



رابطه تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی کلینیک‌های درد مشهد

علی عرفانی سیار^۱، مریم السادات متولی^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران علوم پزشکی، تهران، ایران

Ali.311281.erf@gmail.com

۲- دکترای حرفه ای پزشکی عمومی، کارشناسی ارشد بهداشت عمومی MPH، رئیس و عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت و مهندسی

پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران علوم پزشکی، تهران، ایران

motevalli2003@yahoo.com

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی کلینیک‌های درد مشهد بود. پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. همچنین در این تحقیق، محقق از هر دو روش گردآوری اطلاعات میدانی (پرسشنامه) و کتابخانه‌ای (کتب و مقالات) برای تحقیق استفاده کرد. همچنین پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است زیرا از نتایج آن می‌توان به منظور بهبود وضعیت متغیرها استفاده کرد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد مشهد که توسط پزشک تشخیص ابتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی گرفته باشند در سه ماهه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به دلیل غیر قابل شمارش بودن تعداد اعضای جامعه آماری، به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی قاعده تباچنیک و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد. بر اساس فرمول پیشنهادی، تعداد حجم نمونه ۱۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس در نظر گرفته شد. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های تنظیم رفتاری هیجان کرایچ و گارنفساکی (۲۰۱۹)، سبک زندگی کرن و همکاران (۱۹۹۷) و شدت درد مک گیل (۲۰۰۹) استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون همبستگی، بین کناره‌گیری یا عقب نشینی با شدت درد ($r=0/168$) و بین نادیده گرفتن با شدت درد ($r=0/159$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین، بین کناره‌آمدن با شدت درد ($r=-0/190$) رابطه منفی و بین محتاط بودن با شدت درد ($r=0/202$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

واژگان کلیدی: تنظیم رفتاری هیجان، سبک زندگی، شدت درد، بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی.



مقدمه

اختلال درد مزمن اسکلتی یک وضعیت شایع است که در آن افراد درد مزمن شدید و مستمری را گزارش می کنند که عمدتاً محدود به ناحیه اسکلتی و عضلانی می شود. این اختلال می تواند بر کیفیت زندگی، توانایی کار کردن و روابط اجتماعی افراد تأثیر منفی گذاشته و منجر به تنش، اضطراب و افسردگی شود. بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی اغلب از حساسیت افزایش یافته نسبت به درد، خستگی مزمن، و عملکرد ضعیف رنج می برند. تشخیص و درمان مؤثر این وضعیت پیچیده مشکل است و به طیفی از رویکردهای درمانی مانند دارودرمانی، رواندرمانی، فیزیوتراپی و مداخلات جراحی نیاز دارد (مک پارلند^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع دردهای مزمن در سراسر جهان رو به افزایش است به طوری که، در حدود ۲۵ درصد از مبتلایان به درد مزمن با علائمی فراتر از درد مانند افسردگی و اضطراب که زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهند، به سندرم درد مزمن مبتلا می شوند. درد مزمن جنبه های مختلفی از زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین فردی، شغلی و فیزیکی را تحت تأثیر قرار می دهد و هزینه های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می نماید. دردهای مزمن، نمونه ای از دردهایی هستند که تأثیر آن روی بیمار، اهمیت اساسی در تعیین شدت درد که به طور متقابل بر زندگی روزمره سایه می افکند، دارد (راوات^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). از جمله عوامل تأثیرپذیر از دردهای مزمن می تواند شدت درد در افراد باشد. براساس بررسی های انجام شده بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی اغلب درد مزمن شدید و غیرقابل تحملی را تجربه می کنند که به طور مداوم به مدت ماه ها یا سال ها ادامه می یابد.

شدت درد، ناشی از یک تعامل پیچیده بین یک محرک درد و عوامل مختلف شناختی و عاطفی است (گارنس^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). درد به عنوان یک مشکل عمده بهداشت عمومی شناخته شده و بار اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی را به همراه دارد. علاوه بر این، شدت درد نه تنها بیمار را تحت تأثیر قرار می دهد (هم به عنوان یک مشکل حسی و عاطفی) بلکه بر خانواده وی نیز تأثیر می گذارد. در حقیقت؛ شدت، مدت زمان یا محل درد تأثیر تعیین کننده ای بر عملکرد جسمی بیمار دارد، از فعالیت بدنی آن ها کاسته می شود و حتی باعث ناتوانی می شود که به نوبه خود بر سایر جنبه های زندگی روزمره آن ها نیز تأثیر می گذارد (زانینی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). بیماران عواقب گسترده ای از شدت درد را، از دست دادن لذت زندگی، کاهش بهزیستی عاطفی، خستگی، ضعف، مشکلات مربوط به خواب توصیف می کنند همچنین علائم روانشناختی واکنشی، مانند افسردگی و اضطراب، ممکن است نقش مهمی در شدت درد داشته باشند (کیم^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). تأکید بر اهمیت شدت درد امری ضروری است چرا که بیماران مبتلا به دردهای مزمن می توانند شدت درد بسیار بالایی را تحمل کنند. برای رسیدگی به این

۱. McParland
۲. Ravat
۳. Garnæs
۴. Zanini
۵. Kim

مسائل، به طور معمول متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بطور فزاینده‌ای از یک چارچوب جامع یا روانشناختی روانی- اجتماعی استفاده می‌کنند (هیلمر^۱ و همکاران، ۲۰۲۱) که مهمترین آن بررسی عوامل مرتبط یا کنترل کننده آن می‌باشد.

