

تنظیم شناختی هیجان و مدیریت درد در افراد مبتلا به سردرد مزمن

نازنین گلایی^{۱*}، محمد حسین عبداللهی^۲، مهناز شاهقلیان^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی تهران

^۲ گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی تهران

^۳ گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی تهران

چکیده

عوامل گوناگون روانشناختی و محیطی نقش بارزی در درد مزمن ایفا می کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان با مدیریت درد در افراد دارای سردرد مزمن انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی است که در سطح شهر تهران توسط پزشک متخصص تشخیص سردرد مزمن گرفته بودند. تعداد ۱۰۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مقیاس‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه‌ی درد مک گیل توسط آنان تکمیل گردید. یافته‌ها نشان داد که تمامی مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان با مدیریت درد ارتباط معنادار دارند. مولفه‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان شامل پذیرش، تمرکز مثبت مجدد، تمرکز بر برنامه ریزی، ارزیابی مثبت و دیدگاه‌گیری، ارتباط منفی معنادار و مولفه‌های منفی تنظیم شناختی هیجان شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیزپنداری و سرزنش دیگران، ارتباط مثبت معنادار با افزایش درد داشتند. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، از میان مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان، نشخوار فکری قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری دارد. نتایج این پژوهش از این دیدگاه حمایت می‌کند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مدیریت درد موثر است و می‌تواند در کاهش درد موثر واقع شود.

کلید واژه‌ها: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ مدیریت درد؛ سردرد مزمن

مقدمه

درد دارای عوامل بیولوژیکی، روانشناختی و هیجانی است. درد مزمن می‌تواند سبب احساساتی همچون خشم، ناامیدی، غم و اندوه و اضطراب شود. بنابراین برای درمان و مدیریت موثر درد باید جنبه‌های فیزیکی، هیجانی و روانشناختی را نیز لحاظ کرد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۲). مدیریت درد شاخه‌ای پزشکی با به کارگیری رویکردی چندرشته‌ای برای کاهش درد و رنج و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد است (واجوکی، ۲۰۱۳). در مدیریت درد تنظیم هیجان نقش مهمی ایفا می‌کند. تنظیم هیجان به عنوان فرایندهای بیرونی و درونی مسئول نظارت و ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی به ویژه در خصوصیات زمانی و فشرده برای به هدف رساندن فرد تعریف شده است (برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸).

در تحقیقات متعددی مشخص شده است که مدیریت درد روش‌های غیر دارویی سبب تسکین درد مزمن شده‌اند (اسکالفرود و همکاران، ۲۰۱۳؛ انجلر و همکاران، ۲۰۱۳). پاکوت و همکاران (۲۰۰۵) و آراند و همکاران (۲۰۱۰) طی پژوهش‌های خود با استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان کاهش درد را نشان دادند. ونگ و همکاران (۲۰۱۱) رابطه‌ای بین درد و فاکتورهای روانشناختی پیدا نکردند، همچنین باقریان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود با موضوع تاثیر روش‌های غیردارویی کنترل درد بر کاهش درد ناشی از رگ‌گیری در کودکان سن مدرسه بستری در مرکز تالاسمی شهر کرمان نشان دادند که بین میانگین نمره درد در دو گروه آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. با توجه به پژوهش‌های متناقض در این زمینه، ما علاقمند به بررسی رابطه‌ی راهبردهای تنظیم هیجان با مدیریت درد در افراد دارای سردرد مزمن بودیم. سوال مطرح شده در این پژوهش این بود که سهم هر کدام از مولفه‌های راهبردهای تنظیم هیجان در مدیریت درد چه اندازه است؟

روش

شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است که به منظور بررسی رابطه بین تنظیم هیجان و باور فراشناختی با مدیریت درد انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل افرادی است که در شهر تهران توسط پزشک متخصص تشخیص سردرد مزمن برای آن‌ها داده شده است و دارای پرونده پزشکی مبنی بر تشخیص سردرد مزمن بودند. از بین جامعه، ۱۰۰ نفر از افراد دچار سردرد مزمن که به کلینیک درد یکی از بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برخی معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به حداقل ۳ ماه سردرد مزمن، عدم اعتیاد یا ابتلا به سوء مصرف مواد، عدم بستری در کلینیک‌های پزشکی. از بین شرکت‌کنندگان ۵۷/۳ درصد زن با میانگین سنی ۳۳ سال بودند که به طور میانگین به مدت ۳/۶۲ سال دارو مصرف کرده بودند.

