Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2026, Volume 12, Issue 2 10.22034/ijrn.12.2.126

Predicting Chronic Pain in Patients With Knee Pain: The Role of Catastrophic Fear and Pain Adaptation

Sareh Adibnia[1], Sara Pashang*[2], Biuok Tajari[2], Maryam Kalhornia Golkhar[2]

1- Department of Psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
2- Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

***Corresponding Author:** Sara Pashang, Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Email: sarapashang@yahoo.com

Received: 2025/09/28 Accepted: 2026/02/4

Abstract

Introduction: Knee pain is one of the most common causes of mobility disability in adults and, with wide-ranging physical and psychological consequences, markedly reduces quality of life and everyday participation. The present study aimed to develop a predictive model of chronic pain based on pain adaptation, with self-control as a mediating factor, in patients with knee pain.

Methods: This study was descriptive–correlational, used a structural equation modelling approach, and, in terms of purpose, was applied research. The statistical population comprised all patients with knee pain presenting to Milad Hospital in Tehran. Using purposive sampling, 250 participants were selected. Research instruments included the Pain Adaptation Questionnaire by Vowles and McCracken (2012), the Chronic Pain Grade Questionnaire by Von Korff et al. (1990), and the Self-Control Scale by Tangney et al. (2004). Path analysis and AMOS software were used for statistical analysis.

Results: The structural model provided a good fit to the collected data. The research hypotheses were confirmed, and self-control had an indirect effect and a mediating role in the relationship between pain adaptation and chronic pain in patients with knee pain. Accordingly, the hypothesized indirect relationship between pain catastrophizing and pain adaptation and chronic pain was confirmed with 99% confidence ($p< 0.01$). The direct relationship between self-control and chronic pain was also confirmed at the 99% confidence level. Thus, as self-control increases in patients with knee pain, the severity of chronic pain decreases.

Conclusion: Based on these findings, strengthening self-control skills and implementing interventions to enhance pain adaptation can be effective clinical strategies in treatment programs for patients with knee pain.

Keywords: Chronic Pain; Self-Control; Adaption; Knee Pain.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

زمستان ۱۴۰۴، دوره ۱۲، شماره ۲

10.22034/ijrn.12.2.126

پیش‌بینی درد مزمن بر اساس سازگاری درد با میانجی‌گری خودمهارگری در بیماران مبتلا به زانودرد

ساره ادیب‌نیا[۱]، سارا پاشنگ [۲*]، بیوک تاجری[۲]، مریم کلهرنیا گلکار[۲]

۱- گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۲- گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

*نویسنده مسئول: سارا پاشنگ، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
ایمیل: sarapashang@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۱۵

چکیده

مقدمه: زانو درد از شایع‌ترین علل ناتوانی حرکتی در بزرگسالان است که با پیامدهای جسمی و روان‌شناختی گسترده، کیفیت زندگی و مشارکت روزمره را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین مدل پیش‌بینی درد مزمن سازگاری درد با نقش میانجی گری خودمهارگری در بیماران مبتلا به زانودرد انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی و مدل یابی معادلات ساختاری و از منظر هدف، تحقیقی کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به زانودرد مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران بودند. نمونه پژوهش حاضر از نوع نمونه‌گیری هدفمند و به تعداد ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه سازگاری درد واولز و مک کران، پرسشنامه درد مزمن ون کورف و همکاران و مقیاس خودمهارگری تانجی و همکاران بود. به منظور تحلیل آماری داده ها، از آزمون تحلیل مسیر و نرم‌افزار AMOS استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که مدل ساختاری پژوهش حاضر با داده های گردآوری شده برازش مطلوب داشت. خودمهارگری در رابطه بین سازگاری درد و درد مزمن در بیماران مبتلا به زانودرد اثر غیرمستقیم و نقش میانجی داشت. رابطه غیرمستقیم بین سازگاری درد و درد مزمن وجود دارد. رابطهٔ مستقیم خودمهارگری و درد مزمن نیز تأیید شد. لذا با افزایش خودمهارگری در بیماران مبتلا به زانودرد، شدت درد مزمن کاهش پیدا می کند.

نتیجه گیری: بر اساس این یافته ها می توان نتیجه گیری کرد که تقویت مهارت‌های خودمهارگری و مداخلات ارتقای سازگاری با درد می‌تواند به‌عنوان راهبردهای بالینی مؤثر در برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به زانودرد به کار گرفته شود.

کلیدواژه ها: درد مزمن، خودمهارگری، سازگاری درد، بیماران مبتلا به زانودرد.

