

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Relationship between Insecure Attachment Style and Quality of Life in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Alexithymia and Moderating of Resilience

Mohammad Reza Tamannaefar^{1*}, Azam Mansourinik², Fereshteh Malekzade Kashani⁴

¹ Associate Professor in Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran.

² Ph.D in Psychology, Kashan, Iran.

³ M.A. Student in Psychology, Kashan, Iran.

Correspondence

Mohammad Reza Tamannaefar

Email: tamannai@kashanu.ac.ir

ABSTRACT

Objective: Chronic pain as a common problem may effect on the physical health, well-being and quality of life in patients. The aim of this study was to examine the mediating role of alexithymia and moderating resilience in the relationship between insecure attachment styles and the quality of life in chronic pain patients. **Method:** This study is a structural equation modeling. Among the chronic patients referred to Kashan therapeutic clinics in 2022, 188 patients were recruited through convenience sampling. In order to collect information, Revised Adult Attachment Scale (Collins & Reid, 1989), Toronto Alexithymia Scale (1992), Connor-Davidson Resilience Scale (2003) and Quality of Life Scale (WHOQOL- BREF) were used. Data were analyzed using SPSS and AMOS 24 software. **Results:** The results of correlation coefficients showed that there are significant negative correlation between the quality of life with anxious insecure attachment, dependency insecure attachment and alexithymia, while there are significant positive correlation between resilience and quality of life ($P < 0.01$). The results showed that the proposed model of the present study has a good fit ($\chi^2/df = 2.748$, $p < 0.001$, CFI = 0.91, RMSEA = 0.06). In addition, the results showed that the direct effect of anxious attachment on alexithymia ($\beta = 0.549$, $P < 0.05$) and the direct effect of alexithymia on quality of life is significant ($\beta = -0.632$, $P < 0.01$). When alexithymia are included as mediator in the relationship between anxious attachment and quality of life, the indirect effect of anxious attachment on quality of life is -0.347 , and this indirect effect is significant ($P < 0.01$). Also, the direct effect of dependency attachment

How to cite

Tamannaefar, M.A., Mansourinik, A., & Malekzade Kashani, F. (2024). Relationship between Insecure Attachment Style and Quality of Life in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Alexithymia and Moderating of Resilience. Quarterly Journal Of Health Psychology, 13(2). 45-62.

on alexithymia is significant ($\beta = 0.297$, $P < 0.05$). When alexithymia are included as mediator in the relationship between dependency attachment and quality of life, the indirect effect of dependency attachment on quality of life is -0.188 , and this indirect effect is significant ($P < 0.05$). Therefore, The results showed that alexithymia mediates the relationship between anxious insecure attachment and quality of life ($\beta = -0.347$, $p < 0.01$) and dependency insecure attachment and quality of life ($\beta = -0.188$, $p < 0.05$) in chronic pain patients. Resilience also moderates the relationship between alexithymia and quality of life ($\beta = -0.121$, $p < 0.05$). **Conclusion:** The insecure attachment may effect on quality of life through alexithymia and resilience can be a protective factor against the negative impact of this effect in chronic pain patients. These results have important implications for clinicians and researcher in the field of health psychology. Psycho-educational interventions to identify emotions and describe them and reduce alexithymia can help patients manage their emotions better and improve different aspects of their quality of life. Also, interventions based on resilience can lead to improving the quality of life in chronic pain patients.

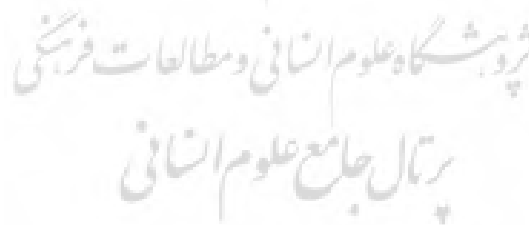
KEY WORDS

Alexithymia, Attachment, Chronic Pain, Quality of Life, Resilience.

© 2024, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.

This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>



نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

ارتباط بین سبک دلبستگی نایمن و کیفیت زندگی در مبتلایان به درد مزمن: نقش میانجی ناگویی هیجانی و تعدیل‌گری تاب‌آوری

محمد رضا تمنایی فر^{۱*}، اعظم منصوری نیک^۲، فرشته ملک‌زاده کاشانی^۳

چکیده

مقدمه: درد مزمن به عنوان یک مشکل شایع می‌تواند بر سلامت جسمانی، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذارد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گری ناگویی هیجانی و تعدیل‌کنندگی تاب‌آوری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی نایمن و کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مبتلایان به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهر کاشان در سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها تعداد ۱۸۱ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های سبک دلبستگی (کالینز و رید، ۱۹۸۹)، پرسشنامه ناگویی هیجانی (تورتو، ۱۹۹۲) و مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی - فرم کوتاه به‌کاربرده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ناگویی هیجانی رابطه بین دلبستگی نایمن اضطرابی و کیفیت زندگی ($\beta = -0.347, p < 0.01$) و دلبستگی نایمن وابستگی و کیفیت زندگی ($\beta = -0.188, p < 0.05$) مبتلایان به درد مزمن را میانجی می‌کند. همچنین تاب‌آوری رابطه بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن را تعدیل می‌کند ($\beta = -0.121, p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: در بیماران مبتلا به درد مزمن سبک دلبستگی نایمن می‌تواند از طریق ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد و تاب‌آوری عامل محافظت‌کننده تأثیر منفی ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی این بیماران است. این نتایج تلویحات مهمی برای متخصصان بالینی و تحقیقات در زمینه روانشناسی سلامت دارد.

واژه‌های کلیدی

دلبستگی، ناگویی هیجانی، تاب‌آوری، درد مزمن.

^۱دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
^۲دکترای روان‌شناسی، کاشان، ایران.
^۳دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، کاشان، ایران.

نویسنده مسئول:

محمد رضا تمنایی فر

رایانامه: tamannai@kashanu.ac.ir

استناد به این مقاله:

تمنایی فر، محمد رضا، منصوری نیک، اعظم و ملک‌زاده کاشانی، فرشته، (۱۴۰۳). ارتباط بین سبک دلبستگی نایمن و کیفیت زندگی در مبتلایان به درد مزمن: نقش میانجی ناگویی هیجانی و تعدیل‌گری تاب‌آوری. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۳(۲)، ۴۵-۶۲.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

می‌شود. یافته‌های هانتسن و همکاران (۲۰۲۲) نیز حاکی از این بود که مبتلایان به درد مزمن پریشانی‌های روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند که منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی و در نهایت کیفیت زندگی پایین‌تر می‌شود. شواهد حاصل از مطالعات نشان می‌دهد سبک‌های دلبستگی ممکن است در این فرآیند مداخله‌کننده (سچی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰).

سبک دلبستگی یک ویژگی پایدار در طول زندگی است که نحوه ارتباط افراد با یکدیگر را در بزرگسالی تنظیم می‌کند و به راهبردهایی برای مدیریت شرایط نامطلوب مربوط می‌شود (بالبی^{۱۲}، ۱۹۸۲؛ به نقل از سچی و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات تجربی نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی با درد مزمن مرتبط هستند (فایلو، گیانوتی و ونیوتی^{۱۳}، ۲۰۱۹). پژوهشگران حوزه دلبستگی چهار سبک دلبستگی را تشخیص داده‌اند که در دو بعد متفاوت هستند: دلبستگی اضطرابی (درجه‌ای که افراد نگران بی‌ارزش شدن یا طرد شدن توسط افراد مهم زندگی خود هستند) و دلبستگی اجتنابی (میزانی که افراد از نزدیکی عاطفی در روابط معنادار احساس راحتی می‌کنند). افراد دلبسته ایمن در هر دو بعد پایین هستند، افراد دل‌مشغول دارای اضطراب زیاد و اجتناب کم، افراد دوری جو اجتناب زیاد اما اضطراب پایین دارند و افراد هراسان در هر دو بعد بالا هستند (کالینز و رید^{۱۴}، ۱۹۹۰). به نظر می‌رسد ۳۵ درصد بیماران مبتلا به درد مزمن دلبستگی ایمن و ۶۵ درصد دلبستگی ناایمن دارند (کووال^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۵؛ مردیت، ۲۰۱۶). در راستای این دیدگاه، مردیت و همکاران (۲۰۱۶) «مدل آسیب‌پذیری دلبستگی درد مزمن^{۱۶}» را پیشنهاد کرده‌اند که بر اساس آن دلبستگی ناایمن یک عامل خطر خاص برای ایجاد درد مزمن است. علاوه بر این، دلبستگی ناایمن ممکن است بر نحوه مواجهه فرد با اختلال جسمانی تأثیر بگذارد. به طور خاص، افرادی که درگیر دلبستگی ناایمن هستند، درد و اثرات منفی آن را بیش از حد ادراک می‌کنند. نتایج چندین مطالعه نشان داده است که کیفیت زندگی افراد مبتلا به فیبرومیالژیا^{۱۷} در مقایسه با افراد سالم هم‌سن خود کاهش یافته و یا در معرض خطر است (سچی، لیوکارلی و ویسمارا^{۱۸}، ۲۰۲۱؛ لی و همکاران،