* e-mail: golabinazanin@yahoo.com

ابزار

مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)): مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توسط کارنفسکی، کراج و اسپینهاون (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس زای زندگی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت قرار دارد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی سرزنش خود (Self blame)، سرزنش دیگران (Other blame)، نشخوار فکری (Rumination)، تلقی فاجعه‌آمیز (Catastrophizing)، توسعه چشم انداز (Putting into perspective)، تمرکز مجدد مثبت (Positive refocusing)، ارزیابی مثبت (Positive reappraisal)، پذیرش شرایط (Acceptance) و برنامه‌ریزی کردن (Planning) را مورد سنجش قرار می‌دهد. روایی پرسشنامه در مطالعه یوسفی (۱۳۸۲) از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ی ۲۸ سوالی سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۲۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار بودند. مطالعه ی یوسفی ضریب اعتبار برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمده است (یوسفی، ۱۳۸۵).

پرسشنامه باورهای فراشناختی (Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire): یک پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای خود گزارش دهی است. پاسخ ها در این مقیاس بر پایه مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است که عبارتند از (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی (۲) باورهای کنترل‌ناپذیری و خطر (۳) باورهایی درباره کیفیت شناختی (۴) باورهای فراشناختی عمومی منفی در ارتباط با نیاز به کنترل (۵) باورهای فراشناختی در ارتباط با خودآگاهی شناختی شیرین زاده این پرسشنامه را برای جمعیت ایران ترجمه و آماده نموده است ضریب الفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است. در بررسی انجام شده روایی سازه-ای آن که با استفاده از تحلیل عاملی صورت گرفته بود، مورد تایید قرار گرفت (خانی پور و همکاران، ۱۳۹۰).

پرسشنامه درد مک‌گیل (McGill Pain Questionnaire): یکی از بهترین مقیاس‌های اندازه‌گیری درد که برای اولین بار این پرسشنامه توسط ملزاک (۱۹۷۳) و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف درد رنج می‌بردند، اجرا شد. فرم بلند این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیم‌نژاد (۶) هنجاریابی شده است و براساس نتایج این تحقیق، پرسشنامه درد مک‌گیل اعتبار و روایی خوبی دارد و با ابعاد مختلف درد با نتایج قبلی انجام شده توسط ملزاک و تورگرسون در سال ۱۹۷۱ نزدیک است (کشاورز و همکاران، ۱۳۸۶).

شیوه‌ی اجرا

پس از مشخص کردن شرکت‌کننده‌ها، اهداف پژوهش برای آنها توضیح داده می‌شود و به آنان اطمینان داده خواهد شد که پاسخ‌های آنها صرفاً جنبه پژوهشی داشته و پاسخ‌ها محرمانه خواهد ماند، بعد از توجیه شرکت‌کننده‌ها از آنان خواسته می‌شود پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند و تا جای ممکن به سوالات با دقت پاسخ دهند. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن موارد مخدوش، سایر موارد وارد تحلیل خواهند شد. برای تحلیل نتایج و بررسی داده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

نتایج

نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین نمره ی درد و مولفه‌های تنظیم هیجان همبستگی معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر مولفه‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان که شامل پذیرش ($r=۰/۲۱$)، تمرکز مثبت مجدد ($r=-۰/۱۹$)، تمرکز بر برنامه ریزی ($r=-۰/۱۷$)، ارزیابی مثبت ($r=-۰/۱۹$) و دیدگاه گیری ($r=-۰/۲۰$) هستند، ارتباط منفی معنادار با مدیریت درد دارند و مولفه‌های منفی تنظیم شناختی هیجان که شامل سرزنش خود ($r=۰/۲۲$)، نشخوار فکری ($r=۰/۵۱$)، فاجعه آمیز پنداری ($r=۰/۲۹$) و سرزنش دیگران ($r=۰/۲۲$) هستند، با مدیریت درد ارتباط مثبت معنادار دارند. برای پیش بینی درد از روی متغیرهای تنظیم شناختی از رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد چهار مولفه ی نشخوار فکری، دیدگاه گیری، پذیرش و فاجعه بندی ۴۲ درصد از واریانس درد را پیش بینی می‌کنند.

