از اختلال درد رنج می برند (۶) که این آمارها برای سالمندانی که در مراکز مراقبت بهداشتی یا خانه های سالمندان به سر می برند به ۴۵-۸۰ درصد می رسد (۷). بدون شک یکی از علل افزایش شیوع اختلال درد در سالمندان افزایش تعداد بیماریها و شرایط پزشکی خاصی است که به طور همزمان در این دوره به وجود می آید (۸). در دوران سالمندی مسائل پیچیده ی متعددی می تواند تجربه هیجانی درد را تحت تأثیر قرار دهد، از جمله این مسائل می توان به تجارب هیجانی متعدد و گوناگون درد در طول دوره ی زندگی، بیماری های مزمن همبود با اختلال درد حال حاضر، نزدیک شدن به مرگ، مسائل مرتبط با وابستگی به دیگران و حمایت خانواده اشاره نمود (۹).

نظریه پردازان معاصر بر نقش هیجانات در آماده سازی فرد برای ارائه واکنش های رفتاری، حرکتی و فیزیولوژیکی در تسهیل کردن فرایند تصمیم گیری در برابر مسائل و مشکلات زندگی و در تسهیل روابط بین فردی تأکید می کنند (۱۰). هیجان پدیده ای در نظر گرفته می شود که از سه جزء احساسی، رفتاری و فیزیولوژیکی تشکیل شده است و به واسطه موقعیت ها برانگیخته و منجر به تغییر جهت توجه می شوند، سیستم ارزیابی شناختی را در فرد فعال

می کنند و منجر به بروز پاسخ های رفتاری و فیزیولوژیکی می شوند (۱۱).

در زمینه تأثیر هیجانات بر تعدیل و تنظیم درد، بسیاری از پژوهش ها نشان داده اند که نوسانات درد به سهولت تحت تأثیر هیجانات قرار می گیرند، به گونه ای که هیجانات خوشایند عموماً منجر به کاهش درد می شوند، در حالی که هیجانات ناخوشایند شدت درد را افزایش می دهند (۱۲).

نظم بخشی هیجانی به عنوان فرایندی در نظر گرفته می شود که از طریق آن فرد هیجانات خود را برای پاسخ متناسب به خواسته های محیطی به طور هشیار یا ناهشیار تعدیل و تنظیم می کند (۱۳). گراتز و رونمر (۱۴). نظم بخشی هیجانی را در بردارنده ی آگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، تنظیم کردن مطلوب پاسخ های هیجانی برای دستیابی به اهداف شخصی و احترام به خواسته های محیطی و رفتارکردن مطابق با اهداف مطلوب در زمانی که هیجان منفی تجربه می شود تعریف می کنند.

می توان گفت تدابیری که افراد برای نظم بخشی هیجانی اتخاذ می کنند، مشابه دیگر اختلالات روان شناختی، بر شدت و مدت زمان تداوم درد مؤثر است. بسیاری از پژوهش ها همسو با هم نشان داده اند که نظم بخشی هیجانی و مؤلفه های آن به طور مستقیم شدت، فراوانی و طول دوره ی ادراک درد را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۵،۱۶) به گونه ای که نظم بخشی هیجانی ناسازگارانه، مانند تلاش برای سرکوب، نادیده گرفتن و بازداری از هیجانات و یا تلاش برای کنترل بیش از حد هیجانات از طریق نگرانی، وسواس های فکری و فاجعه سازی، منجر به افزایش شدت و ادراک درد می شود. مطالعات انجام شده نشان می دهند برخوردار بودن از مهارت های نظم بخشی هیجانی می تواند پیش بینی کننده سطوح پایین تر ادراک درد باشد (۱۷-۲۰). در همین راستا، پرلمن و همکاران (۲۱) در پژوهش خود نشان دادند که مداخلات مبتنی بر هیجان برای مبتلایان به اختلال درد بر سازوکارهای نظم بخشی هیجانی و متعاقب آن بر ادراک درد در آنها تأثیر می گذارد.