درد مزمن از دیدگاه انجمن بین‌المللی مطالعه درد به عنوان یک تجربه حسی و احساسی ناخوشایند مرتبط با یا شبیه به آسیب واقعی یا بالقوه بافت تعریف شده است (راجا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). درد مزمن دردی است که می‌تواند ۱۲ هفته یا بیشتر طول بکشد (ترید^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). برآوردها در سطح جهانی نشان داده است که از هر پنج بزرگسال در اروپا، یک نفر از درد مزمن یا عودکننده رنج می‌برد (کانر^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

بر اساس یازدهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، شواهد علمی فعلی و مدل زیستی، روانی و اجتماعی (موسسه بین‌المللی مطالعه درد، ۲۰۲۲)، درد مزمن می‌تواند باعث تحریفات شناختی و رفتارهای ناسازگار شود که به نوبه خود عملکرد روزانه را مختل می‌کند، استرس روانی را افزایش می‌دهد و حتی مدت زمان درد را طولانی‌تر می‌کند (موسلی و ولین^۴، ۲۰۱۵). همچنین شواهد مطالعاتی حاکی از این است که تجربه درد مزمن می‌تواند به تشدید هیجانات منفی از قبیل افسردگی و اضطراب (هانتسن^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ سین^۶ و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش عملکرد روزانه، اختلال در روابط بین فردی، کاهش کمیت و کیفیت خواب (لی و هور^۷، ۲۰۲۲) و کیفیت زندگی پایین (هانتسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ بهفر و همکاران، ۱۳۹۷؛ عربی و باقری، ۱۳۹۶؛ گرینبرگ^۸، ۲۰۱۲) منجر شود.

کیفیت زندگی، عملکرد و بهزیستی ادراک شده را در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی سلامت منعکس می‌کند (سازمان بهداشت جهانی^۹، ۲۰۰۱). نتایج مطالعه‌ای کمی-کیفی که توسط هادی، مک هیو و کلاس^{۱۰} (۲۰۱۹) بر روی مبتلایان درد مزمن انجام گرفت حاکی از این بود که اثرات منفی چند بعدی درد مزمن منجر به کاهش ابعاد روانی، جسمانی و اجتماعی کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با جمعیت عمومی و مبتلایان به سایر بیماری‌های مزمن می‌شود. همچنین آنان گزارش کردند اثرات منفی درد بر بعد جسمانی باعث اختلال در زندگی حرفه‌ای، اجتماعی و خانوادگی و روابط، کاهش کیفیت خواب و خلق آنان

11. Sechi
12. Bowlby
13. Failo, Giannotti & Venuti
14. Collins & Read
15. Kowal
16. Attachment Diathesis Model of Chronic Pain
17. fibromyalgia
18. Sechi, Lucarelli & Vismara

1. Raja
2. Treede
3. Connor
4. Moseley & Vlaeyen
5. Hnatešen
6. Sine
7. Lee & Hur
8. Greenberg
9. World Health Organization
10. Hadi, McHugh & Closs

(کازینز، کوهن و ونیل^۷، ۲۰۱۵). زوترا، جانسون و دیویس^۸ (۲۰۰۵) با استفاده از مدل پویای عاطفه، به عملکرد منابع تاب‌آوری در پاسخ به درد پرداخته‌اند. این مدل بیان می‌کند که عوامل استرس‌زا مانند درد باعث کاهش دامنه تجربه عاطفی فرد می‌شود و منجر به یک رابطه معکوس فزاینده و متعادل بین عاطفه منفی و مثبت می‌شود. آنان دریافتند که عاطفه مثبت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی عمل کند، زیرا افزایش عاطفه مثبت اثرات درد زیاد و استرس زیاد بر احساسات منفی در زنان مبتلا به استئوآرتریت^۹ و فیبرومیالژیا را کاهش می‌دهد.

تاب‌آوری سیستمی به هم وابسته، چندسطحی و چندسیستمی از سطح زیست‌شناختی تا سطح اجتماعی است که به عنوان فرآیندی سیال و پویا از ظرفیت تحمل یا بهبودی پریشانی‌های مهمی نشأت می‌گیرد که عملکرد انطباقی را تهدید می‌کنند (دنکلا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که تاب‌آوری ارتباط بین تجربیات نامطلوب دوران کودکی و افزایش فرآیندهای التهای در بزرگسالی را کاهش می‌دهد (گوین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۷). کازینز و همکاران (۲۰۱۵) در یک مطالعه مروری بیان کردند منابع فردی و محیطی-اجتماعی و مکانیسم‌های تاب‌آوری مرتبط با درد، می‌توانند به سازگاری با درد مزمن منجر شوند. پیامد این سازگاری می‌تواند سلامت جسمانی و روان‌شناختی و زندگی همراه با حس ارزشمندی باشد. نتایج برخی پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد تاب‌آوری بیماران، انعطاف‌پذیری و توانمندی آن‌ها را در مقابل مشکلات ناشی از این بیماری افزایش داده و به بهبود کیفیت زندگی بیماران درد مزمن منجر می‌شود (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۵). علاوه بر این، منابع تاب‌آوری مانند خوش‌بینی به واسطه کاهش ترس و فاجعه‌سازی مرتبط با درد در مبتلایان به درد مزمن کیفیت زندگی بهتری را پیش‌بینی می‌کنند (کازینز و همکاران، ۲۰۱۵). از این رو، تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی احتمالی در برابر مسائل مرتبط با درد مزمن در نظر گرفته شود.

تجربه درد از شایع‌ترین رویدادهایی است که مبتلایان به دردهای مزمن را وادار به درخواست کمک از نظام‌های بهداشتی-درمانی می‌کند و نه تنها با ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به واسطه پیامدهای استرس‌زا از جمله هزینه‌های درمان و پیامدهای

(۲۰۱۷). نتایج مطالعه سچی و همکاران (۲۰۲۱) نشان می‌دهد زنان مبتلا به فیبرومیالژیا دارای سبک دلبستگی دوری جو، دل‌مشغول و هراسان در مقایسه با زنان دارای سبک دلبستگی ایمن، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند.