در همین زمینه پژوهش انجام شده توسط راسل و پارک^۲ (۲۰۱۸) یکی از عوامل مرتبط با شدت درد را تنظیم رفتاری هیجان مطرح کرده‌اند. تنظیم رفتاری هیجان، فرآیندهای مداوم و فرآیندهایی که افراد برای مدیریت و تغییر واکنش‌های عاطفی خود، تقویت یا تضعیف آن‌ها و تسهیل یا اخلال در نمود آن‌ها به کار می‌گیرند (سوتوارد^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارتی، تلاش برای اداره، تعدیل یا تغییر واکنش‌های عاطفی و رفتارهای هیجانی یک شخص تعریف می‌شود. تنظیم رفتاری هیجان دارای پنج زیرمقیاس مفهومی مجزا بوده و هر مقیاس به چهار گویه مربوط شده است و اشاره به آنچه دارد که افراد پس از رویارویی با وقایع استرس‌زا انجام می‌دهند. زیرمقیاس‌های آن شامل، ایجاد حواس پرتی، کنارکشیدن، رویکرد فعال، کسب حمایت اجتماعی و نادیده گرفتن است (انگلس^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). به طور کلی، توانایی تنظیم هیجانات به افراد این اجازه را می‌دهد که در مواجهه با موقعیت‌هایی که ممکن است خطرناک باشند، از راهبردهای مناسبی استفاده کنند. تنظیم هیجان به عنوان یک فرایند شناختی که در طی آن فرد می‌تواند نحوه تجربه و اظهار هیجانات خود را کنترل کند. افرادی که توانایی تنظیم هیجان خود را دارای توانمندی بیشتری در تعامل با دیگران و حل مسائل پیچیده هستند. این توانایی همچنین می‌تواند بهبود قابل توجهی در سطح استرس و اضطراب افراد ایجاد کند و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها را تضمین می‌کند (مالاگلی^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، داشتن مهارت تنظیم هیجان به عنوان یک روش موثر برای کاهش شدت درد پیشنهاد می‌شود. زیرا، افرادی که می‌توانند هیجانات منفی مرتبط با درد مزمن خود را بهتر تنظیم کنند، احتمالاً شدت درد گزارش شده آن‌ها کمتر خواهد بود و تحمل درد مزمن آن‌ها بیشتر خواهد بود. وقتی یک فرد می‌تواند احساسات منفی مانند ترس، نگرانی و عصبانیت ناشی از درد مزمنش را کاهش دهد، تجربه درد ممکن است کمتر آزاردهنده و غیرقابل تحمل به نظر برسد. همچنین، فرد می‌تواند با به کارگیری مثبت و مؤثرتر راهبردهای مقابله مانند مراقبت عملکردی و تمرکز مجدد، واکنش هیجانی خود به درد را تنظیم کند. به این ترتیب، تنظیم رفتاری هیجان می‌تواند با کاهش رنج روانی مرتبط با درد مزمن، تحمل آن را افزایش دهد (گرینوی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر، نتایج پژوهش گوتکی^۷ و همکاران (۲۰۲۱) یکی دیگر از عوامل مرتبط با شدت درد را انتخاب سبک زندگی افراد دانسته‌اند. سبک زندگی، روشی برای زندگی افراد، خانواده‌ها و جوامع که در مقابله با محیط‌های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود، روز به روز آشکار می‌کنند (هنریچ^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارتی، سبک زندگی الگویی برآمده از ارزش‌ها و باورهای مشترک یک گروه یا جامعه است که به صورت رفتارهای مشترک ظاهر می‌شود (ایلدیز^۹، ۲۰۲۱). از سوی دیگر آن را ترکیبی از تعیین عوامل نامشهود یا ملموس در نظر گرفته‌اند. عوامل ملموس به طور خاص به متغیرهای جمعیتی، یعنی

-
۱. Hillmer
 ۲. Russell & Park
 ۳. Southward
 ۴. English
 ۵. Malagoli
 ۶. Greenaway
 ۷. Gutke
 ۸. Henrich
 ۹. Yıldız

مشخصات دموگرافیک فرد مربوط می‌شوند، در حالی که عوامل نامشهود مربوط به جنبه‌های روانشناختی یک فرد مانند ارزش‌های شخصی، ترجیحات و دیدگاه‌ها است (ولتن^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). سبک‌های زندگی دارای ویژگی‌هایی همچون: ۱- بیانگرانه بودن: به طوری که افراد و گروه‌ها از طریق رفتارهای هدفمند خود را به دیگران معرفی کنند. ۲- انتخابی بودن: یعنی افراد و گروه‌ها به صورت آگاهانه یک راه را برای معرفی خود انتخاب کنند و هرچه انتخاب‌های پیش روی فرد برای انتخاب بیشتر باشد به معنای گستردگی ساختار اجتماعی و آزادتر بودن فرد از قیدها و موانع بیرونی و درونی است. ۳- مشخص کننده و متمایز کننده بودن: به معنای تفکیک کردن افرادی که در ابعاد مختلف دارای رفتارهای مشابه هستند از کسانی که در همان موقعیت رفتارهای متفاوتی دارند است (چو و کیم^۲، ۲۰۲۱). سبک زندگی می‌تواند تأثیر مهمی بر شدت درد در افراد مبتلا به درد مزمن داشته باشد. افراد با سبک زندگی غیرسالم، مانند فعالیت بدنی کم، دیت نامناسب و مصرف دخانیات، احتمالاً شدت بالاتری از درد را تجربه خواهند کرد. این رابطه احتمالاً از طریق چندین مکانیسم عمل می‌کند. ابتدا، فعالیت بدنی ناکافی و وزن اضافه می‌تواند مشکلات عضلانی-اسکلتی را تشدید کند که منجر به افزایش درد می‌شود. دوم، دخانیات و دیت نامناسب می‌تواند التهاب و عوامل دیگری را افزایش دهد که منجر به تشدید علائم درد می‌شوند. سوم، استرس کمبودی ناشی از رژیم نامناسب و عادات غیرسالم می‌تواند منجر به افزایش اضطراب و افسردگی شود که در نتیجه باعث افزایش درک درد می‌شود. درمان مؤثر درد مزمن مستلزم تغییر عادات زندگی است که شامل فعالیت بدنی منظم، دیت متعادل، قطع مصرف دخانیات و مدیریت استرس می‌شود. سبک زندگی سالم می‌تواند با کاهش التهاب، اضطراب و افسردگی و تقویت سلامت عمومی، شدت درد را کاهش دهد (لاهوس^۳ و همکاران، ۲۰۲۲).