مقدمه

زانودرد یکی از شایع‌ترین اختلالات اسکلتی-عضلانی در سراسر جهان است که به‌ویژه در سالمندان و افراد مبتلا به بیماری‌های مفصلی زمینه‌ای مانند استئوآرتریت شیوع بالایی دارد (۱،۲). گزارش‌های اپیدمیولوژیک اخیر نشان می‌دهند که زانودرد یکی از علل اصلی محدودیت عملکردی، کاهش تحرک و ناتوانی در فعالیت‌های روزمره محسوب می‌شود و بار اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی را به نظام‌های سلامت تحمیل می‌کند (۳). این اختلال می‌تواند به‌صورت حاد، در اثر آسیب‌های ورزشی یا ضربه، و یا به‌صورت مزمن و پیشرونده در نتیجه فرسایش غضروف و التهاب مفصل زانو بروز یابد (۴).

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

بیماران مبتلا به زانودرد مزمن اغلب با علائمی نظیر درد پایدار، تورم، کاهش دامنه حرکتی، بی‌ثباتی مفصل و محدودیت عملکردی مراجعه می‌کنند که این عوامل به‌طور مستقیم با افت کیفیت زندگی و افزایش وابستگی عملکردی همراه است (۵،۶). درد مزمن به‌عنوان دردی تعریف می‌شود که بیش از سه ماه تداوم دارد و فراتر از دوره طبیعی ترمیم بافت باقی می‌ماند (۷). برخلاف درد حاد که کارکرد هشداردهنده دارد، درد مزمن به یک وضعیت پایدار و پیچیده تبدیل می‌شود که ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

بر اساس شواهد نوین، درد مزمن صرفاً یک پدیده زیستی نیست، بلکه تجربه‌ای چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی قرار دارد (۹). مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به درد مزمن، شیوع بالاتری از افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب و احساس ناتوانی را تجربه می‌کنند و این عوامل می‌توانند شدت درد ادراک‌شده و ناتوانی مرتبط با آن را تشدید کنند (۱۰،۱۱). در نتیجه، رویکردهای درمانی معاصر بر مدل زیستی-روانی-اجتماعی تأکید داشته و لزوم توجه هم‌زمان به مؤلفه‌های روان‌شناختی را در کنار درمان‌های پزشکی مطرح می‌کنند (۱۲).

در این چارچوب، سازگاری با درد به عنوان یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی کلیدی مورد توجه پژوهش‌های اخیر قرار گرفته است. سازگاری با درد به مجموعه پاسخ‌های شناختی، رفتاری و هیجانی فرد در مواجهه با درد مزمن اشاره دارد که تعیین‌کننده نحوه مدیریت درد و پیامدهای عملکردی آن است (۱۳). افراد دارای سازگاری مؤثر با درد، به‌جای اجتناب یا انفعال، از راهبردهای فعال مانند پذیرش، بازسازی شناختی، جست‌وجوی حمایت اجتماعی و حفظ مشارکت در فعالیت‌های معنادار استفاده می‌کنند (۱۴). شواهد نشان می‌دهد که سازگاری مؤثر با درد با کاهش شدت درد، بهبود عملکرد جسمانی و ارتقای کیفیت زندگی همراه است (۱۵). در مقابل، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد نظیر فاجعه‌سازی درد، نشخوار ذهنی و اجتناب رفتاری با افزایش شدت درد، ناتوانی و پریشانی روان‌شناختی ارتباط معناداری دارند (۱۶،۱۷). از این رو، تقویت سازه‌های روان‌شناختی تنظیم‌کننده رفتار و هیجان، به عنوان یکی از اهداف اصلی مداخلات روان‌شناختی درد مزمن مطرح شده است.