ارتباط بین دلبستگی و کیفیت زندگی ممکن است توسط چندین مسیر واسطه‌شده که یکی از آن‌ها می‌تواند ناگویی هیجانی باشد. ناگویی هیجانی با کاهش توانایی در شناسایی و توصیف احساسات ذهنی، مشکل در تمایز بین احساسات و حس‌های بدنی، برانگیختگی هیجانی، فرآیند تفکر محدود و یک سبک شناختی وابسته به محرک و با جهت‌گیری بیرونی مشخص می‌شود (تیلور، بگبی و پارکر^۱، ۱۹۹۹). این نقایص می‌تواند در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات تداخل داشته باشد و منجر به افزایش عواطف منفی (مارتینز^۲ و همکاران، ۲۰۱۵) و اختلال در تنظیم برانگیختگی خودمختار مرتبط با استرس، همراه با بیش برانگیختگی سمپاتیک مزمن شود (تیلور و بگبی^۳، ۲۰۱۲). مارتینز و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که مشکل در شناسایی حالات عاطفی در تعامل با ارزیابی منفی درد (به عنوان مثال، فاجعه‌سازی درد و ترس از درد) می‌تواند بیماران مبتلا به درد مزمن را به ایجاد پریشانی هیجانی (به ویژه اضطراب) سوق دهد. علاوه بر این، ناگویی هیجانی می‌تواند بر ادراک سلامتی تأثیر بگذارد و افراد مبتلا به ناگویی هیجانی اظهارات جسمانی هیجانات را به عنوان نشانه‌های بیماری جسمانی سوء تعبیر کنند و این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران شود (تیوزر^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد آنچه می‌تواند پیامدهای منفی ناشی از درد مزمن را تعدیل کرده و یا کاهش دهد، تاب‌آوری است (الشولر، کراتز و اده^۵، ۲۰۱۶). تاب‌آوری یک فرآیند پویای سازگاری مثبت با شرایط زندگی است که در طول زمان در حال تکامل است. تاب‌آوری مستلزم نوعی عملکرد انطباقی است که به فرد امکان می‌دهد با بازیابی تعادل اولیه به عنوان فرصتی برای رشد با شرایط دشوار روبرو شود (سیستو^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). در زمینه درد مزمن، تاب‌آوری ممکن است به عنوان منابع شخصی و پاسخ مؤثری در نظر گرفته شود که از اختلال در عملکرد محافظت می‌کند و منجر به سازگاری یا بهزیستی می‌شود

1. Taylor, Bagby & Parker
2. Martínez
3. Bagby
4. Tuzer
5. Alschuler, Kratz & Ehde
6. Sisto

7. Cousins, Cohen & Venable
8. Zautra, Johnson & Davis
9. osteoarthritis
10. Denckla
11. Guin

یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطح سلامت عمومی است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای طیف لیکرت اصلاً (۱) تا خیلی زیاد (۵) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند و گویه‌های ۳، ۴ و ۲۶ به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. از سال ۱۹۹۶، اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و در سال ۲۰۰۰، این پرسشنامه به طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شد. استانداردسازی، ترجمه و هنجاریابی نسخه ایرانی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) صورت گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در تمامی مؤلفه‌ها ۰/۷۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کیفیت زندگی، ۰/۸۳ به دست آمده است.

مقیاس سبک‌های دلبستگی: این مقیاس توسط کالینز و رید در سال ۱۹۹۰ بر اساس نظریه هازن و شیور (۱۹۸۷) طراحی شد و مقیاس دلبستگی تجدید نظر شده^۴ نام گرفت. این مقیاس که شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های دلبستگی نزدیک است، در ابتدا دارای ۲۱ گویه بود که بعدها به ۱۸ آیتیم کاهش یافت. این مقیاس سه سبک اضطرابی (دلبستگی دوسوگرا^۵)، سبک نزدیک بودن (دلبستگی ایمن^۶) و سبک وابستگی (دلبستگی اجتنابی^۷) را می‌سنجد. در این پژوهش برای سنجش سبک دلبستگی ناایمن، دو خرده مقیاس اضطرابی و وابستگی به کار برده شد. شرکت‌کنندگان به گویه‌ها در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ می‌دهند و گویه‌های ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۸، ۶ و ۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کالینز و رید (۱۹۹۰) مقادیر آلفای کرونباخ را در هر سه سبک در مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است، آزمون از پایایی بالایی برخوردار است. زیبا کردار (۱۳۹۲) روایی و پایایی این مقیاس را بر روی نمونه ایرانی مطلوب گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، پایایی دو سبک دلبستگی اضطرابی و وابستگی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمده است.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۸: این مقیاس ۲۰ گویه‌ای توسط بگی و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است و سه خرده

خانوادگی و شغلی و کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پان^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو شناسایی عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی این افراد اهمیت بسزایی دارد. از سوی دیگر اغلب پژوهش‌های داخلی به مطالعه در زمینه شدت درد در بیماران مبتلا پرداخته اند و کمتر پژوهشی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن را در این افراد مورد مطالعه قرار داده است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناایمن و کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن با میانجی‌گری ناگویی هیجانی و تعدیل‌کنندگی تاب‌آوری انجام گرفت.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افراد ۶۵-۱۸ ساله مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهر کاشان در سال ۱۴۰۱ بود. با استفاده از نرم‌افزار جی پاور^۲ (اندازه اثر ۰/۱۵، آلفا ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۵) اندازه نمونه ۱۳۸ نفر بیمار برآورد شد که با در نظر گرفتن افت احتمالی در نهایت ۲۰۰ نفر از این بیماران (۱۲۸ بیمار زن و ۷۲ بیمار مرد) با روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۱۹ نفر به عنوان داده‌های پرت چند متغیری با محاسبه فاصله ماه‌الانویسی از تحلیل کنار گذاشته شدند و در نهایت ۱۸۱ نفر (۱۱۳ بیمار زن و ۶۸ بیمار مرد) وارد تحلیل شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۶۵ سال، ابتلا به درد مزمن حداقل به مدت ۳ ماه و به صورت مستمر و داشتن حداقل سواد دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های نورولوژیکی، آسیب‌های مغزی و سوء‌مصرف مواد و عدم سابقه ابتلا به اختلالات روانی و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به همکاری در پژوهش بود. به منظور رعایت موازین اخلاقی، پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از بیماران، پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی توسط آن‌ها تکمیل شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های زیر به کار برده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه^۳: این پرسشنامه ۲۶ گویه‌ای دارای ۴ مؤلفه سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی است که به عنوان

4. Revised Adult Attachment Scale
5. Ambivalent Attachment
6. Secure Attachment
7. Avoidant Attachment
8. Toronto Alexithymia Scale

1. Pan
2. G*Power
3. WHOQOL- BREF

همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۹ و ثبات آن ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). روایی محتوا و صوری، روایی سازه و همسانی درونی گویه‌های نسخه فارسی مقیاس تاب‌آوری بر روی نمونه بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت، کنترل و تأثیرات معنوی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ گزارش شده است (آهنگرزاده رضایی و رسولی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۷/۰۶ سال با انحراف استاندارد ۱۱/۱۵ بود که از میان آنان ۶۲/۴ درصد زن و ۳۷/۶ درصد مرد بودند. جدول ۱ آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد، بهنجاری نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و شاخص‌های نرمالیتی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
۱. دل‌بستگی اضطرابی	۱۱/۸۲	۵/۸۹	۰/۳۸	-۰/۷۲۱
۲. دل‌بستگی وابستگی	۱۱/۵	۴/۲۲	-۰/۱۱۲	-۰/۹۱
۳. ناگویی هیجانی	۵۴/۷۴	۱۰/۷۸	۰/۱۸۸	-۰/۲۹
۴. دشواری در شناسایی احساسات	۱۹/۳۷	۶/۳۲	۰/۳۰	-۰/۶۵۳
۵. دشواری در توصیف احساسات	۱۱/۳۹	۳/۴۸	-۰/۰۷۹	-۰/۶۲۰
۶. تفکر عینی	۷/۲۶	۲/۰۶	۰/۴۵۹	۰/۴۲۶
۷. تاب‌آوری	۶۰/۱۶	۱۷/۵۲	-۰/۴۱۱	-۰/۰۸۱
۸. تصور از شایستگی فردی	۲۰/۱۵	۶/۶۵	-۰/۵۶۳	-۰/۱
۹. تحمل عاطفه منفی	۱۵/۱۱	۵/۲۴	-۰/۳۶۵	-۰/۴۰
۱۰. پذیرش مثبت	۱۲/۵۸	۳/۷۹	-۰/۳	-۰/۴۷۸
۱۱. کنترل	۷/۱۱	۳/۱۳	-۰/۴۳۹	-۰/۶۱۱
۱۲. تأثیرات منفی	۵/۲۰	۱/۸۷	-۰/۴۱۴	-۰/۳۳۴
۱۳. کیفیت زندگی	۷۷/۵	۱۲/۷۴	-۰/۲۹۹	-۰/۲۲
۱۴. حیطة جسمانی	۱۶/۲۸	۳/۸	-۰/۰۵۶	-۰/۱۴۴
۱۵. حیطة روانی	۱۸/۱۶	۳/۸۱	-۰/۲۵۵	-۰/۵۱۱
۱۶. حیطة روابط اجتماعی	۱۰/۱۲	۲/۴۶	-۰/۲۲۵	-۰/۷۲۹
۱۷. حیطة محیطی	۲۳/۷۴	۴/۸۷	-۰/۵۹۸	۰/۱۹۳

مقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۱، دشواری در توصیف احساسات^۲ و تفکر عینی^۳ را اندازه‌گیری می‌کند. شرکت‌کنندگان به این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) پاسخ می‌دهند و گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل این مقیاس از ۲۰ تا ۱۰۰ تغییر می‌کند. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد (پارکر و همکاران، ۲۰۰۳؛ تیلور و بگی، ۲۰۰۰) و نسخه فارسی این مقیاس (بشارت، ۱۳۹۲) تأیید شده است. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست‌آمده است.

مقیاس تاب‌آوری: این مقیاس ۲۵ گویه‌ای توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس به خوبی قادر به تمایز افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور بوده و می‌تواند در شرایط پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد و میزان توانایی مقابله با فشار و تهدید را می‌سنجد. این مقیاس دارای ۵ مؤلفه تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت، کنترل و تأثیرات معنوی است که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۱۰۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است.

1. difficulty identifying feelings
2. difficulty describing feelings
3. externally oriented thinking

مقیاس فاصله‌ای اندازه‌گیری شدند. مقادیر چولگی و کشیدگی، بهنجار بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد (جدول ۱). ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان‌دهنده رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک است (جدول ۱). میزان شاخص تحمل هریک از متغیرهای پیش‌بین بیشتر از ۰/۱ و عامل تورم واریانس هریک از آن‌ها کمتر از ۰/۱ است. بنابراین هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین وجود نداشته و مفروضه عدم هم خطی چندگانه برقرار است. به منظور آزمون ارزیابی برازندگی مدل پیشنهادی (میانجی‌گری ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناایمن و کیفیت زندگی) از تعدادی شاخص‌های برازندگی برای تعیین برازش این مدل استفاده شد که در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲ همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج جدول ۲، کیفیت زندگی با سبک‌های دلبستگی اضطرابی و وابستگی و ناگویی هیجانی همبستگی منفی معنادار و با تاب‌آوری همبستگی مثبت معنادار دارد ($p < 0/01$). به منظور تعیین برازندگی مدل پیشنهادی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با روش حداکثر درست‌نمایی استفاده شد (جدول ۲). استفاده از این روش نیازمند رعایت چند مفروضه اصلی و مهم است. به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل را برآورده می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شده است. این مفروضه‌ها شامل بهنجار بودن توزیع نمرات، حجم نمونه حداقل ۱۰ نفر به ازای هر پارامتر، مقیاس فاصله‌ای متغیرهای پژوهش، رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک و عدم وجود هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین هستند. در این پژوهش به ازای هر پارامتر، بیش از ۱۰ نفر به عنوان گروه نمونه در نظر گرفته شد. کلیه متغیرها با

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
۱. دلبستگی اضطرابی																	
۲. دلبستگی وابستگی	۰/۷۰**																
۳. ناگویی هیجانی	۰/۶۶**	۰/۶۰**															
۴. دشواری در شناسایی احساسات	۰/۶۸**	۰/۵۹**	۰/۹۱**	۱													
۵. دشواری در توصیف احساسات	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۸۶**	۰/۶۸**	۱												
۶. تفکر عینی	-۰/۱۵*	۰/۱۱	-۰/۵۳**	-۰/۲۸**	-۰/۳۱**	۱											
۷. تاب‌آوری	-۰/۴۵**	-۰/۳۵**	-۰/۵۵**	-۰/۵۵**	-۰/۴۵**	-۰/۲۴**	۱										
۸. تصور از شایستگی فردی	-۰/۳۵**	-۰/۲۶**	-۰/۵۱**	-۰/۵۰**	-۰/۴۲**	-۰/۲۳**	۰/۹۳**	۱									
۹. تحمل عاطفه منفی	-۰/۳۷**	-۰/۲۶**	-۰/۴۱**	-۰/۴۳**	-۰/۳۰**	-۰/۱۴	۰/۷۳**	۰/۸۶**	۱								
۱۰. پذیرش مثبت	-۰/۴۸**	-۰/۳۶**	-۰/۵۶**	-۰/۵۳**	-۰/۴۷**	-۰/۲۷**	۰/۸۱**	۰/۶۸**	۰/۶۱**	۱							

نشریه علمی روانشناسی سلامت، سال سیزدهم، شماره دوم، پیاپی پنجاه، تابستان ۱۴۰۳ (۶۲-۴۵)

۱۱. کنترل	-.۴۷**	-.۴۳**	-.۴۹**	-.۵۱**	-.۳۹**	-.۱۵°	-.۷۹**	-.۶۳**	-.۶۴**	-.۵۷**	۱
۱۲. تأثیرات منفی	-.۱۲	-.۰۶	-.۲۳**	-.۱۸°	-.۱۹**	-.۱۹°	-.۵۱**	-.۴۸**	-.۲۴**	-.۳۳**	۱
۱۳. کیفیت زندگی	-.۴۶**	-.۳۱**	-.۵۳**	-.۵۶**	-.۴۴**	-.۱۵°	-.۶۰**	-.۵۸**	-.۳۷**	-.۶۳**	۱
۱۴. حیطه جسمانی	-.۳۹**	-.۲۶**	-.۴۶**	-.۴۶**	-.۴۱**	-.۱۳	-.۵۰**	-.۴۹**	-.۳۳**	-.۵۳**	۱
۱۵. حیطه روانی	-.۴۳**	-.۳۷**	-.۴۷**	-.۴۹**	-.۴۰**	-.۱۱	-.۵۷**	-.۵۳**	-.۳۵**	-.۵۶**	۱
۱۶. حیطه روابط اجتماعی	-.۴۷**	-.۳۵**	-.۴۹**	-.۴۶**	-.۴۷**	-.۱۸°	-.۶۱**	-.۵۸**	-.۳۸**	-.۶۳**	۱
۱۷. حیطه محیطی	-.۳۵**	-.۲۳**	-.۴۴**	-.۵۱**	-.۲۹**	-.۱۲	-.۴۵**	-.۴۵**	-.۲۶**	-.۵۳**	۱

**p<0/01 , *p<0/05

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل تدوین شده

RMSEA	CFI	TLI	IFI	AGFI	GFI	x ² /df	df	x ²	
۰/۰۶	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۸۶	۰/۹۱	۲/۷۴۸	۱۲۴	۳۴۰/۷۸۴	مدل پیشنهادی
<۰/۰۸	>۰/۹	>۰/۹	>۰/۹	>۰/۸	>۰/۹	<۳	-	-	حد قابل پذیرش

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد مقادیر شاخص‌های برازندگی مدل حد قابل پذیرش را برآورده می‌کنند، بنابراین مدل از همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد مقادیر شاخص‌های برازندگی مدل حد قابل پذیرش را برآورده می‌کنند، بنابراین مدل از ارزیابی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم را نشان می‌دهد. مدل مفهومی پژوهش حاضر