در توضیح رابطه تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی می‌توان گفت، با توانایی بهتر برای تنظیم واکنش‌های عاطفی مرتبط با درد و سبک زندگی سالم تر، بیماران می‌توانند شدت احساس درد خود را کاهش دهند. تنظیم رفتاری هیجان مناسب می‌تواند با کاهش اضطراب، افسردگی و خشم ناشی از درد مزمن منجر به کاهش احساس درد شود. سبک زندگی سالم نیز می‌تواند با کاهش التهاب، استرس و تشدید علائم درد منجر به کاهش درد شود. این دو عامل ممکن است به طور متقابل نیز بر هم اثر گذارند؛ به عنوان مثال، بهبود تنظیم رفتاری هیجان می‌تواند منجر به انتخاب رفتارهای سالم تر شود که سپس منجر به کاهش بیشتر در شدت درد می‌شود. درمان مؤثر اختلال درد مزمن اسکلتی باید به این تأثیرات متقابل توجه کند و تلاش کند تا با بهبود مدیریت استرس، تنظیم هیجان، سبک زندگی سالم و تکنیک‌های تسکین درد، شدت درد را کاهش دهد. با این حال پژوهش‌های کافی در زمینه بررسی رابطه یا نقش این متغیرها در کاهش شدت درد افراد مبتلا به دردهای مزمن انجام نشده است. تنها در برخی از پژوهش‌ها همچون لاهوس و همکاران (۲۰۲۲) رابطه سبک زندگی و دردهای مزمن سرطانی و سریسوپا^۴ و همکاران (۲۰۲۱) نقش تنظیم شناختی هیجان در مدیریت درد بررسی و تایید شده است. اما با توجه به بررسی‌های پژوهشگر تا کنون در هیچ پژوهشی به بررسی رابطه تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی به طور همزمان مبادرت نشده است. لذا پژوهش حاضر به

۱. Velten
۲. Cho & Kim
۳. Lahousse
۴. Srisopa

دنبال پاسخ این سوال است که آیا بین تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی رابطه وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. همچنین در این تحقیق، محقق از هر دو روش گردآوری اطلاعات میدانی (پرسشنامه) و کتابخانه‌ای (کتب و مقالات) برای تحقیق استفاده کرد. همچنین پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است زیرا از نتایج آن می‌توان به منظور بهبود وضعیت متغیرها استفاده کرد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد مشهد که توسط پزشک تشخیص ابتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی گرفته باشند در سه ماهه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به دلیل غیر قابل شمارش بودن تعداد اعضای جامعه آماری، به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی قاعده تباچنیک و فیدل^۱ (۲۰۰۷) استفاده شد. بر اساس فرمول پیشنهادی، حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول $n < m + 50$ ($p < 0.05$) محاسبه شد. در این فرمول n حجم نمونه، p عدد ثابت که عددی بین ۵ تا ۱۵ است و m تعداد مولفه‌های متغیرهاست. بر اساس این قاعده تعداد افراد نمونه به این شرح بود: $160 = 50 + (10 \times 11)$ که در آن تعداد مولفه‌های متغیرها عدد ۱۱ (۵ تنظیم رفتاری هیجان، ۵ سبک زندگی و ۱ شدت درد) و تعداد نمونه ۱۶۰ نفر بود. افراد نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با مراجعه به کلینیک‌های درد مشهد و درخواست همکاری از مبتلایان به اختلال درد مزمن اسکلتی و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج نمونه گردآوری شد. داده‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه‌های تنظیم رفتاری هیجان کرایج و گارنفسکی^۲ (۲۰۱۹)، سبک زندگی کرن^۳ و همکاران (۱۹۹۷) و شدت درد مک‌گیل^۴ (۲۰۰۹) گردآوری شد.

تنظیم رفتاری هیجان: کرایج و گارنفسکی (۲۰۱۹) این پرسشنامه را جهت اندازه‌گیری راهبردهای مقابله رفتاری در تکمیل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان که تنها روی مقابله شناختی متمرکز بود تهیه کردند. این پرسشنامه شامل پنج مقیاس مفهومی مجزا است که هر مقیاس از ۴ ماده تشکیل شده است. این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (۱ تقریباً هرگز تا ۵ تقریباً همیشه). بنابراین دامنه نمره هر زیرمقیاس از ۴ تا ۲۰ بود. زیرمقیاس‌ها عبارتند از (۱) پرت کردن حواس، (۲) کناره‌گیری یا عقب نشینی، (۳) رویکرد فعالانه، (۴) جستجوی حمایت اجتماعی، و (۵) نادیده گرفتن. سازندگان آزمون جهت بررسی روایی مقیاس از تحلیل اکتشافی استفاده کردند، و بر اساس ارزش ویژه با تر از ۰,۱ تعداد ۵ عامل استخراج گردید که روی هم ۷۸,۶ درصد از کل واریانس کل را تبیین می‌کرد. بار عاملی شناسایی شده برای تک تک سوالات بین ۰,۷۹ تا ۰,۹۴ متغیر بود. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در مطالعه کرایج و گارنفسکی (۲۰۱۹) با نمونه متشکل از ۴۵۷ بزرگسال از جمعیت عمومی مورد بررسی قرار گرفته است و در آن پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های تلاش برای پرت کردن حواس ۰,۸۶، برخورد فعالانه ۰,۹۱، تلاش برای جلب حمایت اجتماعی ۰,۹۱، نادیده گرفتن ۰,۸۹ و کناره‌گیری ۰,۹۳ بدست آمد. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در دامنه ۰,۴۷ تا ۰,۷۵ به دست آمده و روایی همزمان آن نیز ۰,۶۷ گزارش شده است.

۱. Tabachnic & Fidell

۲. Kraaij & Garnefski

۳. Kern

۴. McGill

سادات رسول و عزیزاده فرد (۱۴۰۰) به اعتبار سنجی این پرسشنامه در جامعه ایرانی پرداخته اند. آن ها گزارش کرده اند که: نتایج نشان داد ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی ۰,۸۲ و آلفای کرونباخ ۰,۷۳ بود، که حاکی از پایایی مطلوب آن است. همچنین نتایج تحلیل عامل اکتشافی نیز بیانگر وجود پنج عامل پرت کردن حواس، عقب نشینی، رویکرد فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، و نادیده گرفتن بود که در مجموع ۶۶,۸۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کرد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰,۸۶ بدست آمد.