در این میان، خودمهارگری به‌عنوان یک سازه مهم خودتنظیمی، نقش قابل‌توجهی در مدیریت درد مزمن ایفا می‌کند. خودمهارگری به توانایی فرد در کنترل و تنظیم افکار، هیجانات و رفتارها در جهت دستیابی به اهداف بلندمدت اشاره دارد (۱۸). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که خودمهارگری بالا با پیروی بهتر از درمان، اتخاذ سبک زندگی سالم، کاهش واکنش‌های هیجانی منفی و مدیریت مؤثرتر درد همراه است (۱۹،۲۰). در مقابل، سطوح پایین خودمهارگری با رفتارهای اجتنابی، ناپایداری هیجانی، کاهش انگیزه درمانی و تشدید تجربه ذهنی درد مرتبط است (۲۱). یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که خودمهارگری می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی، رابطه بین سازگاری با درد و شدت درد مزمن را تبیین کند و از طریق تعدیل پاسخ‌های شناختی و رفتاری، بر تجربه درد اثر بگذارد (۲۲). با این حال، شواهد در زمینه نقش میانجی خودمهارگری در بیماران مبتلا به زانودرد همچنان محدود است.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی این فرض است که آیا خودمهارگری می‌تواند به‌عنوان یک سازوکار روان‌شناختی میانجی، رابطه میان سازگاری با درد و شدت تجربه درد مزمن را در بیماران مبتلا به زانودرد تبیین کند و بدین‌ترتیب زمینه‌ای علمی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند فراهم آورد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران مبتلا به زانودرد مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ بو تعداد این بیماران برابر با ۱۵۰۰ نفر مراجعه کننده به درمان بودند. چون حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی ۳۰ نفر به ازای هر متغیر هست (۲۳)، در این پژوهش به دلیل وجود سه متغیر ۹۰ نفر کفایت می‌کرد، برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش تعداد ۲۵۰ نفر واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل ابتلا به زانودرد مزمن، داشتن سواد کافی و توانایی برای پاسخگویی به سؤالات، فقدان اختلالات روان‌پزشکی بر اساس پرونده سلامت و تمایل به شرکت در پژوهش بود؛ و ملاک‌های خروج شامل عدم توانایی در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به همکاری در

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

پژوهش بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پژوهش شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش‌نامه‌های زیر بودند:
به منظور بررسی شدت درد مزمن از پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن ون کورف و همکاران (۲۴) استفاده شد که ۷ گزینه دارد و شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد را در یک طیف ۰ تا ۱۰ درجه‌ای می‌سنجد که ۰ به معنی بدون درد و ۱۰ به معنی بدترین درد ممکن است. آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۸ به دست آمد.
پرسشنامه خودمهارگری یک پرسشنامه خود گزارش دهی است که توسط تانجی و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است و از ۳۶ عبارت تشکیل شده است. این جملات در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً شباهت ندارد تا شباهت خیلی زیاد دارد در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه یک نمره کلی دارد و برخی آیتم‌های آن نیز مانند نسخه کوتاه این پرسشنامه نمره وارونه دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. پایایی پرسشنامه در مطالعه اصلی ۰/۸۷ به دست آمد (۲۵). در پژوهش حاضرآلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۷۷ به دست آمد.
پرسشنامه سازگاری درد مزمن، توسط واولز و مک کران (۲۰۱۲) ساخته شد. نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، سازگاری با مزمن را در قالب دو خرده مقیاس تعهد به فعالیت (۱۱ عبارت) و رضایت از درد (۹ عبارت) ارزیابی کرد. پاسخ دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای روبروی هر عبارت علامت بزند. نحوه محاسبه نمره کل سازگاری بدین‌صورت است که ابتدا عبارات مقیاس تعهد به فعالیت بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای، از صفر (اصلاً) تا ۶ (همیشه) و عبارات مقیاس رضایت از درد به طور معکوس، یعنی از ۶) اصلاً) تا صفر (همیشه) نمره‌گذاری شده است و سپس نمرات حاصل از دو خرده مقیاس با هم جمع می‌شوند. در این مقیاس، نمره بین صفر تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارامدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه‌آفرینی مورد تأیید قرار گرفت (۲۶). در پژوهش اخیر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.
داده های این پژوهش از طریق تکمیل پرسشنامه ها جمع آوری شد. به منظور فراهم نمودن زمینه برای اجرای پرسشنامه ها، به بیمارستان میلاد تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ مراجعه و همکاری آنان، جلب شد. در ابتدا و قبل از اینکه افراد شرکت کننده، پاسخگویی به سؤالات را شروع نمایند توضیحاتی مقدماتی در رابطه با اهداف پژوهش، مقیاس ها و نحوۀ تکمیل آنها، و اطمینان دهی از محرمانه بودن اطلاعات وارد شده و اختیاری بودن نوشتن نام و نام خانوادگی ارائه شده و سپس پرسشنامه ها به بیماران ارائه گردید. هم چنین در ابتدای صفحۀ اول سؤالات نوشته شد که «به منظور یک کار پژوهشی در رابطه با بیماری زانودرد، این سؤالات تهیه و در اختیار شما قرار داده شده است. سعی کنید صادقانه و به دقت به تمام سؤالات پاسخ دهید و به این طریق ما را در انجام پژوهش کمک نمایید.». شرکت کنندگان ابتدا به سؤالات مربوط به ویژگیهای جمعیت شناختی خود شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و سلامتی و بعداً به سؤالات پرسشنامه ها پاسخ دادند. چند نفر دانشجو در اجرای پرسشنامه ها با پژوهشگر همکاری نمودند. توضیحات لازم در رابطه با چگونگی اجرای پرسشنامه ها برای این افراد داده شد و آنان در مورد تعدادی از بیماران که دسترسی مستقیم پژوهشگر به آنها مشکل بوده و بعضی از آنان بیسواد و یا کم سوادند، همکاری کردند. در پایان پرسشنامه ها توسط بیماران تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری و با کمک نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، بیشترین فراوانی مربوط به افراد بالای ۵۰ سال (۳۹ درصد) بود و پس از آن گروه‌های سنی ۴۱ تا ۵۰ سال (۲۶ درصد)، ۳۱ تا ۴۰ سال (۲۰ درصد)، ۲۱ تا ۳۰ سال (۱۲ درصد) و کمتر از ۲۱ سال (۴ درصد) قرار داشتند. در این مطالعه، مردان بیشترین فراوانی را داشتند (۵۱ درصد). همچنین از نظر وضعیت تأهل، افراد مجرد در اکثریت بودند (۷۴ درصد). در جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