جدول ۴. نتایج ارزیابی اثرات مستقیم و غیرمستقیم

فاصله اطمینان	p-value	خطای استاندارد	β	مسیرها
(-۰/۵۱۶) (۰/۱۹۳)	۰/۳۲	۰/۱۷۲	-۰/۱۹۶	دلبستگی اضطرابی ← کیفیت زندگی
(-۰/۱۳۶) (۰/۶۶۲)	۰/۱۸۲	۰/۱۹۶	۰/۲۲۷	دلبستگی وابستگی ← کیفیت زندگی
(۰/۲۷۲) (۰/۸۰۹)	۰/۰۱	۰/۱۲۹	۰/۵۴۹	دلبستگی اضطرابی ← ناگویی هیجانی
(۰/۰۴۰) (۰/۶۳۰)	۰/۰۴۱	۰/۱۵۴	۰/۲۹۷	دلبستگی وابستگی ← ناگویی هیجانی

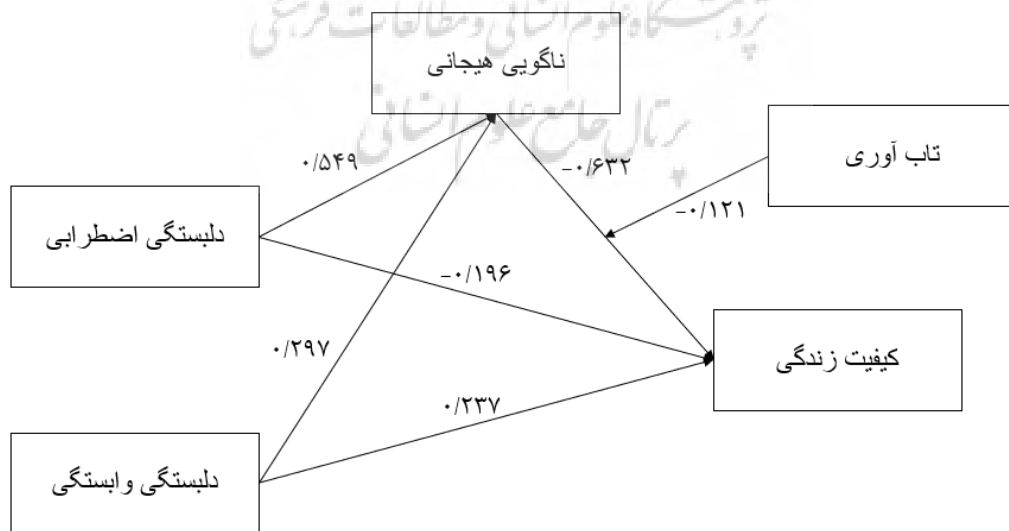
تمنای فر و همکاران: ارتباط بین سبک دلبستگی نایمن و کیفیت زندگی در مبتلایان به درد مزمن: نقش میانجی ناگویی هیجانی و تعدیل‌گری تاب‌آوری

					ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی
		۰/۰۰۶	۰/۱۵	-۰/۶۳۲	
		۰/۰۰۳	۰/۱۰۵	-۰/۳۴۷	دلبستگی اضطرابی ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی
		۰/۰۲۶	۰/۱۲۰	-۰/۱۸۸	دلبستگی وابستگی ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی

علاوه بر این، اثر مستقیم دلبستگی وابستگی بر کیفیت زندگی ($\beta=0/237, p>0/05$) معنادار نیست. اما اثر مستقیم دلبستگی وابستگی بر ناگویی هیجانی ($\beta=0/297, p<0/05$) و اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی ($\beta=-0/632, p<0/01$) معنادار است. هنگامی که ناگویی هیجانی به عنوان میانجی در رابطه بین دلبستگی وابستگی و کیفیت زندگی وارد می‌شود، اثر مسیر غیرمستقیم دلبستگی وابستگی بر کیفیت زندگی برابر با $-0/188$ می‌شود. با توجه به حد بالا و پایین در سطح اطمینان ۹۵ درصد که صفر در آن قرار نمی‌گیرد، این مسیر غیرمستقیم معنی‌دار است. از آنجاکه اثر مستقیم دلبستگی وابستگی بر کیفیت زندگی معنادار نیست، ناگویی هیجانی رابطه بین دلبستگی وابستگی و کیفیت زندگی را به طور کامل میانجی می‌کند.

جهت بررسی نقش تعدیل‌کنندگی تاب‌آوری در مدل پژوهش حاضر از روش تعدیلگر تعاملی در نرم‌افزار AMOS-24 استفاده شد.

طبق نتایج جدول ۳ اثر مستقیم دلبستگی اضطرابی بر کیفیت زندگی ($\beta=-0/196, p>0/05$) معنادار نیست. اما اثر مستقیم دلبستگی اضطرابی بر ناگویی هیجانی ($\beta=0/549, p<0/05$) و اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی ($\beta=-0/632, p<0/01$) معنادار است. هنگامی که ناگویی هیجانی به عنوان میانجی در رابطه بین دلبستگی اضطرابی و کیفیت زندگی وارد می‌شود، اثر مسیر غیرمستقیم دلبستگی اضطرابی بر کیفیت زندگی برابر با $-0/347$ می‌شود. با توجه به حد بالا و پایین در سطح اطمینان ۹۵ درصد که صفر در آن قرار نمی‌گیرد، این مسیر غیرمستقیم معنی‌دار است. از آنجا که اثر مستقیم دلبستگی اضطرابی بر کیفیت زندگی معنادار نیست، ناگویی هیجانی رابطه بین دلبستگی اضطرابی و کیفیت زندگی را به طور کامل میانجی می‌کند.



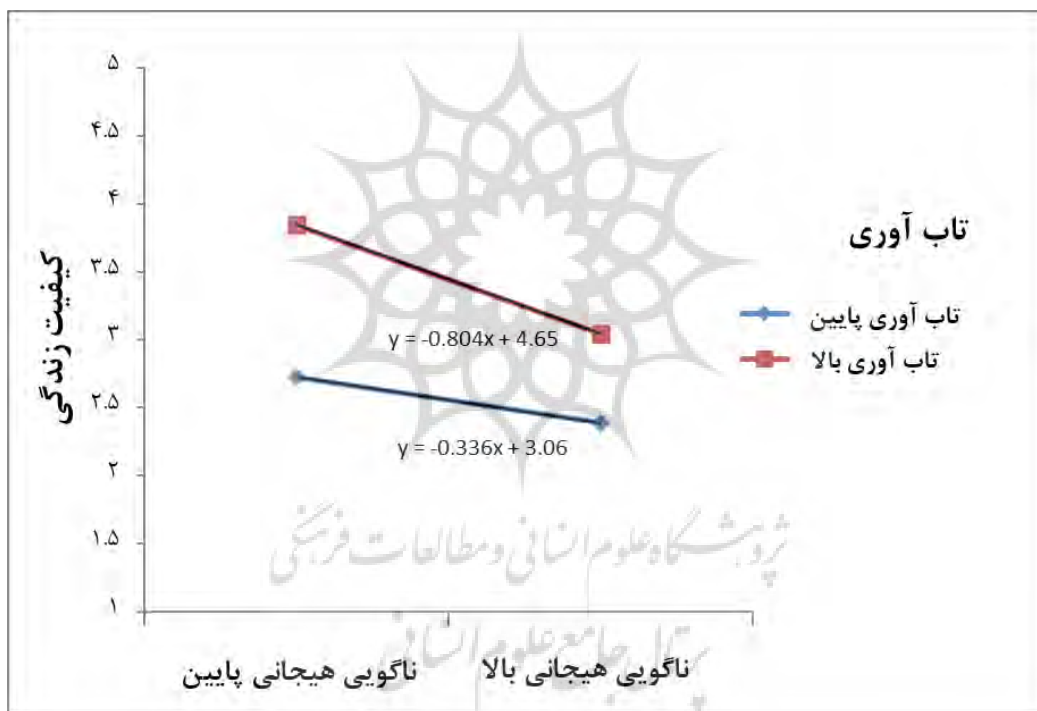
شکل ۱. مدل پژوهش

عبارتی رابطه بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی در سطوح بالا و پایین تاب‌آوری متفاوت است.