با توجه به افزایش امید به زندگی افراد و همچنین ارتقای بهداشت عمومی و خدمات پزشکی، مخصوصاً در دهه های اخیر، جمعیت سالمندان در کشور روبه افزایش است و در آینده ای نه چندان دور درصد قابل توجهی از جمعیت عمومی کشور را سالمندان تشکیل خواهند داد. به علاوه، اختلالات مربوط به درد در سالمندان به طور قابل ملاحظه ای بالاست (۲۲). بنابراین، شناسایی عواملی

است (۲۴). در این پژوهش نیز، اعتبار همسانی درونی زیر مقیاس‌ها در سالمندان در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۱ به دست آمد (جدول ۱).

۲- پرسشنامه درد مک گیل (MPQ): مقیاس ادراک درد شامل ۲۰ مجموعه کلمه است که چهار بعد درد عاطفی، درد حسی، ارزیابی درد و دردهای گوناگون و شدت کلی درد را اندازه‌گیری می‌کند. فرد با توجه به ادراک خود از تجربه درد فعلی کلمه مورد نظر را در هر مجموعه انتخاب می‌کند که با توجه به ترتیب کلمات، شدت درد از بالا به پایین، نمره گذاری می‌شود. بسیاری از پژوهش‌ها روایی و پایایی این پرسشنامه را در حد مطلوبی عنوان نموده‌اند. برای مثال ترک، رادی و سالووی (۲۵) اعتبار آن را ۰/۸۳ و میلر و کراوس (۲۶) ضریب اعتبار ۰/۷۸ را برای این پرسشنامه گزارش کردند. در ایران، روایی ملاکی و اعتبار این پرسشنامه در سالمندان توسط خانزاده (۲۷) بررسی شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که ابعاد این پرسشنامه با یک مقیاس خودسنجی درد، که در آن فرد شدت درد خود را از ۰ تا ۱۰ نمره گذاری می‌کند، همبستگی بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۱ دارد. همچنین، در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمایی پس از دو هفته برای ابعاد پرسشنامه به ترتیب در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۱ و ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۷).

۳- پرسشنامه جمعیت شناختی و اطلاعات درد: این پرسشنامه محقق ساخته شامل سوالات و گویه‌هایی بود که علاوه بر اطلاعات مربوط به درد سالمند، شامل مدت زمان بروز درد، شدت درد، ناحیه درد و علت درد، اطلاعات جمعیت شناختی آنها، شامل سن، جنس و تحصیلات، را بررسی می‌کرد. از این پرسشنامه برای انتخاب نمونه با توجه به ملاکهای ورود و خروج پژوهش استفاده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش روش‌های آماری همبستگی، رگرسیون چندگانه و مدلسازی معادلات ساختاری از طریق نرم افزارهای SPSS ۱۸ و LISREL ۸/۵۰ به کار گرفته شد.

### یافته‌ها

نتایج بررسی نمونه نشان داد که از بین افراد گروه نمونه، تعداد ۱۴۷ نفر زن (میانگین سنی ۶۴/۲۵ و انحراف استاندارد ۷/۴) و تعداد ۱۰۴ نفر مرد (میانگین سنی ۶۳/۴۳ و انحراف استاندارد ۷/۲) بودند. همچنین، (جدول ۱) فراوانی و درصد فراوانی سطح تحصیلات گروه نمونه را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد.

که می‌توانند بر ادراک درد در آنها تأثیر بگذارد، ضروری است. در همین راستا، پژوهش حاضر نیز به بررسی ارتباط بین دشواری در نظم بخشی هیجانی بر مدت و شدت ادراک درد سالمندان پرداخته است.