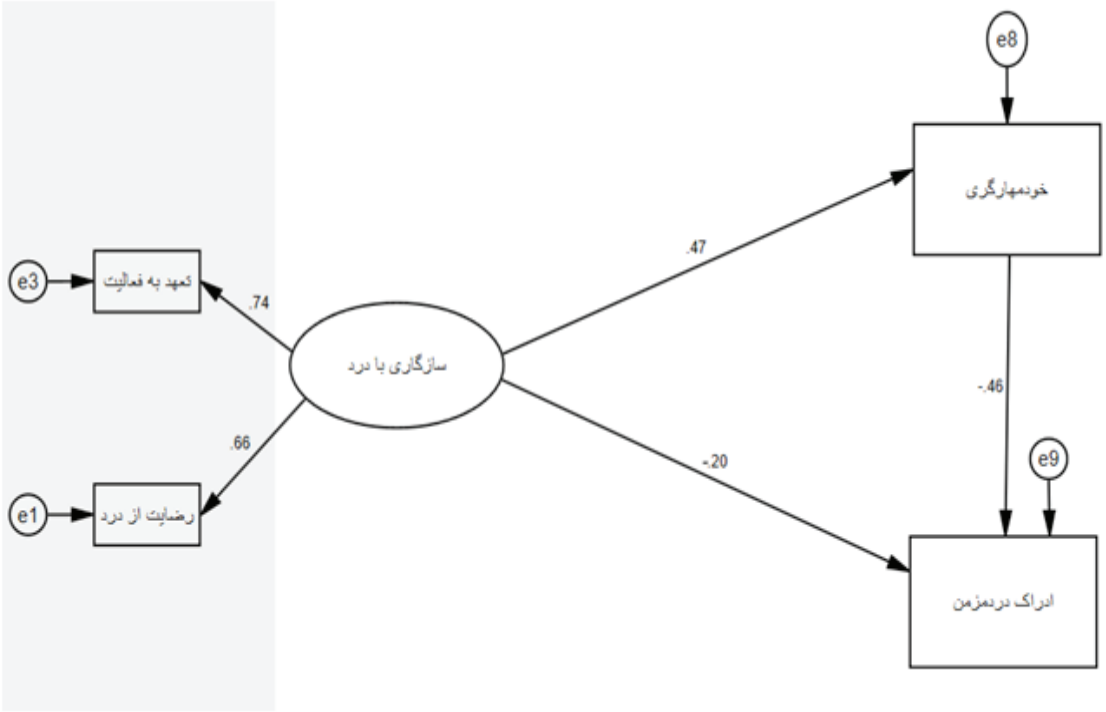
[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
خودمهارگری	۹۱/۸۰	۹/۰۴	-۰/۵۳	-۰/۷۲
تعهد به فعالیت	۲۶/۳۹	۹/۶۱	-۰/۳۲	-۰/۴۴
رضایت از درد	۳۷/۵۴	۶/۰۸	-۰/۳۰	-۰/۷۷
ادراک درد مزمن	۳۳/۱۸	۷/۶۷	۰/۲۹	-۰/۰۱