سبک زندگی: پرسشنامه سبک زندگی توسط کرن و همکاران (۱۹۹۷) به منظور سنجش سبک زندگی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۶۲ سوال و شامل ۵ خرده مقیاس اصلی تعلق - علاقه؛ کنار آمدن؛ مسئولیت پذیری؛ نیاز به تایید و محتاط بودن می باشد و بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (وقتی من بچه بودم، هنگامی که کاری را درست انجام می دادم دوست داشتم مورد توجه قرار گیرم) به سنجش سبک زندگی می پردازد. نمره گذاری گزینه ها به این صورت انجام می شود که نمره یک برای کاملا مخالف تا نمره پنج برای کاملا موافق در نظر گرفته می شود و پانزده سوال نیز بطور معکوس نمره گذاری می شود که عبارتند از (عبارات شماره ۵۹، ۵۵، ۵۴، ۵۲، ۴۹، ۴۰، ۳۵، ۳۰، ۲۶، ۱۲، ۴ و ۶۰). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش بشیری (۱۳۸۶) برای این پرسشنامه بالای ۰,۷ برآورد شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰,۹۰ بدست آمد.

شدت درد: پرسشنامه تجدید نظر شده شدت درد مک گیل (۲۰۰۹) توسط دورکین^۱ و همکاران به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک گیل با اضافه کردن نشانه های هر دو نوع درد نوروپاتیک و غیر نوروپاتیک در ۲۲ ماده و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن با دامنه ی ۱ تا ۱۰ در رابطه با شدت درد مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها نشان دهنده اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسشنامه بود. در ایران تنهایی و همکاران (۱۳۹۱) ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه را بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی اعتبار رضایت بخش پرسشنامه مک گیل را نشان داد. هم چنین مقایسه بیماران دارای درد و فاقد درد از نظر ابعاد پرسشنامه، شواهدی در حمایت از روایی ملاکی پرسشنامه فراهم کرد. بررسی روایی محتوایی پرسشنامه نیز حاکی از کفایت آن برای سنجش درد در بیماران بود. بررسی پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن نشان دهنده پایایی قابل قبول مقیاس بود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰,۷۹ بدست آمد.

یافته ها

در این پژوهش تعداد ۱۶۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به کلینیک های درد مشهد شرکت کردند. از مجموع این ۱۶۰ نفر، ۲۸/۱ درصد کمتر از ۲۰ سال، ۵۷/۵ درصد ۲۰-۳۰، ۸/۱ درصد ۳۱-۴۰، ۳/۱ درصد ۴۱-۵۰ و ۳/۱ درصد ۵۰ سال به بالا بودند. ۸۵/۶ درصد مجرد و ۱۴/۴ درصد متاهل بودند. ۰/۶ درصد زیردبلم، ۲۹/۴ درصد دبلم، ۳/۸ درصد فوق دبلم، ۴۹/۴ درصد کارشناسی و ۱۶/۹ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۹۰/۶ درصد ۰-۵ سال، ۵/۶ درصد ۶-۱۰ سال، ۱/۳ درصد ۱۶-۲۰ سال، ۱/۳ درصد ۲۱-۲۵ سال و ۱/۳ درصد ۲۵ سال به بالا سابقه شغلی داشتند.

۱. Dworkin

جدول ۱: آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	بیشترین	کمترین	تعداد	منبع متغیر	
۴۴/۲۹	۸۳/۲۸	۲۰۱	۲۲	۱۶۰	شدت درد	
۲/۶۶	۱۲/۳۹	۱۹	۶	۱۶۰	پرت کردن حواس	تنظیم رفتاری هیجانی
۳/۷۹	۱۱/۸۴	۲۰	۴	۱۶۰	کناره گیری یا عقب نشینی	
۲/۹۸	۱۳/۷۰	۲۰	۷	۱۶۰	برخورد(رویگرد) فعال	
۳/۸۲	۱۳/۶۹	۲۰	۴	۱۶۰	جستجوی حمایت اجتماعی	
۳/۹۲	۱۰/۴۱	۲۰	۴	۱۶۰	نادیده گرفتن	سبک زندگی
۳/۵۳	۲۴/۸۰	۳۳	۱۶	۱۶۰	علاقه اجتماعی	
۳/۵۵	۳۲/۵۴	۴۱	۲۴	۱۶۰	کنار آمدن	
۶/۳۷	۲۲/۹۳	۳۹	۱۱	۱۶۰	مسئولیت پذیری	
۳/۶۸	۲۶/۵۱	۳۵	۱۷	۱۶۰	نیاز به تایید	
۴/۰۴	۱۴/۳۱	۲۵	۶	۱۶۰	محتاط بودن	

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش را به تفکیک نشان می دهد. به منظور بررسی رابطه تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی کلینیک-های درد مشهد از آزمون رگرسیون خطی همزمان استفاده شد. لذا قبل از اجرای مدل رگرسیونی، پیش فرض های این روش آماری شامل ۱. پیش فرض نرمال بودن توزیع تک متغیری، ۲. پیش فرض عدم هم خطی چندگانه، ۳. پیش فرض استقلال بین خطاها و ۴. پیش فرض وجود رابطه بین نمرات متغیرهای وابسته مورد بررسی و تایید قرار گرفتند.