جدول ۱

نتایج رگرسیون پیش بینی درد با توجه به متغیرهای تنظیم شناختی هیجان در گام آخر

متغیر	b	β	t	R	R^2
نشخوار فکری	۲/۷۳	۰/۵۳	۶/۵۹	۰/۶۶	۰/۴۲
دیدگاه گیری	-۱/۶۴	-۰/۲۸	-۳/۶۶		
پذیرش	-۱/۴۴	-۰/۲۷	-۳/۶۰		
فاجعه پنداری	۰/۹۱	۰/۱۸	۲/۲۵		

بحث

استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت (تمرکز مثبت مجدد، برنامه ریزی، ارزیابی مثبت، دیدگاه گیری و پذیرش) رابطه مثبت با مدیریت درد دارد و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز تلقی کردن) رابطه منفی با مدیریت درد دارد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، تمامی مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان با مدیریت درد ارتباط معنادار دارند. همپلتون و همکاران در پژوهش خود به نقل از آراندا و همکاران (۲۰۱۰) رابطه‌ی بین تنظیم هیجان، شدت هیجان و پاسخ‌های موثر در درد را در نمونه‌ای از زنان با بیماری آرتريت روماتوئید بررسی کردند. نتایج اثر ترکیبی تنظیم هیجان و شدت هیجان را نشان

دادند که میزان پاسخ به درد به عنوان تابعی از دو متغیر متفاوت است. بنابراین در شدت درد زنان با شدت عاطفی بالا و توانایی کم در تنظیم هیجان پاسخ‌های غلطی به درد دادند. پژوهش برکینگ و همکاران (۲۰۰۸) با موضوع مهارت‌های تنظیم هیجان به عنوان هدف روان درمانی، نشان دادند که مهارت‌های پذیرش، تحمل و اصلاح فعال احساسات منفی برای سلامت روان و نتایج درمانی مهم است. به طوری که با جایگزینی مهارت‌های تنظیم هیجان در درمان شناختی-رفتاری می‌توان اثرات آن را افزایش داد. همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که مهارت‌های تنظیم هیجان سلامت روان در آینده را پیش بینی می‌کند و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان با الگوی آسیب شناسی روانی آمیختگی کامل دارد و در بسیاری از اختلالات روانشناختی نقص در این مهارت‌ها دیده می‌شود. پس توجه به این مهارت‌ها در درمان و بهبود درد مزمن، امری ضروری محسوب می‌شود و می‌تواند در مدیریت درد مزمن نقش بسزایی را ایفا کند.

منابع

- خانی پور، حمید؛ سهرابی، فرامرز و طباطبایی، سعید (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۱)، ۸۲-۷۱.
- کشاوری، مریم؛ دادگری، علی و میری، فرشته (۱۳۸۶). ارزیابی فرم کوتاه شده پرسش‌نامه درد مک‌گیل در زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به زایشگاه فاطمیه شاهرود. *مجله دانش و تندرستی*، ۲، ۳۴-XX.
- یوسفی، فریده (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۴)، ۸۹۲-۸۷۱.
- American Psychological Association (2012). *Managing Chronic Pain: How Psychologists Help With Pain Management* .?
- Berking, M., Wupperman, P., Alexander Reichardt, P., Tanja Dippel, A., & Hansjorg, Z. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
- Engeler, D., Baranowski, A. P., Dinis-Oliveria, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, E., Ophoven A., & Williams, A. (2013). The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? *European Association of Urology*, 64, 431-439.
- Paqueta, C., Kergoata C., & Marie-Jeanne D. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: Insights from a prospective within-day assessment. *The journal of Pain*, 115, 355-365.
- Ruiz-Aranda, D., Salguero, J., & Fernandez-Berrocal, P. (2010). Emotional Regulation and Acute Pain Perception in Woman. *The journal of Pain*, 11(6), 546-569.
- Vaajoki, A. (2013). We have to take Pain Definition, Pain Management and Results of Non-pharmacological Studies Seriously. *Altern Integ Med*, 2, 7-XX.
- Wang, F. (2011). *Psychological Strategies in Pain Management: Optimizing Procedures in clinics*. Pain management.