نتایج فوق نشان می دهد از بین مؤلفه های سازگاری درد، بیشترین میانگین مربوط به رضایت از درد است. قبل از اجرای تحلیل پیش فرض‌های تحلیل مسیر شامل نرمال بودن توزیع، استقلال خطاها و هم خطی چندگانه بررسی شد. برای پیش فرض طبیعی بودن متغیرهای پژوهش از کجی و کشیدگی توزیع نمرات استفاده شد که نتایج آن نشان داد توزیع نمرات همه متغیرها نرمال است (دامنه توزیع بین ۱+ و ۱-). برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین – واتسون استفاده شد که نتایج نشان از عدم همبستگی بین خطاها داشت (D.W = ۱/۷۴، دامنه بین ۱/۵ تا ۲/۵ قابل قبول است). برای بررسی هم-خطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین از عامل تورم واریانس (VIF) و تحمل (Tolerance) استفاده شد که نتایج نشان داد عدم هم خطی بین متغیرها برقرار است (دامنه VIF کمتر از ۵ و تحمل بالاتر از ۰/۱ بدست آمد). برای آزمون روابط بین متغیرهای پژوهش از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. در مرحله اول از برازش کلی مدل و در ادامه وزن‌های رگرسیون استاندارد مدل‌های اندازه گیری و ضرایب مربوط به روابط مورد تحلیل قرار گرفت.



شکل ۱. ضرایب استاندارد روابط سازگاری با درد با ادراک درد مزمن با میانجی گری خودمهارگری

ابتدا جهت تعیین برازش کلی مدل، شاخص‌های برازش مدنظر قرار گرفت. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

جدول ۲. شاخص های برازندگی برای الگوی تدوین شده

شاخص های برازندگی الگو	X^2/df	GFI	IFI	CFI	RMSEA
مقدار بدست آمده	۶۶,۳	۹۵,۰	۹۶,۰	۹۷,۰	۰۵,۰

برای شاخص برازندگی مقادیر کوچکتر از ۳ مناسب و هر چقدر به صفر نزدیکتر باشد حاکی از برازش خوب الگو می‌باشد. برای شاخص GFI و IFI، CFI مقدار نزدیک به ۰/۹۰ و بالاتر به عنوان برازش نیکویی قابل قبول تلقی می شود که نشان دهنده خوب بودن مدل می‌باشد. در ارتباط با شاخص RMSEA مقادیر نزدیک به ۰/۰۵ یا کمتر نشان دهنده برازش خوب الگو و مقدار ۰/۰۸ یا کمتر بیانگر خطای منطقی تقریب است؛ مقدار بالاتر از ۰/۱۰ نشان از الزام رد کردن الگو می‌باشد (۲۳). بر این اساس شاخص‌های برازش ارائه شده در جدول ۲ نشان از برازش مناسب مدل دارد.

در ادامه کلیه اثرات مربوط به تمامی مسیرهای مستقیم در مدل معادله ساختاری بررسی شد. ابتدا اثرات مستقیم سازگاری با درد و خودمهارگری بر ادراک درد مزمن بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب مدل تبیین ادراک درد مزمن بر اساس سازگاری با درد با میانجی گری خودمهارگری

مسیر مستقیم	ضریب استاندارد	آماره t
اثر سازگاری با درد بر خودمهارگری	۰,۴۷	۶,۲۹
اثر سازگاری با درد بر ادراک درد مزمن	۲۰.-۰	۰۷.-۳
اثر خودمهارگری بر ادراک درد مزمن	۴۶.-۰	۸۸.-۵

$t < ۲/۶۸$ در سطح ۰/۰۱ و $t < ۱/۹۶$ در سطح ۰/۵ معنادار است.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از روابط متغیرها از طریق مسیر ضرایب رگرسیونی استاندارد در جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر خودمهارگری ($p>۰/۰۱$) بر ادراک درد مزمن معنادار بود. همچنین برای بررسی نقش واسطه ای خودمهارگری در ارتباط بین سازگاری با درد با ادراک درد مزمن از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ٤. نتایج حاصل از بررسی نقش واسطه ای خودمهارگری در ارتباط بین سازگاری با درد با ادراک درد مزمن از طریق آزمون سوبل

متغیر پیشبین	متغیر ملاک	متغیر میانجی	Sobel's test (z)	p
سازگاری با درد	ادراک درد مزمن	خودمهارگری	۲۲.-۰	۱۷.-۳

نتایج حاصل از آزمون سوبل در جدول ۴ نشان می‌دهد که متغیر خودمهارگری در ارتباط بین سازگاری با درد ($Z = ۳/۱۷$ ،$p>۰/۰۱$) با ادراک درد مزمن نقش واسطه ای معناداری دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش سازگاری با درد در پیش‌بینی درد مزمن با میانجی‌گری خودمهارگری در بیماران مبتلا به زانودرد بود. یافته‌ها نشان داد که خودمهارگری نقش میانجی معناداری در رابطه بین سازگاری با درد و شدت درد مزمن ایفا می‌کند. این نتیجه حاکی از آن است که صرف برخورداری از راهبردهای سازگارانه در مواجهه با درد، به‌تنهایی تعیین‌کننده شدت تجربه درد نیست، بلکه توانایی فرد در تنظیم شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها نقش کلیدی در این مسیر دارد.