### روش مطالعه

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان عضو در مراکز روزانه سالمندی شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌داد. برای ورود افراد به جمع افراد به جمع شرکت کنندگان در پژوهش، چندین ملاک در نظر گرفته شد که عبارت بود از داشتن حداقل ۵۵ سال سن، داشتن درد حداقل در یک ناحیه از بدن، نداشتن بیماری‌های اضمحلال کننده شناختی مانند دمانس و داشتن حداقل سواد سیکل. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا تعداد ۵۰۰ پرسشنامه بین سالمندان توزیع شد و سپس با توجه به ملاک‌های ورود، تعداد ۲۸۶ مورد از آنها که دارای ملاک‌های پژوهش بودند انتخاب شدند. در نهایت، با حذف پرسشنامه‌های مخدوش و داده‌های دورافتاده، ۲۵۱ مورد از این پرسشنامه‌ها وارد تحلیل شد و نمونه پژوهش را تشکیل دادند.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- نسخه فارسی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۳۳ گویه‌ای است که ۶ دشواری در نظم بخشی هیجانی، شامل نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی و نبود وضوح هیجانی، را با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی ارزیابی می‌کند. گراتز و روتمر در سال ۲۰۰۴ نسخه اصلی این مقیاس را تدوین کردند و با استفاده از تحلیل عاملی روایی این مقیاس را بررسی کردند (۲۳). همچنین، این مؤلفان در پژوهش خود اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ را برای هر شش زیرمقیاس بالای ۰/۸۰ گزارش کردند (۲۳). نسخه فارسی این مقیاس نیز از تحلیل عامل نسخه اصلی در جمعیت ایرانی تدوین شده است (۲۴). خانزاده و همکاران (۲۴) ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و روایی ملاکی آن را با محاسبه همبستگی این مقیاس با سیاهه‌های افسردگی و اضطراب بک بررسی کردند. در این پژوهش، اعتبار زیرمقیاس‌های نسخه فارسی این مقیاس نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی پس از یک هفته، به ترتیب در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ و ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده

**جدول ۱: فراوانی سطح تحصیلات گروه نمونه به تفکیک جنسیت**

تحصیلات	مردان		زنان	
	فراوانی	درصد فراوانی نسبی	فراوانی	درصد فراوانی نسبی
سیکل	۴۲	۴۰/۴	۸۱	۵۵/۱
دیپلم	۳۸	۳۶/۵	۴۶	۳۱/۳
فوق دیپلم	۱۱	۱۰/۶	۱۲	۸/۲
لیسانس	۹	۸/۷	۶	۴/۱
فوق لیسانس و بالاتر	۴	۳/۸	۲	۱/۳
کل	۱۰۴	۱۰۰	۱۴۷	۱۰۰

در گام نخست، برای بررسی ارتباط بین شدت و مدت درد با مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی، از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی همبستگی بین این متغیرها به همراه آماره های توصیفی مربوط به آنها در (جدول ۱)

**جدول ۲: ماتریس همبستگی، آماره های توصیفی و اعتبار متغیرهای پژوهش**

پایایی	آماره های توصیفی		همبستگی بین متغیرهای پژوهش									
	SD	M	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		
---												۱. مدت شروع درد (ماه)
۰/۹۱	۱۲۰/۳۶	۱۰۰/۱۱										۲. شدت درد (مکگیل)
۰/۸۰	۱۸/۴۹	۴۲/۴۳						۱	۱	۰/۱۹**	۰/۲۳**	۳. نپذیرفتن پاسخهای هیجانی
۰/۷۵	۶/۷۱	۲۰/۸۲			۱	۱	۰/۶۲**	۰/۶۰**	۰/۶۳**	۰/۱۳*	۰/۲۵**	۴. دشواری در انجام رفتار هدفمند
۰/۷۸	۴/۵۵	۱۵/۸۳	۱	۱	۰/۱۶**	۰/۲۳**	۰/۰۹	۰/۶۳**	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۲۶**	۵. دشواری در کنترل تکانه
۰/۷۶	۵/۶۱	۱۶/۸۳		۰/۵۰**	۰/۲۷**	۰/۶۹**	۰/۷۷**	۰/۰۱	۰/۱۴*	۰/۱۴*	۰/۱۰	۶. نبود آگاهی هیجانی
	۵/۱۸	۱۳/۹۸				۰/۴۰**	۰/۳۲**	۰/۶۱**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۰۳	۷. دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی
۰/۸۱	۵/۹۷	۱۷/۸۵						۰/۳۲**	۰/۱۳*	۰/۱۳*	۰/۳۳**	۸. نبود وضوح هیجانی
۰/۷۰	۳/۳۱	۸/۱۰									۰/۲۳**	