بر اساس جدول ۴ تعامل ناگویی هیجانی و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی معنادار است ($p < 0.05$). بنابراین تاب‌آوری در رابطه بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی نقش تعدیل‌کنندگی دارد. به

جدول ۵. نتایج تحلیل مسیرها در مدل تعدیلگری تاب‌آوری

معنی‌داری	خطای استاندارد	β	B	مسیرها
<0.001	0.082	-0.293	-0.285	ناگویی هیجانی \leftarrow کیفیت زندگی
<0.001	0.066	0.442	0.444	تاب‌آوری \leftarrow کیفیت زندگی
0.025	0.052	-0.121	-0.117	ناگویی هیجانی \times تاب‌آوری \leftarrow کیفیت زندگی



شکل ۲. تعدیل‌گری تاب‌آوری در رابطه بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی

تقویت می‌شود یعنی کیفیت زندگی بیشتر کاهش می‌یابد زیرا شیب خط کاهش می‌یابد. یعنی در افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند با افزایش ناگویی هیجانی میزان کیفیت زندگی بیشتر کاهش می‌یابد زیرا شیب خط تاب‌آوری پایین، کاهش بیشتری دارد.

چنانچه در شکل ۲ مشاهده می‌شود هم در تاب‌آوری بالا و هم در تاب‌آوری پایین با افزایش ناگویی هیجانی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. از تاب‌آوری بالا به تاب‌آوری پایین این رابطه

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و تعدیل گری تاب‌آوری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناايمن با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد ناگویی هیجانی رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناايمن (اضطرابی و وابستگی) با کیفیت زندگی مبتلايان به درد مزمن را به طور کامل میانجی می‌کند. به این معنی که سبک‌های دلبستگی ناايمن (اضطرابی و وابستگی) به طور مستقیم بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر نمی‌گذارد بلکه این تأثیر به صورت غیرمستقیم و از طریق ناگویی هیجانی است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد سبک‌های دلبستگی ناايمن (اضطرابی و وابستگی) بر ناگویی هیجانی تأثیر می‌گذارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های فرارو و تیلور^۱ (۲۰۲۱)؛ لیورز، ریان و توربرگ^۲ (۲۰۲۲) و سالکیونی^۳ و همکاران (۲۰۲۱) و بشارت و شهیدی (۲۰۱۴) همسو است. شاید بتوان گفت دلبستگی به عنوان پایه و اساس ساخت روابط با انسان‌ها به سه شیوه کلیدی با ناگویی هیجانی مرتبط است. نخست اینکه ممکن است افراد مبتلا به دلبستگی ناايمن به دلیل طرحواره‌های هیجانی آشفته خود، در شناسایی هیجانات خاص مشکل داشته باشند و در نتیجه ناگویی هیجانی زیادی نشان دهند. بر اساس نظریه کد چندگانه پردازش اطلاعات هیجانی (بوچی^۴، ۲۰۰۲)، افراد اطلاعات هیجانی را باحالات‌های برانگیختگی فیزیولوژیکی خاص درونی و ادغام می‌کنند و در نتیجه طرحواره‌های هیجانی خود را می‌سازند (تیلور و باگی، ۲۰۱۲). افراد دارای دلبستگی ناايمن که در دوران کودکی اغلب قادر به کسب دانش هیجانی کافی از والدین غیرقابل‌دسترس و غیر پاسخگو نبوده‌اند (میکولینکر و شیور^۵، ۲۰۱۵). که همین امر آنان را در معرض خطر بالای عدم تطابق احساسات جسمانی، نمادهای عاطفی و بازنمایی‌های زبانی و ناتوانی در ساختن طرحواره‌های هیجانی قرار می‌دهد (بوچی، ۲۰۰۲). چنین طرحواره‌های نابالغی نیز توسط تعاملات اجتماعی نامطلوب محدود می‌شوند که نمی‌توانند به‌طور مداوم توسط چهره‌های دلبستگی تصحیح و بازسازی شوند (تیلور و بگی، ۲۰۱۲). با افزایش سن این طرحواره‌های هیجانی آشفته غیرقابل انعطاف شده و مانع از شفاف‌سازی هیجانات می‌شوند و منجر به سطح بالایی از ناگویی هیجانی می‌شوند. دوم اینکه کسانی که دلبستگی ناايمن دارند، اغلب راهبردهای عاطفی سازگار را اتخاذ می‌کنند که منجر به ابراز نادرست احساسات به

دیگران و افزایش سطح ناگویی هیجانی می‌شود. به عقیده بالی (۱۹۶۹)؛ به نقل از ژانگ^۶ و همکاران، (۲۰۲۳)، دلبستگی ناايمن باعث می‌شود که افراد از بازنمایی‌های ذهنی سازمان نیافته به هم به عنوان مبنایی برای قضاوت درباره خود و دیگران و روابطشان استفاده کنند، که در هنگام درک نشانه‌های تهدیدآمیز از چهره‌های دلبستگی می‌تواند دو الگوی پاسخ هیجانی ناسازگار (یعنی راهبردهای بیش‌فعال‌سازی و نافع‌سازی) ایجاد کند (میکولینکر و شیور، ۲۰۱۹). افرادی که سبک دلبستگی مضطرب دارند، تمایل دارند راهبردهای بیش‌فعالی را آشکار کنند - که با واکنش‌های عاطفی تقویت‌شده و بیان اغراق‌آمیز هیجانات با هدف جلب توجه و اطمینان‌طلبی از چهره‌های دلبستگی مشخص می‌شود. در مقابل، افراد مبتلا به دلبستگی اجتنابی به احتمال زیاد راهبردهای نافع‌سازی را در پیش می‌گیرند که ابراز پاسخ‌های هیجانی را کاهش می‌دهد و آن‌ها را از چهره‌های دلبستگی دور می‌کند. هر دو راهبرد بیش‌فعال‌سازی و نافع‌سازی به افراد اجازه نمی‌دهد حالت‌های هیجانی درست خود را به طور مناسب بیان کنند و همین امر موجب می‌شود پاسخ و حمایتی را که از دیگران انتظار دارند، دریافت نکنند (میکولینکر و شیور، ۲۰۱۵). این موضوع کاربرد راهبردهای مقابله‌ای هیجانی را تقویت می‌کند و دشواری در ابراز هیجانات را تشدید می‌کند که منجر به افزایش ناگویی هیجانی می‌شود. نهایتاً تبیین دیگری که می‌توان برای رابطه بین دلبستگی ناايمن و ناگویی هیجانی عنوان کرد این است که افراد دارای دلبستگی ناايمن در انطباق با هیجانات خود مشکل دارند. نتایج پژوهش گیرمه^۷ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد افراد دارای دلبستگی ناايمن در کودکی تنظیم هیجانی متعادل (باز بودن، رویکردمحور و مشغولیت به حل مسأله اشتراکی) پایینی دارند و دچار بیش‌تنظیمی (اغراق در بیان عاطفی، نشخوار فکری و خودمحوری در پردازش مسائل) زیادی هستند. از این‌رو، به نظر می‌رسد این افراد در شناسایی و توصیف هیجانات خود مشکل دارند که همین امر ناگویی هیجانی را تشدید می‌کند.