جدول ۲: جدول تحلیل واریانس و خلاصه مدل رگرسیونی برای بررسی معناداری مدل رگرسیونی

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig.	R	R ^۲	AR ^۲
شدت درد	رگرسیون	۳۵۸۵۱/۸۷۲	۱۰	۳۵۸۵/۱۸۷					
	باقیمانده	۲۷۶۰۰۲/۴۷۵	۱۴۹	۱۸۵۲/۳۶۶	۱/۹۳	۰/۰۴۵	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۰۵
	مجموع	۳۱۱۸۵۴/۳۴۴	۱۵۹	-					

بر اساس اطلاعات جدول ۲، میزان معناداری F برای شدت درد با درجه آزادی ۱۰ و ۱۴۹ کمتر از میزان ۰/۰۱ محاسبه شده است که این امر بیان گر این است که مدل رگرسیونی در سطح ۰/۰۴۵٪ معنادار است ($p < 0/05$ و $F(10, 149) = 1/93$) و متغیرهای تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی به خوبی می توانند شدت درد را پیش بینی کنند. همچنین، شدت همبستگی بر اساس مقدار ضریب همبستگی چندگانه برای شدت درد برابر با ۰/۱۱ می باشد و مجذور R تعدیل شده برابر ۰/۰۵ می باشد،

که نشان می دهد ۵ درصد از تغییرات متغیر ملاک یعنی شدت درد، می تواند توسط متغیرهای تنظیم رفتاری هیجان و سبک زندگی تبیین شود.

جدول ۳: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین تنظیم رفتاری هیجان با شدت درد

متغیر	شاخص پرت کردن حواس	کناره گیری یا عقب نشینی	برخورد(رویکرد) جستجوی حمایت اجتماعی	نادیده گرفتن
شدت درد	R Sig	۰/۱۱۶ ۰/۱۴۲	۰/۱۶۸* ۰/۰۳۳	۰/۰۶۶ ۰/۴۰۷

N=۱۶۰

**معناداری در سطح ۰/۰۵

با توجه به نتیجه آزمون همبستگی، بین کناره گیری یا عقب نشینی با شدت درد با ضریب همبستگی $r=0/168$ ($T=0/168$) و بین نادیده گرفتن با شدت درد با ضریب همبستگی $r=0/159$ ($T=0/159$) در سطح ۰/۰۵ رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

جدول ۴: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین سبک زندگی با شدت درد

متغیر	شاخص علاقه اجتماعی	کنار آمدن	مسئولیت پذیری	نیاز به تایید	محتاط بودن
شدت درد	R Sig	-۰/۰۸۱ ۰/۳۰۸	-۰/۱۹۰* ۰/۰۱۶	۰/۰۳۶ ۰/۶۵۳	۰/۲۰۲* ۰/۰۱۰

N=۱۶۰

**معناداری در سطح ۰/۰۵

با توجه به نتیجه آزمون همبستگی، بین کنار آمدن با شدت درد با ضریب همبستگی $r=-0/190$ ($T=-0/190$) در سطح ۰/۰۵ رابطه منفی معناداری و بین محتاط بودن با شدت درد با ضریب همبستگی $r=0/202$ ($T=0/202$) در سطح ۰/۰۵ رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

بحث در یافته ها

بر اساس نتایج آزمون همبستگی، بین کناره گیری یا عقب نشینی با شدت درد ($r=0/168$) و بین نادیده گرفتن با شدت درد ($r=0/159$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعات سعیدی و همکاران (۱۴۰۱)، جهانگیری و همکاران (۱۴۰۱)، انصاری و آقابابایی (۱۳۹۹)، آریاوند و همکاران (۱۳۹۸)، سربسوپا و همکاران (۲۰۲۱) و راسل و پارک (۲۰۱۸) همسو است. یافته های حاصل از مطالعه سعیدی و همکاران (۱۴۰۱) بیانگر آن است که مؤلفه های درد مزمن بر اساس تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن قابل پیش بینی است. جهانگیری و همکاران (۱۴۰۱) طی پژوهشی نمایان ساختند که سبک های دلبستگی و استحکام من با میانجی گری تنظیم شناختی هیجان اثر غیرمستقیمی بر سازگاری با درد دارند. یافته های بررسی انصاری و آقابابایی (۱۳۹۹) حاکی از آن است که راهبردهای تنظیم هیجان قادر به پیش بینی ادراک درد در زنان خانه دار هستند. نتایج مطالعه آریاوند و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که نقش واسطه ای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد - سرکوب) در رابطه بین منبع کنترل درونی و شدت درد تایید شد. سربسوپا و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نمایان ساختند که بین به کارگیری