در تبیین این یافته، می‌توان به نقش قابل‌مهار بودن یا غیرقابل‌مهار بودن محرک‌های دردناک در عملکرد سیستم عصبی مرکزی اشاره کرد. شواهد نشان می‌دهند که مواجهه مداوم با درد غیرقابل‌کنترل می‌تواند منجر به افزایش هوشیاری بیش‌ازحد، توجه پایدار به درد و شکل‌گیری حالت گوش‌به‌زنگی شود که خود با تشدید تجربه ذهنی درد همراه است (۲۷). در مقابل، استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری مؤثر برای کنارآمدن با درد، حتی بدون حذف محرک دردناک، می‌تواند تحمل درد را افزایش داده و شدت ادراک‌شده آن را کاهش دهد (۲۸). در همین راستا، مدل ترس–اجتناب درد بیان می‌کند

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

کـه پاسـخ‌های هیجانـی منفـی نظیـر تـرس از درد و تـرس از حرکـت، نقـش مهمـی در تـداوم درد مزمـن دارنـد و بـا کاهـش پذیـرش درد و افزایـش اجتنـاب رفتـاری همـراه هسـتند (۲۹). افـراد دارای سـازگاری پاییـن بـا درد، بیشـتر مسـتعد درگیـر شـدن در چرخـه ترس–اجتنـاب بـوده و به‌جـای مواجهـه فعـال بـا درد، از فعالیت‌هـای روزمـره اجتنـاب می‌کننـد کـه ایـن امـر بـه نوبـه خـود موجـب افزایـش ناتوانـی و تشـدید درد می‌شـود (۱۶،۲۹). در مقابـل، سـازگاری بالاتـر بـا درد بـا افزایـش پذیـرش و اسـتفاده از راهبردهـای فعـال مقابلـه‌ای همـراه اسـت (۱۴،۱۵).

نقـش میانجـی خودمهارگـری در ایـن رابطـه را می‌تـوان در چارچـوب نظریـه شـناختی–اجتماعی تبییـن کـرد. بـر اسـاس این نظریـه، افـراد دارای منابـع سـازگاری بالاتـر، توانایـی بیشـتری در بسـیج منابـع شـناختی و رفتـاری خـود بـرای مدیریـت موقعیت‌هـای اسـترس‌زا دارنـد و از ایـن طریـق پیامدهـای منفـی درد را کاهـش می‌دهنـد (۳۰). خودمهارگـری در ایـن میـان بـه فـرد امـکان می‌دهـد تـا واکنش‌هـای هیجانـی تکانشـی را مهـار کـرده، توجـه خـود را از درد منحـرف سـازد و به‌طـور هدفمنـد راهبردهـای مؤثـر مقابلـه‌ای را بـه‌کار گیـرد (۱۸،۱۹).

یافته‌هـای ایـن پژوهـش همچنیـن نشـان می‌دهـد کـه افـراد بـا سـازگاری پاییـن و خودمهارگـری ضعیـف، درد مزمـن را به‌عنـوان پدیـده‌ای غیرقابل‌کنتـرل درک می‌کننـد و در نتیجـه، در برابـر پیامدهـای منفـی آن احسـاس ناتوانـی بیشـتری دارند. ایـن ادراک بـا کاهـش انگیـزه درمانـی، افزایـش فاجعه‌سـازی درد و افـت کیفیـت زندگـی همـراه اسـت (۲۱،۳۱). شـواهد پژوهشـی نشـان داده‌انـد کـه بـاور بـه ناتوانـی در کنتـرل درد، یکـی از عوامـل کلیـدی در تـداوم پریشـانی روان‌شـناختی و تشـدید درد مزمـن اسـت (۳۲).

در مقابـل، بیمـاران دارای خودمهارگـری بـالا کـه بـاور دارنـد قادر بـه هماهنگ‌سـازی انگیـزش، شـناخت و رفتـار خـود در جهـت کنتـرل رویدادهـای زندگـی هسـتند، معمـولاً سـطح بالاتـری از رضایـت از زندگـی، عملکـرد روان‌شـناختی بهتـر و شـدت درد کمتـری را گـزارش می‌کننـد (۱۹،۲۰). خودمهارگـری از طریـق کاهـش افـکار فاجعه‌آفریـن درد، افزایـش هدفمنـدی در زندگـی و تقویـت عواطـف مثبـت، بـه تعدیـل تجربـه ذهنـی درد کمـک می‌کنـد (۳۳).

