رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۱۱۵، دی ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(10), 2026

رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به درد مزمن: نقش میانجی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی

The relationship between childhood trauma and psychological distress in individuals with chronic pain: The mediating role of alexithymia and mindfulness

فاطمه خواجه حسنی رابری
گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
دکتر احمد منصوری (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Fatemeh khajeh Hasani Rabari
Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
Dr. Ahmad Mansouri *
Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
mansoury_am@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن بود. روش این پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به درد مزمن شهر نیشابور در سال ۱۴۰۳ بود که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. ۲۵۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه آسیب دوره کودکی (CQT؛ برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-10؛ کسلر و همکاران؛ ۲۰۰۲)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS؛ بکبی و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی (FFMQ، بائر و همکاران، ۲۰۱۲) پاسخ دادند. داده‌ها به روش تحلیل مسیر تحلیل شد. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد که آسیب دوران کودکی بر ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی اثر مستقیم و معنادار داشت؛ همچنین اثر مستقیم ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی نیز معنادار بود (P<۰/۰۵). علاوه بر این، نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی نقش میانجی دارد (P<۰/۰۵). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که آسیب دوران کودکی به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی اثر داشت.

واژه‌های کلیدی: *پریشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، آسیب دوران کودکی، درد مزمن، ذهن آگاهی.*

Abstract

The present study aimed to investigate the mediating role of alexithymia and mindfulness in the relationship between childhood trauma and psychological distress in individuals with chronic pain. This research employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling. The statistical population consisted of individuals with chronic pain in Neyshabur in 2024 who had referred to medical centers. A total of 255 participants were selected using convenience sampling and responded to the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), the Kessler Psychological Distress Scale (K-10; Kessler et al., 2002), the Toronto Alexithymia Scale (TAS; Bagby et al., 1994), and the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2012). Data were analyzed using path analysis. The results indicated a good model fit. Childhood trauma had a significant and direct effect on both alexithymia and mindfulness. Furthermore, alexithymia and mindfulness had significant direct effects on psychological distress (p<.05). Additionally, the findings revealed that alexithymia and mindfulness mediated the relationship between childhood trauma and psychological distress (p<.05). It can be concluded that childhood trauma affects psychological distress indirectly through the mediating roles of alexithymia and mindfulness.

Keywords: *Psychological Distress, Alexithymia, Childhood Trauma, Chronic Pain, Mindfulness.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : تیر ۱۴۰۴** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

مقدمه

درد که به‌صورت مزمن یا حاد طبقه‌بندی می‌شود، تجربه‌ای ناخوشایند با مؤلفه‌های حسی و هیجانی است که اغلب با آسیب واقعی یا بالقوه به بافت‌های بدن همراه هست (کانولی و هاردی[1]، ۲۰۲۳). درد به‌عنوان یک تجربه ذهنی، علاوه بر جنبه‌های فیزیکی، به شدت تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارد که می‌توانند در تداوم و شدت آن نقش اساسی داشته باشند (گودال[2] و همکاران، ۲۰۲۳). درد مزمن به دردی گفته می‌شود که حداقل سه ماه از شش ماه گذشته یا به‌صورت مداوم بیش از سه ماه ادامه داشته باشد و در یک یا چند نقطه از بدن رخ دهد (سویندلز[3] و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی جامع اختلال‌های روماتولوژی نشان می‌دهد شرایطی مانند، بیماری‌های روماتولوژی ازجمله فیبرومیالژیا و لوپوس اریتماتوز سیستمیک جزو اختلال‌های درد مزمن محسوب می‌شوند (موکرجی[4] و همکاران، ۲۰۲۴). این مسئله فراگیر تنها به بیماری‌های روماتیسمی محدود نمی‌شود، بلکه در دیابت مزمن، بیماری‌های قلبی عروقی، اختلال‌های اسکلتی عضلانی، اختلال‌های مفصل گیجگاهی فکی و میگرن نیز قابل‌توجه است (مولینز[5] و همکاران، ۲۰۲۳). طبق پژوهش‌ها، حدود ۲۴ درصد از بزرگسالان ایالات‌متحده با این مشکل روبه‌رو هستند. در ایران، شیوع این نوع درد در بزرگسالان بین ۱۸ تا ۶۵ سال به ۲۱ درصد می‌رسد و در بین افراد ۶۰ تا ۹۰ ساله این آمار به ۶۷ درصد افزایش می‌یابد (قادرنژاد[6] و همکاران، ۱۴۰۲). عوامل روان‌شناختی متعددی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، ناگویی هیجانی و آسیب‌های دوران کودکی با درد مزمن مرتبط هستند (وطن‌پرست[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ نیکلوسون[8] و همکاران، ۲۰۲۳). طبق مدل زیستی-روانی-اجتماعی درد، آسیب‌های دوران کودکی از طریق تغییرات زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی پایدار می‌توانند زمینه‌ساز افزایش آسیب‌پذیری در برابر درد مزمن شوند (کای[9]، ۲۰۲۳).