مهارت‌های تنظیم هیجان و مدیریت درد رابطه معناداری وجود دارد. راسل و پارک (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای مشخص کردند که رابطه مثبت و معناداری بین تنظیم هیجان و خودمدیریتی درد در افراد وجود دارد. در این بررسی مشخص شد که بین کناره‌گیری به عنوان یکی از مولفه‌های تنظیم رفتاری هیجان با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی رابطه مثبت وجود دارد. در ارتباط با تبیین این یافته می‌توان گفت که، کناره‌گیری به عنوان یک استراتژی منفی برای مدیریت و کنترل رویدادهای استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود. براساس این سبک تنظیم رفتاری فرد تلاش می‌کند با انجام دادن فعالیت‌های متفاوت، توجه خود را از موقعیت‌های استرس‌زا منحرف کند (جوورمن و استنتون^۱، ۲۰۲۱). کناره‌گیری به عنوان یک استراتژی منفی برای مدیریت رویدادهای استرس‌زا، می‌تواند منجر به افزایش تمرکز بر درد و در نتیجه تشدید احساس درد شود. این رویکرد، که گاهی اوقات به منظور فرار یا اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌شود، ممکن است در کوتاه‌مدت احساس راحتی ایجاد کند، اما در بلندمدت باعث می‌شود فرد کمتر قادر به رویارویی و مدیریت مؤثر استرس‌های زندگی باشد. استفاده از استراتژی‌های کناره‌گیری می‌تواند در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی، منجر به ایجاد چرخه‌ای معیوب شود که در آن اجتناب از فعالیت‌ها و تجربیاتی که ممکن است درد را تشدید کنند، به کاهش فرصت‌ها برای یادگیری راه‌های سالم‌تری برای مدیریت درد و استرس منجر می‌شود. این رویکرد نه تنها بر شدت درد تأثیر می‌گذارد بلکه می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد، سطح فعالیت و تعاملات اجتماعی او نیز اثر بگذارد. یافته دیگر این بررسی نشان داد که بین نادیده گرفتن به عنوان یکی دیگر از مولفه‌های تنظیم رفتاری هیجان با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی رابطه مثبت وجود دارد. نادیده گرفتن و تغییر تمرکز به فعالیت‌های دیگر، به فرد کمک می‌کند با مشغولیت در کاری متفاوت، از فشارهای استرس‌زا دوری جوید. تغییر تمرکز به فعالیت‌های دیگر این امکان را فراهم می‌کند تا فرد برای مدتی استرس را کنار بگذارد و به ذهن خود استراحت دهد. در واقع نادیده گرفتن به معنای رویکردی است که در آن فرد به گونه‌ای رفتار می‌کند که انگار موقعیت استرس‌زا اصلاً وجود ندارد (جوورمن و استنتون، ۲۰۲۱). وجود این رابطه ممکن است در ابتدا متناقض به نظر برسد، زیرا نادیده گرفتن و تغییر تمرکز می‌تواند به عنوان یک راه‌حل موقت برای کاهش استرس در نظر گرفته شود. با این حال، در درازمدت، این استراتژی‌ها ممکن است به تشدید احساس درد منجر شوند، زیرا فرد فرصت‌هایی را برای یادگیری و به کارگیری روش‌های مقابله‌ای مؤثرتر از دست می‌دهد. نادیده گرفتن موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند به عنوان یک شکل از اجتناب شناختی تلقی شود که در آن فرد سعی می‌کند از پردازش احساسات، افکار یا اطلاعات ناراحت‌کننده اجتناب کند. اگرچه این رویکرد ممکن است در کوتاه‌مدت به کاهش استرس کمک کند، اما در بلندمدت می‌تواند منجر به افزایش شدت درد شود. این افزایش ممکن است به دلیل کاهش آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای باشد که لازم است تا فرد بتواند به طور مؤثر با چالش‌های زندگی روبرو شود. علاوه بر این، اجتناب شناختی ممکن است بر سیستم‌های بدنی تأثیر بگذارد و باعث افزایش حساسیت به درد شود. این امر می‌تواند از طریق مکانیزم‌های نوروفیزیولوژیکی رخ دهد که در تنظیم هیجان و ادراک درد نقش دارند. به عبارت دیگر، وقتی فرد از مواجهه با استرس‌ها و احساسات منفی خود اجتناب می‌کند، ممکن است بدون آنکه متوجه شود، زمینه را برای افزایش حساسیت به درد فراهم آورد و در نهایت شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی را افزایش دهد.

همچنین، سایر نتایج نشان داد، بین کنارآمدن با شدت درد ($r=-0/190$) رابطه منفی و بین محتاط بودن با شدت درد ($r=0/202$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج بررسی‌های جعفری و شیرعلیزاده (۱۴۰۲)، محمدی و همکاران

۱. Joormann & Stanton

(۱۴۰۰)، اسدی آیلار و همکاران (۱۳۹۳)، رحیمیان بوگر و رستمی (۱۳۹۱)، لاهوس و همکاران (۲۰۲۲) و گوتکی و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. جعفری و شیرعلیزاده (۱۴۰۲) در مطالعه خود نشان دادند که سبک زندگی در پیش‌بینی شدت درد بر اساس ابرازگری هیجانی مثبت و منفی در زنان مبتلا به سرطان سینه نقش واسطه‌ای معناداری دارد. محمدی و همکاران (۱۴۰۰) طی پژوهشی نمایان ساختند که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با پذیرش درد ارتباط مثبت و قوی دارد. یافته‌های مطالعه اسدی آیلار و همکاران (۱۳۹۳) حاکی از آن است که سبک زندگی اسلامی؛ به‌طور منفی درد بیماران سرطانی را تبیین می‌کند. رحیمیان بوگر و رستمی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که سبک زندگی به‌طور معنی‌داری سردرد میگرنی را پیش‌بینی می‌کند. لاهوس و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود مشخص ساختند که به کارگیری سبک زندگی سالم رابطه معناداری با کاهش درد دارد. نتایج بررسی گوتکی و همکاران (۲۰۲۱) بیانگر آن است که سبک زندگی سالم مستقیماً با پیشرفت دردهای مزمن در ارتباط است. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که بین کنار آمدن به عنوان یکی از سبک‌های زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی رابطه منفی وجود دارد. درارتباط با تبیین این یافته می‌توان گفت که، این رابطه نشان می‌دهد که چگونه فرآیندهای روانشناختی می‌توانند بر تجربه فیزیولوژیک درد تأثیر بگذارند و به عنوان پلی بین ذهن و بدن عمل کنند. درواقع هرچه فرد در کنار آمدن با شرایط زندگی و استرس‌های ناشی از آن مهارت بیشتری داشته باشد، ممکن است شدت درد کمتری را تجربه کند. این یافته‌ها تأکید می‌کنند بر اینکه چگونه رویکردهای مثبت و فعال نسبت به زندگی و مشکلات آن می‌توانند به کاهش احساس درد کمک کنند، حتی در میان افرادی که با درد مزمن دست و پنجه نرم می‌کنند. کنار آمدن به عنوان سبک زندگی، شامل استراتژی‌ها و روش‌هایی است که افراد برای مقابله با استرس، چالش‌ها و موقعیت‌های دشوار زندگی به کار می‌برند. این سبک می‌تواند شامل تکنیک‌های حل مسئله، جستجوی حمایت اجتماعی، استفاده از تفکر مثبت و ذهن‌آگاهی باشد. توانایی در کنار آمدن موثر با استرس نه تنها به کاهش تجربه درد کمک می‌کند بلکه می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی نیز بینجامد. به‌طور کلی می‌توان گفت افرادی که از استراتژی‌های مقابله‌ای فعال استفاده می‌کنند و احساس می‌کنند که می‌توانند بر موقعیت‌های استرس‌زا یا دردناک تأثیر بگذارند، معمولاً احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود دارند. این احساس کنترل می‌تواند به کاهش ادراک درد منجر شود، زیرا فرد احساس می‌کند که قادر به مدیریت وضعیت خود در هر موقعیتی است. یافته دیگر این مطالعه نشان داد که بین محتاط بودن به عنوان یکی دیگر از سبک‌های زندگی با شدت درد در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن اسکلتی رابطه مثبت وجود دارد. این رابطه مثبت ممکن است به این معنا باشد که افرادی که در زندگی خود بیش از حد محتاط هستند، ممکن است درد بیشتری را تجربه کنند. افرادی که بیش از حد محتاط هستند، ممکن است تمایل داشته باشند بیش از اندازه بر احتمال بروز خطرات و نگرانی‌ها تمرکز کنند. این حالت می‌تواند منجر به استرس مزمن و اضطراب شود که هر دو عامل می‌توانند تجربه درد را تشدید کنند. استرس و اضطراب مزمن می‌توانند باعث شوند که بدن در حالت هشدار مداوم قرار گیرد، که این امر می‌تواند حساسیت به درد را افزایش دهد. از طرفی محتاط بودن ممکن است منجر به اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی یا اجتماعی شود که احتمالاً مفید بوده و می‌تواند به کاهش درد کمک کنند. فعالیت فیزیکی می‌تواند به کاهش شدت درد کمک کند از طریق بهبود گردش خون و تقویت عضلات، که هر دو می‌توانند به کاهش فشار بر سیستم اسکلتی-عضلانی کمک کنند. افرادی که به دلیل محتاط بودن از این فعالیت‌ها اجتناب می‌کنند، ممکن است از این مزایا محروم شوند. همچنین محتاط بودن می‌تواند باعث تشدید واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به استرس شود که این خود به تشدید احساس درد منجر می‌شود. افزایش تولید هورمون‌های استرس مانند