علاوه بر این، نتایج نشان داد ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر می‌گذارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اکبریان و همکاران (۱۴۰۱)؛ ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۶)؛ پیشوا و همکاران (۱۳۹۵) و تسوی و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. ناگویی هیجانی با اتکا به رویکردهای غیرموثر برای تنظیم هیجان از جمله سرکوب و اجتناب همراه است (آئرون^۸، ۲۰۱۹) و به عنوان ساختار چند بعدی با نقص در سیستم‌های پردازش هیجان و تنظیم هیجان ممکن است منجر به تظاهر و

1. Ferraro & Taylor
2. Lyvers, Ryan & Thorberg
3. Salcuni
4. Buccì
5. Mikulincer & Shaver

مکانیسم دفاعی را بازی می‌کند (هلمز^۹ و همکاران، ۲۰۰۸) اما تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی احتمالی در نظر گرفته شود که بر ارتباط بین تجربه رویدادهای آسیب‌زا و ایجاد علائم پس از آن تأثیر می‌گذارد (کرچنر^{۱۰}، ۲۰۲۲). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که مؤلفه‌های تاب‌آوری از جمله پذیرش درد، عاطفه مثبت، و باورهای درد انطباقی می‌توانند باعث تسکین یا محافظت در برابر پریشانی مرتبط با درد و بهبود عملکرد و یکپارچگی اجتماعی می‌شود (بروس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴؛ جنسن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۱) که این امر به نوبه خود باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب نمونه مورد نظر به روش در دسترس به عنوان یک روش غیر احتمالی است. بنابراین لازم است تعمیم‌پذیری نتایج با احتیاط صورت گیرد. از سوی دیگر اجرای پژوهش در محیط‌های درمانی به علت وضعیت جسمانی و روانی بیماران، نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، از آنجا که برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن نمی‌توان تاریخچه مراقبت از افراد و شکل‌گیری دلبستگی آنان در کودکی را تغییر داد، پیشنهاد می‌شود راهبردهای مدیریت درد مزمن بر عوامل هیجانی و توانمندی‌های فردی مؤثر بر بهبود کیفیت زندگی بیماران تمرکز کند. از این رو، مداخلات روانی-آموزشی جهت شناسایی هیجان‌ها و توصیف آن‌ها و کاهش ناگویی هیجانی می‌تواند به بیماران کمک کند تا هیجان‌ها خود را بهتر مدیریت کنند و ابعاد مختلف کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. همچنین، توانمندسازی بیماران در سایه مداخلات مبتنی بر افزایش تاب‌آوری می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی آنان منجر شود.

سپاسگزاری

از پزشکان و بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تشدید علائم درد در بیماران مبتلا به درد مزمن شود (بناییان و جبل عاملی، ۱۴۰۰؛ رضایی و فتح، ۱۳۹۹). این امر می‌تواند باعث شود این بیماران به اشتباه برانگیختگی عاطفی خود را به عنوان نشانه‌های بیماری تفسیر کنند و برای علائمی که هیچ توضیح پزشکی برای آن‌ها وجود ندارد به دنبال مراقبت پزشکی باشند (لانزارا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). پیشوا و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند در مبتلایان به درد مزمن ارتباط بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی به ویژه در خرده مقیاس‌های مشکل در توصیف احساسات و تفکر عینی قوی‌تر است. یافته‌های آنان نشان داد درد موجب ارتباط قوی‌تر ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی می‌شود و بعد روانی کیفیت زندگی بیشتر از ابعاد دیگر تحت تأثیر ناگویی هیجانی قرار دارد. برخی مطالعات به نقش احتمالی عواطف منفی به ویژه افسردگی در میانجیگری رابطه بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن تأکید می‌کنند (تسیو^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ کاستلی^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین به نظر می‌رسد ناگویی هیجانی به تشدید تأثیر درد مزمن بر کیفیت زندگی بیماران به ویژه عملکرد جسمانی-روانی-اجتماعی می‌انجامد و با افزایش دفعات عود بیماری و هزینه‌های درمانی سبب افت کیفیت زندگی آنان شود.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که تاب‌آوری رابطه بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن را تعدیل می‌کند. پژوهشگران درد بر مطالعه تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن تمرکز کرده‌اند که اثرات منفی زندگی با درد بر مبتلایان به درد مزمن را تعدیل می‌کند. بر اساس نظریه رایت^۴ (۱۹۸۳) به نقل از الشولر، (۲۰۱۶) درباره سرمایه‌های روانی اجتماعی، مؤلفه‌های تاب‌آوری همان سرمایه‌های فردی هستند که می‌توانند در تسکین پریشانی مرتبط با درد و بهبود عملکرد نقش داشته باشند. مؤلفه‌های پذیرش درد، عاطفه مثبت و باورهای انطباقی درد در مبتلایان به درد مزمن که حتی دارای ناتوانی جسمانی هستند می‌تواند منجر به رضایت از عملکرد اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی شود (کراتز^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). وجود سبک دلبستگی ناایمن در مبتلایان به درد مزمن می‌تواند به مشکل در شناسایی و توصیف احساسات (رومئو^۶، ۲۰۲۲؛ پناکوبا^۷ و همکاران، ۲۰۲۰) و تاب‌آوری کمتر منجر شود (کورال و کواکس^۸، ۲۰۲۱). هنگامی که فرد یک رویداد آسیب‌زا مانند درد مزمن را تجربه می‌کند، ناگویی هیجانی نقش یک

1. Lanzara
2. Tesio
3. Castelli
4. Wright
5. Kratz
6. Romeo
7. Peñacoba
8. Kural & Kovacs

9. Helmes
10. Kirchner
11. Bruce
12. Jensen

References

- Aaron, R. V., Fisher, E. A., De La Vega, R., Lumley, M. A., & Palermo, T. M. (2019). Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 160(5), 994.
- Ahangarzadeh Rezaei S., & Rasoli, M. (2015). Psychometric properties of the Persian version of "Conner-Davidson resilience scale" in adolescents with cancer. *Nursing and Midwifery Journal*, 13 (9) :739-747. (in Persian)
- Akbarian, M., Habibi, M., Ghanbari Jolfaei, A., & Taheri, A. (2021). Prediction of chronic pain components based on insecure attachment style, Mentalization and alexithymia in patients with musculoskeletal pain in 2020. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 13(1):14-27. (in Persian)
- Alschuler, K.N., Kratz, A.L., & Ehde, D.M. (2016). Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 61(1),7-18.
- Arabi, E., & Bagheri, M. (2017). The mediating role of emotion regulation strategies on the relationship between pain intensity and quality of life in patients with chronic pain disorder. *Health Psychology*, 6(22), 72-87. (in Persian)
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Banaeian, A., & Jabalameli, S. (2021). Evaluation the Contribution of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Alexithymia in Prediction of Pain Indices in Patients with Migraine. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 12 (3) :1-15. (in Persian)
- Behfar, Z., Kraskian, A., Fata, L., & Fathi, M. (2018). The Role of Attachment Styles in Quality of Life among Patients with Chronic Pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 9 (2) :37-46. (in Persian)
- Besharat, M. A. (2013). Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). *Journal of Developmental of Psychology (Iranian Psychologists)*, 10(37), 90-92. (in Persian)
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 352-362.
- Bruce, J., Thornton, A. J., Powell, R., Johnston, M., Wells, M., Heys, S. D., . . . Recovery Study, G. (2014). Psychological, surgical, and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: a population-based cohort study. *Pain*, 155(2), 232-243.
- Bucci, W. (2002). From subsymbolic to symbolic--and back: Therapeutic impact of the referential process. In I. R. Lasky (Ed.), *Symbolization and desymbolization: Essays in honor of Norbert Freedman* (pp. 50-74).
- Canney, M., McNicholas, T., Scarlett, S., & Briggs, B. (2017). Prevalence and impact of chronic debilitating disorders. *Health and Wellbeing: Active Ageing for Older Adults in Ireland: Evidence from the Irish Longitudinal Study on Ageing. Trinity College Dublin, Dublin.* [Google Scholar].
- Castelli, L., Tesio, V., Colonna, F., Molinaro, S., Leombruni, P., Bruzzone, M., et al. (2012). Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia: prevalence and relation with