آسیب‌های دوران کودکی اغلب با تصاویری از آزار جسمی، هیجانی، جنسی، خشونت خانگی یا غفلت همراه است (واترز[10] و همکاران، ۲۰۲۳). این آسیب‌ها می‌توانند به تغییرات بلندمدت زیستی و رفتاری منجر شوند که در بزرگسالی به‌صورت اختلال‌های روانی و جسمی نمایان می‌گردند و سبب پریشانی روان‌شناختی افراد می‌شوند. این موضوع به‌ویژه در افراد مبتلا به درد مزمن اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا این افراد در معرض خطر بیشتری برای اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی قرار دارند (شیا[11]، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نیز رابطه قوی بین درد مزمن و پریشانی روان‌شناختی را نشان داده‌اند؛ سطوح بالاتری از علائم افسردگی و اختلال‌های اضطرابی در افراد مبتلا به درد مزمن مشاهده شده است (ویلیامز[12] و همکاران، ۲۰۲۲؛ کوز[13] و همکاران، ۲۰۲۳). پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان حالتی از رنج هیجانی مرتبط با عوامل استرس‌زا توصیف می‌شود که مقابله با آن چالش‌برانگیز بوده و اغلب منجر به خستگی جسمی، ذهنی یا احساسی می‌شود (وانگ و همکاران[14]، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به‌عنوان شاخص‌های پیش‌بینی کننده پریشانی روان‌شناختی در بزرگسالی عمل می‌کنند و اثرات طولانی‌مدت آن‌ها بر سلامت روان مورد تأکید است (یائو[15]، ۲۰۲۳). این آسیب‌ها همچنین می‌توانند منجر به تغییر در سیستم‌های عصبی زیستی شوند که در بروز درد مزمن و پریشانی روان‌شناختی نقش دارند (کاجانوجا[16] و همکاران، ۲۰۲۰).

اگرچه رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی تائید شده است (واترز و همکاران، ۲۰۲۳؛ یائو، ۲۰۲۳، مورفی[17] و همکاران، ۲۰۲۲)، اما پژوهش‌های کمتری به بررسی عوامل میانجی این رابطه پرداخته‌اند. ناگویی هیجانی به‌عنوان یک عامل میانجی که با آسیب‌های دوران کودکی مرتبط است، می‌تواند این رابطه را تحت تأثیر قرار دهد (کاراجا دینچ[18] و همکاران، ۲۰۲۱). ناگویی هیجانی

1. Connolly & Hardy
2. Goodall
3. Swindells
4. Mookerjee
5. Mullins
6. Ghadrnezhad
7. Vatanparast
8. Nicolson
9. Cai
10. Watters
11.Xia
12. Williams
13. Kose
14. Wang
15. Yao
16. Kascakova
17. Murphy
18. Karaca Dinç

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

ویژگی شخصیتی است که با ناتوانی بالینی در شناسایی و توصیف احساسات تجربه‌شده توسط خود یا دیگران مشخص می‌شود و ویژگی اصلی آن اختلال در آگاهی هیجانی، دلبستگی اجتماعی و ارتباط بین فردی است (گوبوت[1] و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی پیامد آسیب‌های هیجانی و غفلت دوران کودکی است و می‌تواند منجر به اختلال در تنظیم هیجان و افزایش پریشانی روان‌شناختی در بزرگسالی شود (وطن‌پرست و همکاران، ۱۴۰۲؛ کاجانوجا و همکاران، ۲۰۲۰).