هدفمنـدی در زندگـی به‌عنـوان یکـی از منابع مهـم خودمهارگری، نقـش قابـل توجهـی در کاهـش شـدت درد ایفـا می‌کنـد. افـرادی کـه اهـداف روشـن و معنـاداری در زندگـی دارنـد، تمایل بیشـتری بـه پایـداری در برابـر درد و پیگیـری راهبردهـای درمانـی نشـان می‌دهنـد (۳۴). افـزون بـر ایـن، عواطـف مثبـت به‌عنـوان منبـع دیگـر خودمهارگـری، می‌تواننـد بـا افزایـش انعطاف‌پذیـری شـناختی و کاهـش نشـخوار ذهنـی، از شـدت تجربـه درد بکاهنـد (۳۵). افـرادی کـه در شـرایط اسـترس‌زا قـادر بـه تجربـه هم‌زمـان عواطـف مثبـت و منفـی هسـتند، پیچیدگـی هیجانـی بیشـتری داشـته و در مدیریـت درد موفق‌تـر عمـل می‌کننـد (۳۶).

در مجمـوع، یافته‌هـای پژوهـش حاضـر بـر اهمیـت نقـش خودمهارگـری به‌عنـوان یـک سـازوکار روان‌شـناختی کلیـدی در پیونـد میـان سـازگاری بـا درد و شـدت درد مزمـن تأکیـد دارد. ایـن نتایـج نشـان می‌دهـد کـه مداخـلات روان‌شـناختی در بیمـاران مبتـلا بـه زانـودرد مزمـن، عـلاوه بـر تقویـت راهبردهای سـازگاری بـا درد، بایـد بـه ارتقـای مهارت‌هـای خودمهارگـری و خودتنظیمـی نیـز توجـه ویـژه داشـته باشـند. چنیـن رویکـردی می‌توانـد بـه کاهـش شـدت درد، بهبـود کیفیـت زندگـی و افزایـش اثربخشـی درمان‌هـای چندبعـدی در ایـن بیمـاران منجـر شـود.

ایـن مطالعـه به‌دلیـل مقطعـی بـودن، نمونه‌گیـری در دسـترس، عـدم اسـتفاده از مصاحبـه، کنترل‌نشـدن عوامـل فردی/موقعیتـی (ماننـد ویژگی‌هـای شـخصیتی و جایـگاه اجتماعی–اقتصـادی) و محـدود بـودن نمونه بـه بیمـاران زانـودردِ تهـران، در تعمیم‌پذیری بـا احتیـاط همـراه اسـت. یکـی دیگـر از محدودیت‌هـای پژوهـش حاضـر، تعـداد نسـبتاً زیـاد سـؤالات بـود. به‌منظـور کاهـش خسـتگی پاسـخ‌دهندگان، در صـورت تمایـل شـرکت‌کنندگان، پرسشـنامه‌ها بـه منـزل بـرده می‌شـد و پـس از تکمیـل، در جلسـه بعـد مراجعـه، تحویـل داده می‌شـد. بـرای پژوهش‌هـای آینـده، انجـام مصاحبه‌هـای عمیـق و طرح‌هـای طولـی، به‌کارگیـری ابزارهـای منطبـق بـا فرهنـگ و مقایسـه بـا نسـخه‌های خارجـی توصیـه می‌شـود. همچنیـن بررسـی متغیرهایـی چـون انسـجام روانـی، انعطاف‌پذیـری شـناختی و ذهن‌آگاهـی(در قالـب تحلیل‌هـای همبسـتگی)می‌تواند بـه تبییـن دقیق‌تـر عوامـل مؤثـر بـر درد مزمـن کمـک کنـد.

نتیجه‌گیری

نتایـج ایـن پژوهـش نشـان می‌دهـد کـه خودمهارگـری به‌منزلـه‌ی سـازوکار میانجـی، حلقـه‌ی اتصـال سـازگاری بـا درد و پیش‌آگهـی درد مزمـن در زانـودرد اسـت؛ از ایـن رو توصیـه می‌شـود برنامه‌هـای بالینـی بـا محوریـت تقویـت خودمهارگـری (از طریـق هدف‌گـذاری معنـادار، مقابلـه‌ی فعـال، پـرورش عواطـف مثبـت و کاهـش ترسـو اجتنـاب) طراحـی و متناسـب بـا

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

پروفایـل شـناختی–هیجانی هـر بیمـار بومی‌سـازی شـوند.