\*P&gt;0/05 \*\* P&lt;0/01

به علاوه، (جدول ۲)، علاوه بر همبستگی و آماره های توصیفی متغیرها، اعتبار همسانی درونی آنها را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ نشان می دهد. در گام بعدی، برای بررسی نقش مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی در پیش بینی شدت درد در سالمندان، از روش رگرسیون همزمان استفاده شد. (جدول ۳)، نتایج حاصل از پیش بینی شدت ادراک درد توسط مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی را نشان می دهد.

**جدول ۳: شاخص ها و ضرایب رگرسیون پیش بینی شدت ادراک درد در سالمندان**

تحلیل واریانس	شاخصها و ضرایب رگرسیون						مدل پیش بینی کننده
	sig	F	R <sup>۲</sup>	R	sig	t	
۰/۰۰۰	۹۲/۷	۰/۱۷	۰/۴۱	۰/۰۰۰	۷/۷۸	۰/۰۶۸	ثابت
				۰/۴۱۱	۰/۸۲	۰/۲۵۴	نپذیرفتن پاسخهای هیجانی
				۰/۰۰۹	۲/۶۴	۰/۱۱۸	دشواری در انجام رفتار هدفمند
				۰/۱۸۸	-۱/۳۲	۰/۱۸۲	دشواری در کنترل تکانه
				۰/۰۰۴	-۲/۸۹	۰/۵۷۰	نبود آگاهی هیجانی
				۰/۰۰۰	۵/۲۴	-۰/۰۰۳	دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی
				۰/۹۶۲	-۰/۰۵		نبود وضوح هیجانی

متغیر وابسته: شدت کلی درد

سالمندان دارند.

(جدول ۴) نیز، نتایج حاصل از پیش‌بینی مدت شروع درد توسط مؤلفه های مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی را نشان می دهد. اندازه ضریب همبستگی چندگانه و معناداری F در این تحلیل نشان می دهد که مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی به طور کلی می توانند مدت شروع درد را پیش‌بینی کنند و بیش از ۱۳ درصد از تغییرات آن را تبیین کنند.

نتایج (جدول ۳) نشان می دهد که به طور کلی مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی قادر به پیش‌بینی شدت ادراک درد در سالمندان هستند (با توجه به معناداری F و ضریب همبستگی چندگانه) و در مجموع قادرند بیش از ۱۷ درصد از تغییرات شدت درد را پیش‌بینی کنند. همچنین، با توجه به معناداری ضرایب بتا، این نتایج نشان می دهد که از بین ۶ مؤلفه دشواری در نظم بخشی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی، دشواری در انجام رفتار هدفمند و نبود آگاهی هیجانی نقش معناداری در پیش‌بینی شدت درد

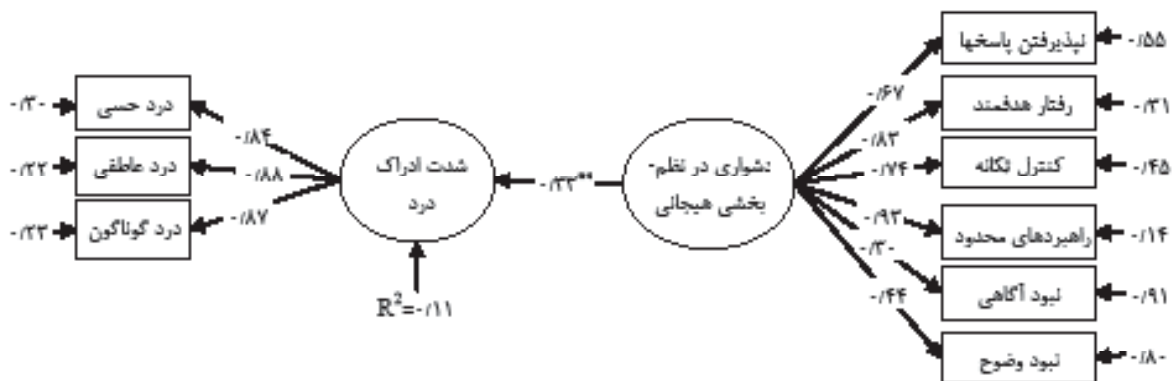
جدول ۴: شاخص ها و ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی مدت شروع درد در سالمندان