ذهن آگاهی نیز با تأکید بر پذیرش هیجان‌ها و تجربه‌های زمان حال، نقش محافظت‌کننده‌ای در برابر اثرات منفی آسیب‌ها دارد و با افزایش توانایی تنظیم هیجان، می‌تواند از شدت پریشانی روان‌شناختی بکاهد (سعادتی[2] و همکاران، ۲۰۲۴؛ بروملی[3] و همکاران، ۲۰۲۴). ذهن آگاهی، شامل حالتی از هوشیاری است که مشخصه آن افزایش آگاهی و حساسیت به تجارب لحظه حال است. این آگاهی شامل باز بودن و پذیرا بودن نسبت به محیط اطراف خود، ازجمله فعالیت‌های معمول است (ایگون[4] و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان دادند که ذهن آگاهی می‌تواند به کاهش اثرات منفی آسیب‌های روانی کمک کند، باعث افزایش تحمل پریشانی شود و نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی افراد ایفا کند. ذهن آگاهی با کاهش ادراک درد و بهبود سلامت روان، به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده عمل می‌کند (ایگون و همکاران، ۲۰۲۴؛ دیویس[5] و همکاران، ۲۰۲۲).

درمجموع، امروزه شیوع بالای درد مزمن یکی از چالش‌های عمده بهداشت عمومی است که تأثیر منفی بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد دارد (مایلز و مرلو[6]، ۲۰۲۱)؛ اما به نقش آسیب‌های دوران کودکی در افزایش پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن کمتر توجه شده است. از سوی دیگر، اگرچه رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی تائید شده است (واترز و همکاران، ۲۰۲۳؛ یائو، ۲۰۲۳)، اما مکانیسم‌های زیرین این رابط به‌ویژه نقش میانجی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی، هنوز مشخص نیست. به نظر می‌رسد آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند از طریق متغیرهای روان‌شناختی مانند ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی سبب پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن شوند و آن‌ها را آسیب‌پذیرتر سازند. شناخت مکانیسم‌های دخیل در این رابطه می‌تواند به درک دقیق‌تر مکانیسم‌های روان‌شناختی مؤثر در تجربه درد کمک کند و مبنایی برای طراحی مداخله‌های مؤثرتر فراهم سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن انجام شد.

روش

روش این پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به درد مزمن (گوارشی، قلبی، اسکلتی) شهر نیشابور در سال ۱۴۰۳ بود که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. بر اساس فرمول کلاین (۲۰۱۱) ۲۵۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از این مراکز انتخاب شدند. معیار ورود در این پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال، عدم ابتلا به اختلال‌های حاد روان‌شناختی (اسکیزوفرنی، افسردگی عمده شدید، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال‌های مرتبط با مواد) و حداقل یک سال سابقه ابتلا به درد مزمن بود؛ همه موارد به روش خود اظهاری ثبت شدند. معیار خروج عدم پاسخگویی به همه سؤالات پرسشنامه بود. پژوهش دارای شناسه اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1403.050 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. ملاحظات اخلاقی شامل اطلاع‌رسانی به شرکت‌کنندگان درباره هدف و روش پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات، رعایت حریم خصوصی، نبود هزینه مالی برای مشارکت و تطابق با ارزش‌های فرهنگی بود. درنهایت برای تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مسیر از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۶ استفاده شد.