سپاسگزاری

بدین‌وسـیله از تمامـی پرسـنل مرکـز درمانـی میـلاد و بیمارانـی کـه مـا را در اجـرای ایـن پژوهـش کمـک کـرده انـد، تشـکر و قدردانـی می‌شـود.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهـش حاضـر اصـول اخلاقـی پژوهـش از جملـه رازداری، محرمانـه مانـدن و حریـم خصوصـی افـراد رعایـت شـد و بـه آن‌هـا اطمینـان داده شـد کـه شـرکت در پژوهـش هیچ‌گونـه آسـیب احتمالـی بـرای شـرکت‌کنندگان نخواهـد داشـت. همچنیـن کـد اخـلاق IR.IAU.SRB.REC.1401.033 بـرای انجـام پژوهـش اخـذ شـد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Safiri S, Kolahi AA, Smith E, Hill C, Bettampadi D, Mansournia MA, et al. Global, regional and national burden of osteoarthritis 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Ann Rheum Dis. 2020;79(6):819–28.
2. Alipanah M, et al. Prevalence and management of knee pain in musculoskeletal patients. Iran J Orthop Surg. 2023;31(2):75–84.
3. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019. Lancet. 2020;396(10258):1204–22.
4. Neogi T. The epidemiology and impact of pain in osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2020;28(2):125–34.
5. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2020;79(2):251–8.
6. Sharma L. Osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2021;384(1):51–9.
7. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2021;162(1):19–27.
8. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021;397(10289):2082–97.
9. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial model of chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2020;146(3):214–34.
10. Stubbs B, Aluko Y, Myint PK, Smith TO. Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2020;49(6):1011–7.
11. JavanShir F, et al. Adaptation to chronic illness: definition, models and applications. J Rehabil. 2022;23(4):45–56.
12. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. Pain. 2020;161(1):28–37.
13. Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Karoly P. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. Clin J Pain. 2020;36(4):279–89.
14. Vowles KE, Witkiewitz K, Sowden G, Ashworth J. Acceptance and commitment therapy for chronic pain: evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated interdisciplinary program. J Pain. 2021;22(2):169–80.
15. Youseleyani H, et al. The role of locus of control in mental health. Iran J Health Psychol. 2022;5(1):30–42.
16. Khodapanah A, et al. Pain catastrophizing and its behavioral consequences. J Clin Psychol. 2023;32(2):89–97.
17. Wertli MM, Eugster R, Held U, Steurer J, Kofmehl R. Catastrophizing—a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. Spine J. 2021;21(8):1289–305.
18. Duckworth AL, Gross JJ. Self-control and grit: related but separable determinants of success. Curr Dir Psychol Sci. 2020;29(4):319–25.
19. Hagger MS, Gucciardi DF, Turrell AS, Hamilton K. Self-regulation of health behavior: a meta-analysis. Health Psychol Rev. 2020;14(1):1–22.
20. Neal DT, Patrick VM, Hsu JW. Habits

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]

versus self-control in daily life. Psychol Sci. 2021;32(3):352–64.
21. de Ridder DTD, Lensvelt-Mulders G, Finkenauer C, Stok FM, Baumeister RF. Taking stock of self-control: a meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. Pers Soc Psychol Rev. 2020;24(4):374–404.
22. Solberg Nes L, Roach AR, Segerstrom SC. Executive functions, self-regulation, and chronic pain: a review. Pain Med. 2021;22(6):1419–31.
23. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: pearson Boston, MA; 2013.
24. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. Pain. 1990;40(3):279-91.
25. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades and interpersonal success. J Pers 2004; 72: 271-324.
26. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. South Med J. 2000 Oct;93(10):966-73.
27. Wiech K. Deconstructing the sensation of pain: the influence of cognitive processes on pain perception. Science. 2020;368(6492):593–4.
28. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive–affective model of the interruptive function of pain. Psychol Bull. 2020;146(7):577–96.
29. Vlaeyen JWS, Crombez G, Linton SJ. The fear-avoidance model of pain. Pain. 2021;162(5):1307–17.
30. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Annu Rev Psychol. 2020;71:1–26.
31. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain. Pain. 2021;162(3):754–64.
32. Gatchel RJ, Kishino ND, Minotti DE. The importance of psychosocial factors in chronic pain. Pain Manag. 2020;10(4):203–15.
33. Solberg Nes L, Carlson CR, Crofford LJ. Self-regulatory deficits in chronic pain. Pain Med. 2021;22(6):1365–75.
34. Alschuler KN, Kratz AL, Ehde DM. Resilience and purpose in life in chronic pain. J Pain. 2020;21(7–8):858–67.
35. Finan PH, Garland EL. The role of positive affect in pain and its treatment. Clin J Pain. 2020;36(3):177–87.
36. Ong AD, Zautra AJ. Emotions, stress, and health: emotional complexity and chronic pain. Psychol Aging. 2020;35(1):88–99.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.126]