کورتیزول می‌تواند به تشدید درد منجر شود، زیرا این هورمون‌ها می‌توانند حساسیت به درد را افزایش دهند و به التهاب در بدن منجر شوند.

منابع

اسدی آیلار، لایلا، عطادخت، اکبر و برهمند، اوشا. (۱۳۹۳). *ارتباط تیپ شخصیتی C، سبک زندگی اسلامی و مهارت‌های مقابله ای با درد در بیماران سرطانی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

انصاری، الهام و آقابابایی، سارا. (۱۳۹۹). *پیش بینی ادراک درد بر اساس رضایت زناشویی، باورهای فرا شناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در زنان خانه دار شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فیض الاسلام، دانشکده علوم انسانی.

آریاوند، رضا، نوری، حسنی، جعفر و زندی فر، عاطفه. (۱۳۹۸). *بررسی نقش واسطه ای تنظیم هیجان در رابطه بین منبع کنترل و شدت درد در افراد مبتلا به درد مزمن*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی.

بشیری، مژگان. (۱۳۸۶). *بررسی ویژگی های روانسنجی و هنجاریابی پرسشنامه شیوه ی زندگی بر روی جوانان ۱۸ تا ۴۰ سال. تازه ها و پژوهش های مشاوره ۶(۲۱)، ۶۹-۹۲*.

تنهایی، زهرا، فتحی آشتیانی، علی، امینی، محسن، واحدی، همایون و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۱). *اعتباریابی پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل بر روی بیماران مبتلا به IBS*. *گوارش، ۱۷(۲)، ۹۱-۹۶*.

جعفری، اصغر و شیر علیزاده، ثریا. (۱۴۰۲). *پیش بینی شدت درد بر اساس ابرازگری هیجانی در زنان مبتلا به سرطان سینه در زمان پاندمی کووید ۱۹: نقش واسطه ای سبک زندگی. نشریه مراقبت سرطان، ۲(۲)، ۱۳-۲۳*.

جهانگیری، جهانگیر، رنجبری پور، طاهره، پاشنگ، سارا، تاری مرادی، آرزو و بهرامی هیدجی، مریم. (۱۴۰۱). *بررسی نقش واسطه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد در بیماران مبتال به آرتریتروماتوئید. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۲، ۱۵۸*.

رحیمیان بوگر، اسحق و رستمی، رضا. (۱۳۹۱). *نقش پیش بین عوامل روانشناختی، اجتماعی- اقتصادی و سبک زندگی در سر درد میگرنی. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۲۰(۱)، ۸۶-۷۳*.

سادات رسول، سهیلا و علیزاده فرد، سوسن. (۱۴۰۰). *بررسی خصوصیات روان سنجی پرسشنامه تنظیم رفتاری هیجان. فصلنامه علمی روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۲(۴۴)، ۱۳-۲۴*.

سعیدی، نرگس، پورشاه آبادی، فریده، جرجانی، محسن، اکبریان، محسن و مفاخری، محراب. (۱۴۰۱). پیش بینی مؤلفه های درد مزمن بر اساس ذهنی سازی، تنظیم هیجان و همدلی در بیماران مبتلا به درد مزمن. *طب نظامی*، ۲۴(۸)، ۱۵۰۶-۱۵۱۶.

محمدی، حسینعلی، جبل عاملی، شیدا، حقایق، عباس و رنجبر کهن، زهره. (۱۴۰۰). الگوی ساختاری تاثیر سبک زندگی ارتقا دهنده ی سلامتی و تحمل پریشانی بر پذیرش درد مزمن در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - استخوانی: نقش میانجی درماندگی آموخته شده. *بیهوشی و درد*، ۱۲(۳)، ۳۵-۴۹.

Cho, S., & Kim, S. (۲۰۲۱). Does a healthy lifestyle matter? A daily diary study of unhealthy eating at home and behavioral outcomes at work. *Journal of Applied Psychology*, ۱۰۷(۱), ۲۳-۳۹

Dworkin, R.H., Turk, D.C., Revicki, D.A., Harding, G., Coyne, K.S., Peirce-Sandner, S., & et al. (۲۰۰۹). Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-۲). *Pain*; ۱۴۴, ۳۵-۴۲.

English, T., Eldesouky, L., & Gross, J. J. (۲۰۲۱). Emotion regulation: Basic processes and individual differences. In O. P. John & R. W. Robins (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (۴th ed., pp. ۵۲۳-۵۴۲). The Guilford Press.