- quality of life. *Clin. Exp. Rheumatol.* 30(6 Suppl. 74), 70-77.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cousins, L. A., Cohen, L. L., & Venable, C. (2015a). Risk and resilience in pediatric chronic pain: Exploring the protective role of optimism. *Journal of Pediatric Psychology*, 40, 934-942.
- Cousins, L. A., Kalapurakel, S., Cohen, L. L., & Simons, L. E. (2015b). Topical review: Resilience resources and mechanisms in pediatric chronic pain. *Journal of pediatric psychology*, 40(9), 840-845.
- Craparo, G., Magnano, P., Zapparrata, M.V., Gori, A., Costanzo, G., Pace, U., & Pellerone, M. (2018). Coping, attachment style and resilience: the mediating role of alexithymia. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6.
- DIN, P. C. B. (2001). International classification of functioning, disability and health.
- Ebrahimi, Z., Asadi majareh, S., Akbari, B., & Naderi Nabi, B. (2017). The relationship between Alexithymia and Emotion Dysregulation with quality of life in Patients with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 8 (3) :1-11. (in persian)
- Failo, A., Giannotti, M., & Venuti, P. (2019). Associations between attachment and pain: From infant to adolescent. *SAGE open medicine*, 7, 2050312119877771.
- Ferraro, I. K., & Taylor, A. M. (2021). Adult attachment styles and emotional regulation: The role of interoceptive awareness and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 173, 1-7.
- Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2021). Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion*, 21(2), 260-302.
- Gouin, J.-P., Caldwell, W., Woods, R., & Malarkey, W. B. (2017). Resilience resources moderate the association of adverse childhood experiences with adulthood inflammation. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51, 782-786.
- Greenberg, E. N. (2012). The consequences of chronic pain. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 26(1), 64-67.
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: a comparative mixed-methods study. *Journal of patient experience*, 6(2), 133-141.
- Hatami, M., GHasemi, M., & Hasani, J. (2016). The effectiveness of combination of Cognitive Behavior Therapy and Cognitive Emotion Regulation Strategies on mindfulness, resiliency and quality of life in patients with chronic pain. *Health Psychology*, 5(18), 69-86. (in persian)
- Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of clinical psychology*, 64(3), 318-331.
- Hnatešen, D., Pavić, R., Radoš, I., Dimitrijević, I., Budrovac, D., Čebohin, M., & Gusar, I. (2022). Quality of Life and Mental Distress in Patients with Chronic Low Back Pain: A Cross-Sectional

- Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10657.
- IASP. Classification of Chronic Pain. Available online: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/> (accessed on 25 January 2022).
- Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., & Engel, J. M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(1), 146-160.
- Karoly, P., & Ruhlman, L. S. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123(1-2), 90-97.
- Kirchner, K., Brauer, H., Van der Auwera, S., & Grabe, H. J. (2022). The impact of resilience, alexithymia and subjectively perceived helplessness of myocardial infarction on the risk of posttraumatic stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 954-962.
- Kowal, J., McWilliams, L. A., Péloquin, K., Wilson, K. G., Henderson, P. R., & Fergusson, D. A. (2015). Attachment insecurity predicts responses to an interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 518-526.
- Kratz, A. L., Hirsh, A. T., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2013). Acceptance of pain in neurological disorders: associations with functioning and psychosocial well-being. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 1-9.
- Kural, A. I., & Kovacs, M. (2021). Attachment anxiety and resilience: The mediating role of coping. *Acta psychologica*, 221, 103447.
- Lanzara, R., Conti, C., Camelio, M., Cannizzaro, P., Lalli, V., Bellomo, R. G., Saggini, R., & Porcelli, P. (2020). Alexithymia and somatization in chronic pain patients: a sequential mediation model. *Frontiers in Psychology*, 11, 545881.
- Lee, J. W., Lee, K. E., Park, D. J., Kim, S. H., Nah, S. S., Lee, J. H., ... & Lee, S. S. (2017). Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. *Plos one*, 12(2), e0171186.
- Lee, J., & Hur, M. H. (2022). The Effects of Aroma Essential Oil Inhalation on Stress, Pain, and Sleep Quality in Laparoscopic Cholecystectomy Patients: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research*, 16(1), 1-8.
- Lyvers, M., Ryan, N., & Thorberg, F. A. (2022). Alexithymia, attachment security and negative mood. *Australian Psychologist*, 57(2), 86-94.
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Lami, M. J., Prados, G., & Morales, A. (2015). Relationships between physical symptoms, emotional distress, and pain appraisal in fibromyalgia: the moderator effect of alexithymia. *J. Psychol.* 149, 115-140.
- Meredith, P.J. (2016). *Attachment theory and pain*. In: Hunter J and R. Maunder R (eds) *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists*. Cham: Springer, pp. 55-73.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). The psychological effects of the contextual activation of security-enhancing mental representations in adulthood. *Current Opinion in Psychology*, 1, 18-21.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10.

- Moseley, G. L., & Vlaeyen, J. W. (2015). Beyond nociception: the imprecision hypothesis of chronic pain. *Pain*, 156(1), 35-38.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4): 1-12.
- Pan, F., Tian, J., Cicuttini, F., & Jones, G. (2020). Sleep disturbance and its association with pain severity and multisite pain: a prospective 10.7-year study. *Pain and therapy*, 9, 751-763.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale-III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Peñacoba, C., Perez Calvo, S., Blanco, S., & Sanroman, L. (2018). Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 535-544.
- Pishva, N., Bayanlou, A., poursharifi, H., & Yavari, T. (2016). Relationship between Alexithymia and Quality of Life in Patients with Clinical Pain Complain and Healthy People. *Health Psychology*, 5(19), 57-68. (in persian)
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 161, 1976-1982.
- Rezaei, Z., & Fatah, N. (2019). The mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between alexithymia, pain perception and perceived social support in patients with chronic pain. *Journal of Psychological Methods and Models*, 11(40), 27-4. (in persian)
- Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Fusaro, E., Geminiani, G. C., & Castelli, L. (2020). Attachment style and parental bonding: Relationships with fibromyalgia and alexithymia. *PLoS one*, 15(4), e0231674.
- Salcuni, S., Mancinelli, E., Muneratti, A., Grillo, A., Alessi, C., Guglielmino, A., & Finos, L. (2021). Couples undergoing Assisted Reproductive Techniques: An Actor-Partner Interdependence Model of dyadic adjustment, attachment, and body-image avoidance. *Health Psychology Open*, 8(2), 1-12.
- Sechi, C., Lucarelli, L., & Vismara, L. (2021). Depressive symptoms and quality of life in a sample of Italian women with a diagnosis of fibromyalgia: The role of attachment styles. *Depression research and treatment*, 1-7.
- Sechi, C., Vismara, L., Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., & Lucarelli, L. (2020). Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. *Health Psychology Open*, 7(2), 1-8.
- Sine, H., Achbani, A., & Filali, K. (2022). The effect of hypnosis on the intensity of pain and anxiety in cancer patients: a systematic review of controlled experimental trials. *Cancer Investigation*, 40(3), 235-253.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglino, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*, 55(11), 745-767.
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology research and behavior management*, 115-124.

- Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2012). "The alexithymia personality dimension," in *The Oxford Handbook of Personality Disorders*, ed. T. A. Widiger (New York, NY: Oxford University Press), 648-676.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tesio, V., Di Tella, M., Ghiggia, A., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., ... & Castelli, L. (2018). Alexithymia and depression affect quality of life in patients with chronic pain: A study on 205 patients with fibromyalgia. *Frontiers in psychology*, 9, 442.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). *Pain* 160, 19-27.
- Tuzer, V., Bulut, S. D., Bastug, B., Kayalar, G., Göka, E., & Beştepe, E. (2011). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nord. J. Psychiatry* 65, 138-144.
- Winterheld, H. A. (2016). Calibrating use of emotion regulation strategies to the relationship context: An attachment perspective. *Journal of Personality*, 84(3), 369-380.
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 212.
- Zhang, J., Zhang, Y., Mao, Y., & Wang, Y. (2023). The relationship between insecure attachment and alexithymia: A meta-analysis. *Current Psychology*, 1-22.
- Zibakerdar, M. (2012). Investigating the psychometric properties of the attachment questionnaire for adult cholinesteroids and its relationship with the five personality factors NEO-FFI-R. Master's thesis. Central Tehran Islamic Azad University. (in persian).