تحلیل واریانس		شاخصها و ضرایب رگرسیون					مدل
sig	F	R <sup>2</sup>	R	sig	t	$\beta$	پیش‌بینی کننده
				۰/۰۰۰	-۳/۲۸	۰/۱۳۴	ثابت
				۰/۱۶۲	۱/۴۰۳	۰/۱۴۸	نپذیرفتن پاسخهای هیجانی
				۰/۲۰۱	۱/۲۸۲	-۰/۱۹۲	دشواری در انجام رفتار هدفمند
		۰/۱۳	-۰/۳۶	۰/۰۷۳	-۱/۸۰	-۰/۰۵۹	دشواری در کنترل تکانه
				۰/۳۹۱	-۰/۸۶	۰/۲۸۸	نبود آگاهی هیجانی
۰/۰۰۰	۶۵/۵			۰/۰۰۰	۴/۳۵۹	۰/۱۲۲	دسترسی محدود به راهبردهای
				۰/۱۱۳	۱/۵۹۴		نظم بخشی
							نبود وضوح هیجانی

متغیر وابسته: مدت زمان شروع درد

ساختاری استفاده شد که در آن دشواری در نظم بخشی هیجانی به عنوان متغیر برونزا (مستقل) و شدت ادراک درد به عنوان متغیر درونزا (وابسته)، و زیرمقیاسهای هر یک از این سازه ها به عنوان متغیر مشاهده شده در نظر گرفته شد. (شکل ۱)، نتایج حاصل از مدلسازی معادلات ساختاری برای بررسی روابط بین سازه های پژوهش را نشان می دهد.

علاوه بر این، نتایج (جدول ۴) نشان می دهد که از بین مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی، تنها دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی به طور معناداری قادر به پیش‌بینی مدت شروع درد در سالمندان می باشد. در گام پایانی، برای بررسی مدل ساختاری رابطه بین سازه های دشواری در نظم بخشی هیجانی و شدت ادراک درد در سالمندان در سطح متغیرهای مکنون، از روش مدلسازی معادلات



شکل ۱: مدل ساختاری رابطه بین دشواری در نظم بخشی هیجانی و شدت ادراک درد در سالمندان

بر آن تأثیر می گذارد.

در نهایت، به منظور بررسی برازش مدل ارائه شده در (شکل ۱) با داده های تجربی پژوهش، از شاخص های مجذور

نتایج حاصل از مدلسازی معادلات ساختاری در (شکل ۱) نشان می دهد که سازه دشواری در نظم بخشی هیجانی به طور معناداری با سازه شدت ادراک درد در سالمندان در ارتباط است و

مقایسه ای (NFI)، ریشه دوم میانگین خطای تقریب (RMSEA)، ریشه دوم میانگین باقیمانده (RMR) و ریشه دوم میانگین باقیمانده معیار شده (SRMR) استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش در (جدول ۵) آمده است.