2. Gobout
2. Saadati
3. Bromley
4. Aygün
5. Davies
7. Myles & Merlo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

ابزار سنجش

پرسشنامه آسیب دوران کودکی[1] (CTQ): این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای توسط برنستاین[2] و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای پنج خرده مقیاس سوءاستفاده هیجانی، جسمی، جنسی و همچنین غفلت هیجانی و جسمی است. ماده‌های آن بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره ۲۵ و ۱۲۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده آسیب بیشتر است. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان آسیب‌های کودکی ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزار شده است. پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۹۰ و ضرایب همسانی درونی آن برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین روایی همگرای خوبی با پرسشنامه سلامت عمومی (۰/۴۲ =r) داشته است (گروسی و نخعی[3]، ۲۰۰۹). همسانی درونی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۹۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ محاسبه شد.

مقیاس پریشانی روان‌شناختی[4] (K-10): این مقیاس ۱۰ ماده‌ای توسط کسلر[5] و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است. ماده‌های آن بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ (هیچ‌وقت) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره صفر و ۴۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی بیشتر است. کسلر و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین دریافتند که از روایی افتراقی (۰/۸۷) مناسبی برخوردار است. پایایی نسخه فارسی این مقیاس به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۱ گزارش شده است. روایی ملاکی آن از طریق محاسبه همبستگی آن با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب با نمره برش ۸ خوب بوده است؛ به‌عبارت‌دیگر حساسیت و ویژگی آن برای نمره برش ۸ به ترتیب ۸۱ و ۸۰/۵ بوده است. ارزش پیش‌بینی مثبت و منفی آن به ترتیب ۷۶/۴۹ و ۸۴/۴۹ گزار شده است (یعقوبی، ۱۳۹۴). همسانی درونی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[6] (TAS): این مقیاس ۲۰ ماده‌ای توسط بگبی[7] و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و دارای سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی است. ماده‌های آن بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره ۲۰ و ۱۰۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بیشتر است. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی به فاصله سه هفته برای نمره کل مقیاس ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها نیز ۰/۶۴ تا ۰/۸۳ گزارش بوده است. تیلور[8] و همکاران (۲۰۰۰)، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۴ و خرده مقیاس‌های فوق را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کردند. روایی سازه این مقیاس از طریق تحلیل عاملی سبب شناسایی سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی است و همبستگی تمامی سؤال‌ها با یکدیگر برابر ۰/۶۷ بوده است (به نقل از تهمتن و همکاران، ۱۴۰۰). پایایی نسخه فارسی این مقیاس به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است. روایی هم‌زمان این مقیاس از طریق همبستگی بین نمره این مقیاس و مقیاس‌های هوش هیجانی (۰/۷۰ =r)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۶۸- =r) و درماندگی روان‌شناختی (۰/۴۴- =r) خوب بوده است (بشارت، ۱۳۸۸). همسانی درونی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل و سه خرده مقیاس فوق به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۳، ۰/۶۵ و ۰/۳۴ بود.

پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی[9] (FFMQ): این پرسشنامه ۱۵ ماده‌ای توسط بائر[10] و همکاران (۲۰۱۲) ساخته شده و دارای پنج خرده مقیاس مشاهده، توصیف، عمل آگاهانه، قضاوت نکردن و واکنش ناپذیری است. هر یک از ماده‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
2. Bernstein
3. Garrusi & Nakhaee
4. Psychological Distress Scale (K-10)
5. Kessler
6. Toronto Alexithymia Scale (TAS)
7. Bagby
8. Taylor
9. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
10. Baer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز یا خیلی به‌ندرت درست است) تا ۵ (خیلی اوقات یا همیشه درست است) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره ۱۵ تا ۷۵ است. بائر و همکاران (۲۰۱۲) پایایی کل پرسشنامه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ تا ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۹۴ گزارش کردند. گو[1] و همکاران (۲۰۱۶) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های فوق را پیش و پس از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۶۴ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. روایی همگرای آن با سیاهه افسردگی بک-II (۰/۴۲ -۰/۱۵ =rs) و خرده مقیاس نشخوار فکری منفی (۰/۵۸ -۰/۱۸ =rs) خوب بوده است. همچنین، همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با مقیاس‌های سرکوب فکر و ناگویی هیجانی بین ۰/۱۶ تا ۰/۶۸ گزارش شده است. پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ برای خرده مقیاس‌ها و ۰/۸۹ برای کل پرسشنامه گزارش کردند. همچنین این ابزار از روایی سازه مطلوبی برخوردار است و می‌تواند ۴۹ درصد از واریانس را تبیین کند (تمنایی‌فر و همکاران، ۱۳۹۵). همسانی درونی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۲ محاسبه شد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن و طول دوره درد شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۳/۰۴± ۴۶/۴۳ و ۵/۳۷±۳/۱۴ سال بود. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۷۸ نفر (۳۰/۶ درصد) مرد و ۱۷۷ نفر (۶۹/۴ درصد) زن بودند. ۴۶ نفر (۱۸ درصد) مجرد، ۱۹۰ نفر (۷۴/۵ درصد) متأهل و ۱۹ نفر (۷/۵ درصد) طلاق گرفته بودند. ۱۰۱ نفر (۳۹/۶ درصد) درد گوارشی، ۱۱۲ نفر (۴۳/۹ درصد) درد اسکلتی و ۴۲ نفر (۱۶/۵ درصد) درد قلبی داشتند. ۱۰۶ نفر (۴۱/۶ درصد) شاغل، ۸۲ نفر (۳۲/۲ درصد) بیکار و ۶۷ نفر (۶۲/۳ درصد) بازنشسته بودند. ۱۱۵ نفر (۴۵/۱ درصد) سابقه عمل جراحی داشتند، اما ۱۴۰ نفر (۵۴/۹) چنین سابقه‌ای نداشتند. ۹۵ نفر (۳۷/۳ درصد) دیپلم، ۳۴ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق‌دیپلم، ۸۰ نفر (۳۱/۴ درصد) کارشناسی و ۴۵ نفر (۱۷/۶ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. ۸ نفر (۳/۱ درصد) در سطح بالا، ۸۶ نفر (۳۳/۷ درصد) متوسط به بالا، ۱۱۸ نفر (۴۶/۳ درصد) متوسط، ۲۵ نفر (۹/۸ درصد) متوسط به پایین و ۱۸ نفر (۷/۱ درصد) در سطح پایین اجتماعی قرار داشتند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

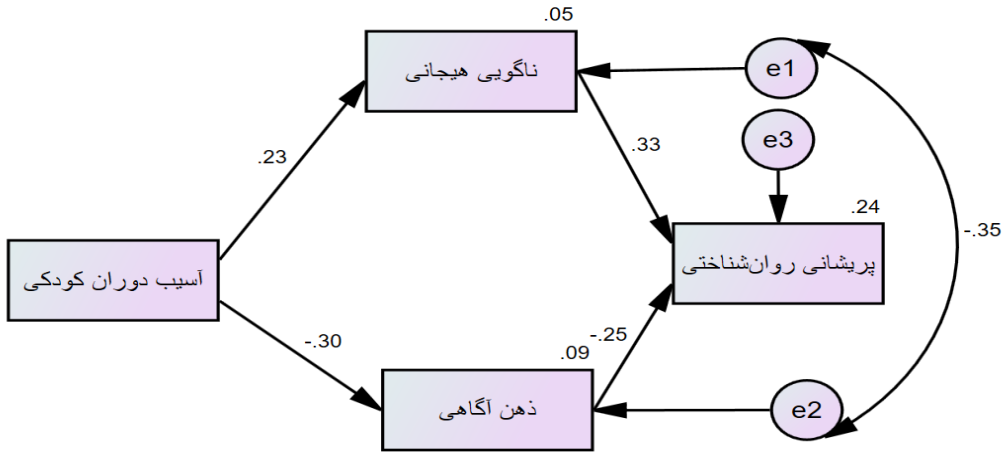
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	کجی	۱	۲	۳	۴
۱- آسیب دوران کودکی	۵۵/۳۵	۱۶/۵۳	۰/۵۳	-۰/۱۱	-			
۲- ذهن آگاهی	۳۲/۲۷	۳/۴۳	۰/۱۲	-۰/۰۷	-۰/۳۰**	-		
۳- ناگویی هیجانی	۴۰/۲۱	۶/۱۶	-۰/۴۴	-۰/۱۴	۰/۲۳**	-۰/۳۹**	-	
۴- پریشانی روان‌شناختی	۲۶/۱۵	۶/۶۱	۰/۲۲	-۰/۰۵	۰/۲۲**	-۰/۳۸**	۰/۴۳**	-