Garnæs, K. K., Mørkved, S., Tønne, T., Furan, L., Vasseljen, O., & Johannessen, H. H. (۲۰۲۲). Mental health among patients with chronic musculoskeletal pain and its relation to number of pain sites and pain intensity, a cross-sectional study among primary health care patients. *BMC musculoskeletal disorders*, ۲۳(۱), ۱۱۱۵

Greenaway, K. H., Kalokerinos, E. K., Hinton, S., & Hawkins, G. E. (۲۰۲۱). Emotion experience and expression goals shape emotion regulation strategy choice. *Emotion*, ۲۱(۷), ۱۴۵۲-۱۴۶۹.

Gutke, A., Sundfeldt, K., & Baets, L. (۲۰۲۱). Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. Annelie Gutke et al. *J Clin Med*, (۱۲), ۲۳-۵۶.

Henrich, L. C., Antypa, N., & Van den Berg, J. F. (۲۰۲۱). Sleep quality in students: Associations with psychological and lifestyle factors. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. Advance online publication

- Hillmer, K., Kappesser, J., & Hermann, C. (۲۰۲۱). Pain modulation by your partner: An experimental investigation from a social-affective perspective. *PLoS ONE*, ۱۶(۷), Article e۰۲۵۴۰۶۹.
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (۲۰۲۱). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour research and therapy*, ۸۶, ۳۵-۴۹.
- Kern, R. M., Wheeler, M. S., & Curlett, W. L. (۱۹۹۷). *BASIS-A inventory interpretive manual: A psychological theory*. Highlands, NC: TRT Associated.
- Kim, S., Rohn, E. J., & Kratz, A. L. (۲۰۲۱). Linguistic indicators of chronic pain acceptance in individuals with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, ۶۶(۴), ۵۲۰-۵۳۱
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (۲۰۱۹). The behavioral emotion regulation questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*, ۱۳۷, ۵۶-۶۱.
- Lahousse, A., Roose, E., Leysen, L., Yilmaz, S. T., Mostaqim, K., Reis, F., Rheel, E., Beckwée, D., & Nijs, J. (۲۰۲۱). Lifestyle and Pain following Cancer: State-of-the-Art and Future Directions. *Journal of clinical medicine*, ۱۱(۱), ۱۹۵.
- Malagoli, C., Chiorri, C., Traverso, L., & Usai, M. C. (۲۰۲۱). Inhibition and individual differences in behavior and emotional regulation in adolescence. *Psychological Research*. Advance online publication.
- McParland, J. L., Andrews, P., Kidd, L., Williams, L., & Flowers, P. (۲۰۲۱). A scoping review to ascertain the parameters for an evidence synthesis of psychological interventions to improve work and wellbeing outcomes among employees with chronic pain. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, ۹(۱), ۲۵-۴۷
- Ravat S., Olivier, B., Gillion, N., P.T., & Lewis F. (۲۰۱۹). Laterality judgment performance between people with chronic pain and pain-free individuals. A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy Theory and Practice*, ۳۶(۱۲), ۱۲۷۹-۱۲۹۹.
- Russell, B., & Park, C. (۲۰۱۸). The Role of Emotion Regulation in Chronic Pain Self-Management. *ResearchGate*, ۳۳ (۶), ۲-۱۳.

- Southward, M. W., Sauer-Zavala, S., & Cheavens, J. S. (2021). Specifying the mechanisms and targets of emotion regulation: A translational framework from affective science to psychological treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(2), 168–182
- Srisopa, P., Cong, X., Russell, B., & Lucas, R. (2021). The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women from Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review. Pornpan Srisopa et al. *Pain Manag Nurs*, 22 (6), 783-790.
- Tabachnic, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *using multivariate statistics* (8th edn), Boston: Pearson Education.
- Velten, J., Bieda, A., Scholten, S., Wannemüller, A., & Margraf, J. (2018). Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, (18):632
- Yıldız, E. (2021). What can be said about lifestyle and psychosocial issues during the Coronavirus disease pandemic? First impressions. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 413–415.
- Zanini, S., & Voltolini, A., & Gragnano, G., & Fumagalli, E., & Pagnini, F. (2018). Changes in Pain Perception following Psychotherapy: The Mediating Role of Psychological Components. *Pain Research and Management*. 1-5.

The Relationship between Behavioral Emotion Regulation, Lifestyle and Pain Intensity in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain Disorders in Mashhad Pain Clinics

Ali Erfani Sayyar

MaryamAlsadat Motevali

Abstract

The purpose of the present study was to examine the relationship between emotional regulatory behavior and lifestyle with pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain disorders in Mashhad pain clinics. This study was descriptive and correlational. Also, in this research, the researcher used both field data collection methods (questionnaire) and library methods (books and articles) for the research. The present study is applied in terms of purpose because the results can be used to improve the situation of the variables. The statistical population of this study consisted of all patients referring to Mashhad pain clinics diagnosed by a doctor with chronic musculoskeletal pain disorder in the second quarter of ۱۴۰۲. Due to the uncountable number of members of the statistical population, to estimate the sample size, the proposed formula of Tabachnick and Fidell (۲۰۰۷) was used. Based on the proposed formula, the sample size of ۱۶۰ people was considered using the convenience sampling method. To collect information, questionnaires of emotional regulatory behavior by Craig and Garnofske (۲۰۱۹), lifestyle by Kern et al. (۱۹۹۷), and pain intensity by McGill (۲۰۰۹) were used. Based on the correlation test results, there is a significant positive relationship between withdrawal or retreat with pain intensity ($r=۰,۱۶۸$) and between ignoring with pain intensity ($r=۰,۱۵۹$). Also, there is a negative relationship between coping with pain intensity ($r=-۰,۱۹۰$) and a significant positive relationship between being cautious with pain intensity ($r=۰,۲۰۲$). Finally, none of the components of emotional regulatory behavior and lifestyle have the ability to predict pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain disorder.

Key words: Emotional regulatory behavior, Lifestyle, Pain intensity, Patients with chronic musculoskeletal pain disorder.