خی ( $K^2$ )، مجذور خی بر درجه آزادی ( $K^2/df$ )، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص برازش نرم شده (CFI)، شاخص برازش غیر نرم (NFI) که به شاخص تاکر لوئیس (TCI) نیز معروف است، شاخص برازش

جدول ۵: شاخص های برازندگی مدل ساختاری رابطه بین دشواری در نظم بخشی هیجانی و شدت ادراک درد در سالمندان

شاخصهای دیگر			شاخصهای مقایسه‌ای			شاخصهای مطلق					شاخصهای برازندگی
SRMR	RMR	RM-SEA	CFI	TLI	NFI	AGFI	GFI	$K^2/df$	df	P	
۰/۰۴۵	۱/۲۷	۰/۰۵۸	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۲	۰/۹۶	۱/۶۶	۱۷	۰/۰۵۵	۲۸/۲۳

که در زمان رویارویی با هیجانات مشکل، آگاهانه از راهبردهای سازگارانه نظم بخشی هیجانی استفاده می کند، قادر است این هیجانات را به خوبی مدیریت کند و درگیر رفتارهای هدمند شود. راهبردهای مورد استفاده برای نظم بخشی هیجانات دربردارنده طیف وسیعی از راهبردها و سبک های مقابله ای می باشد که به منظور کاهش ادراک و شدت درد به کار می رود. این راهبردها شامل توجه برگردانی، تفسیر مجدد احساس درد، فاجعه سازی، نادیده انگاری احساس درد، دعا خواندن یا امیدواری، استفاده از خودگویی های مقابله ای، افزایش فعالیت های رفتاری، حمایت اجتماعی، پذیرش درد، در مقابله با تجربه درد می باشد (۳۱). همچنین پژوهش حاضر نشان می دهد که راهبردهای نظم بخشی هیجانی ناسازگارانه، مانند تلاش برای سرکوب، نادیده گرفتن و بازداری از هیجانات و یا تلاش برای کنترل بیش از حد هیجانات از طریق نگرانی، نشخوار فکری و وسواس های فکری، که تحت عنوان دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی در پژوهش حاضر آمده است، منجر به افزایش شدت و ادراک درد می شود. هرچند استفاده از راهبرد سرکوب کردن در کوتاه مدت باعث می شود که فرد بتواند درد را بهتر تحمل کند، اما با این وجود استفاده از این راهبرد در بلند مدت موجب ادراک درد بیشتر و افزایش شدت درد می گردد (۳۲). به نظر می رسد که وجود آگاهی هیجانی در مورد هیجانات منفی همراه با درد، مانند خشم، ترس و اضطراب، عمدتاً منجر به نظم بخشی بهتر هیجانات و در نهایت سازگاری بهتر درد می شود، اما از سوی دیگر، به نظر می رسد که آگاهی هیجانی بیشتر نسبت به هیجان ناخوشایندی که وجود درد ایجاد می کند، منجر به افزایش توجه فرد به درد و در نهایت ادراک بیشتر درد می شود. به عبارت دیگر، علاوه بر ادراک درد، انتظار درد نیز می تواند ظرفیت پردازش اطلاعات مثبت را کاهش دهد (۳۳). لذا اضافه کردن نظم بخشی هیجانی به مدل های نظری مربوط به درد می تواند به روشن شدن این مساله کمک کند که چرا برخی

شاخص خی دو برازش مدل را به صورت کلی بررسی می کند و عدم معناداری آن به معنای برازش مطلوب مدل با داده های تجربی است (۲۸). بنابراین، با توجه به (جدول ۵) می توان گفت که برازش مدل حاضر در حد مطلوبی است. همچنین، منابع مختلف در زمینه مدلسازی معادلات ساختاری عنوان می کنند که برای مطلوب بودن برازش مدل، شاخص های CFI، GFI، AGFI، NFI، TCI باید بین ۰/۹ و ۱ قرار داشته باشند و هر چه به عدد یک نزدیکتر باشند، برازش مدل مطلوبتر خواهد بود (۲۹). همچنین، این منابع مطرح می کنند که هر چه شاخص های RMSEA، RMR و SRMR به صفر نزدیکتر باشند برازش مدل مطلوبتر خواهد بود و زمانی که شاخص های RMSEA و RMR از ۰/۱ بیشتر باشند برازش ضعیف و هر چه از ۰/۰۸ پایینتر باشد برازش مطلوبتر است (۳۰). با توجه به این شاخص ها نیز، می توان نتیجه گرفت که مدل حاضر دارای برازش مطلوب با داده های این پژوهش است و با اطمینان بالایی می توان این مدل را پذیرفت.

## بحث

به طور کلی، نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می دهند که دشواری در نظم بخشی هیجانی با شدت ادراک درد در سالمندان در ارتباط است و با افزایش نقایص و دشواری ها در این زمینه، شدت ادراک درد در این گروه سنی افزایش می یابد. همچنین، این نتایج نشان داد که از بین مؤلفه های دشواری در نظم بخشی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی، دشواری در انجام رفتار هدمند و نبود آگاهی هیجانی قادر به پیش بینی شدت ادراک درد، و دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی قادر به پیش بینی مدت شروع درد در سالمندان می باشد. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین همسو است (۲۰-۱۷).

در تفسیر این یافته ها می توان به چند نکته اشاره کرد. افرادی

نمونه گیری اشاره کرد. همچنین در مدل حاضر نقش متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی قرار نگرفت. با توجه به متغیرهایی همچون سن، جنسیت و حمایت اجتماعی می‌توانند در تبیین تفاوت‌های افراد در نظم بخشی هیجانی نقش داشته باشند (۳۶) و بنابراین توجه به آن‌ها در مطالعات آینده حائز اهمیت است.

### نتیجه گیری نهایی

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده اهمیت نظم بخشی هیجانی در ادراک درد سالمندان بود. این یافته از این نظر می‌تواند برای درمانگران حائز اهمیت باشد که دشواری در نظم بخشی هیجانی علاوه بر ادراک درد، می‌تواند افت عملکرد و استفاده از راهبردهای مقابله ای نامناسب همچون سوء مصرف مواد را به دنبال داشته باشد (۲۰). نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهند این راهبردها قابل یادگیری هستند (۳۷). بنابراین انجام مداخلات مبتنی بر هیجان در افراد مبتلا به درد مزمن ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان به این وسیله قدردانی خود را از کلیه سالمندانی که در پژوهش حاضر مشارکت داشتند اعلام می‌دارند.

### References

- Grant, J. A., & Rainville, P. (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen mediators: A cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine*, 71, 106–114.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (1999). *Psychosocial Factors in Pain*. New York: Guilford.
- Grant, J. A., & Rainville, P. (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen mediators: A cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine*, 71, 106–114.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2000). Epidemiology of Pain. In Crombie, I. K., Croft, P. R., Linton, S. J., et al (Eds), *Pain in Older People*. Seattle: IASP Press. (pp. 15-29).
- Gibson, S.J. (2003). Pain and aging: the pain experience over the adult life span. In: Dostrovsky, J.O., Carr, D.B., Koltzenburg, M. (Eds.), *Progress in Pain Research and*

افراد آسیب پذیری بیشتری نسبت به درد دارند و چگونه می‌توان این آسیب پذیری را از طریق مداخلات درمانی کاهش داد (۱۹).

از سوی دیگر، درد خود یک هیجان ناگوار است و نظم بخشی هیجانی می‌تواند در تسکین درد نیز موثر واقع شود. مرسکی (۳۴) به این نکته اشاره کرده است که منقبض کردن ماهیچه‌ها که اغلب به تجربه درد شدید همراه است، می‌تواند خود به عنوان یکی از علت‌های درد در نظر گرفته شود و در تشدید این تجربه نقش داشته باشد.

به طور کلی، آگاهی هیجانی به معنای اجتناب نکردن از هیجانات است، به نحوی که فرد بی کم و کاست و بدون سرکوب و کنترل کردن، آنها را تجربه کند. این سازه با پذیرش هیجانات ارتباط تنگاتنگی دارد. افرادی که نسبت به هیجانات خود آگاهی دارند، راحت تر و بهتر می‌توانند هیجانات خود را بپذیرند که در نهایت باعث می‌شود فرد بر هیجاناتش کنترل بیشتری داشته باشد (۳۵). استفاده از راه کارهای ناکارآمد برای تنظیم هیجانات، مانند نشخوار فکری، سرکوبی و اجتناب، بیشترین اندازه اثر را در دردهای مزمن و اختلالات روانی دارند (۱۳).

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و در دسترس بودن روش

- Management. Seattle: IASP Press. (pp. 178 - 221).
- American Geriatric Society. (AGS). (2002). The management of persistent pain in older persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 50, S205–S224.
- Harkins, S. W. (1996). Pain perceptions in the old. *Clinical Geriatric Medication*, 12, 435 - 446.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2000). Epidemiology of Pain. In Crombie, I. K., Croft, P. R., Linton, S. J., et al (Eds), *Pain in Older People*. Seattle: IASP Press. (pp. 15-29).
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press. (pp. 3 - 24).
- Villemure, C., & Bushnell, M. C. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain



- processing? A topical review. *Pain*, 95, 195–199.
11. Rhudy, J. L., Williams, A. E., McCabe, K. M., Nguyen, M. A. T. V., & Rambo, P. (2005). Affective modulation of nociception at spinal and supraspinal levels. *Psychophysiology*, 42, 579–87.
  12. Leahy, R. L. (2010). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In D. Sookman, & R. L. Leahy (Ed.), *Treatment resistant anxiety disorders*. New York: Routledge. (pp. 135-160).
  13. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
  14. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
  15. Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K. (2001). Pain and emotion: New research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 587-607.
  16. Innes, S. I. (2005). Psychosocial factors and their role in chronic pain: A brief review of development and current status. *Chiropractic & Osteopathy*, 13 (6), 1-5.
  17. Connelly M, Bromberg MH, Anthony KK, Gil KM, Franks L, Schanberg LE. Emotion regulation predicts pain and functioning in children with juvenile idiopathic arthritis: an electronic diary study. *J Pediatr Psychol*. 2012; 37 (1): 43-52.
  18. Agar-Wilson M, Jackson T. Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping?. *Eur J Pain*. 2012; 16 (1):105-14.
  19. 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.
  20. Lutz J, Gross RT, Vargovich AM. Difficulties in emotion regulation and chronic pain-related disability and opioid misuse. *Addictive Behaviors*. 2018; 87: 200–205.
  21. Perlman, D. M., Salomons, T. V., Davidson, R. J., & Lutz, A. (2010). Differential Effects on Pain Intensity and Unpleasantness of Two Meditation Practices. *Emotion*, 10 (1), 65–71.
  22. Mc Cracken, L.M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164–169.
  23. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
  24. Khanzadeh M, Saeidian M, Hosseinchary, Edrisi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *Journal of behavioral sciences*. 6 (1): 87-96. (persian).
  25. Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structure and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385-397.
  26. Miller, T. W., & Kraus, R. (1990). An overview of chronic pain. *Hosp Community Psychiatry*, 41 (4), 433- 440.
  27. Khanzadeh M. Prediction of pain perception based on emotional schemas and difficulties in emotion regulation. MA thesis. Shiraz University. 2011. (persian).
  28. Jaccard, J. & Wan, C. K. (1996). *LISREL Approaches to Interaction Effects in Multiple Regression*. CA: Sage.
  29. Schreiber, J. B., Stage, F. K., King, J., Nora, A. & Barlow, E. A. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*. 99 (6), 323-337.
  30. McCallum, R. C., Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological Methods*. 1 (12), 149-160.

31. Tull, M. T., Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety Sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*. 22, 199-210.
32. Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., and et al. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14, 176-182.
33. Zautra AJ. Emotions, stress, and health. New York: Oxford University Press. 2003.
34. Merskey H. Psychological and psychiatric aspects of pain control. In: Smith WL, Merskey H, Gross SC, Smith WL, Merskey H, editors. Pain: meaning and management. New York: SP Medical and Scientific Books; 1980. 105-17.
35. Leahy, R. L. (2002a). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.
36. Paquet C, Kergoat MJ, Dube L. The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: Insights from a prospective within-day assessment, *Pain*. 2005; 115: 355-363.
37. Davis EL, Levine LJ. Emotion regulation strategies that promote learning: reappraisal enhances children's memory for educational information, *Child Dev*. 2013; 84 (1): 361-374.