آماره شاخص‌های کجی و کشیدگی جدول ۱ در محدوده ۲+ و ۲- قرار دارد، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. همچنین ضریب ماردیا در این ۱/۸۱ بود. به‌عبارت‌دیگر نرمال بودن چند متغیری نیز برقرار است، زیرا مقدار این آماره کمتر از ۸ هست. با توجه به طبیعی بودن توزیع داده‌ها برای بررسی رابطه خطی بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد؛ نتایج جدول ۱ نشان داد که آسیب دوران کودکی به‌طور مثبت و معنادار با پریشانی روان‌شناختی (r= ۰/۲۲) و به‌طور مثبت و معنادار با ناگویی هیجانی (r= ۰/۲۳) رابطه دارد، اما به‌طور منفی و معنادار با ذهن آگاهی (r= -۰/۳۰) رابطه دارد. ذهن آگاهی به‌طور منفی و معنادار با ناگویی هیجانی (r= -۰/۳۹) و به‌طور منفی و معنادار با پریشانی روان‌شناختی (r -۰/۳۸) رابطه دارد. همچنین ناگویی هیجانی به‌طور مثبت و معنادار با پریشانی روان‌شناختی (r= ۰/۴۳) رابطه دارد. برای اجرای آزمون تحلیل مسیر و بررسی برازش مدل پیشنهادی، ابتدا پیش‌فرض‌های استقلال خطاها و عدم هم خطی چندگانه بررسی شد. نتایج نشان داد که آماره دوربین واتسون برابر با ۱/۷۴ و در دامنه مطلوبیت ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد و نشان‌دهنده استقلال باقی‌مانده‌ها است. هر چه مقدار تحمل بیشتر (نزدیک به ۱) باشد، میزان هم خطی

1. Gu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

کمتر است؛ در این مطالعه میزان تحمل برای متغیرهای پژوهش ۰/۸۹ -۰/۸۰ بود که نشانگر هم خطی مطلوب است. ازآنجایی‌که اثر مستقیم آسیب دوران کودکی بر پریشانی روان‌شناختی (β= ۰/۰۸) معنادار نبود، در مدل نهایی حذف شد.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش در حالت استاندارد

با توجه به نتایج شکل ۱، مدل پیشنهادی نقش میانجی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی درمجموع ۲۰/۶ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. در ادامه ضرایب مسیرهای مستقیم در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد اثرات مستقیم متغیرهای مدل تحلیل مسیر

مسیرها	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	مقدار t	مقدار P
آسیب دوران کودکی← ناگویی هیجانی	۰/۲۳	۰/۰۹	۳/۸۲	<۰/۰۵
آسیب دوران کودکی← ذهن آگاهی	-۰/۳۰	-۰/۰۶	-۵/۰۵	<۰/۰۵
ناگویی هیجانی← پریشانی روان‌شناختی	۰/۳۳	۰/۳۶	۵/۵۹	<۰/۰۵
ذهن آگاهی← پریشانی روان‌شناختی	-۰/۲۵	-۰/۴۸	-۴/۱۴	<۰/۰۵

نتایج جدول ۲ نشان داد اثرات مستقیم آسیب دوران کودکی بر ناگویی هیجانی (β= ۰/۲۳) و ذهن آگاهی (β= -۰/۳۰) معنادار است. همچنین اثرات مستقیم ناگویی هیجانی (β= ۰/۳۳) و همچنین ذهن آگاهی (β= -۰/۲۵) بر پریشانی روان‌شناختی معنادار است. درواقع می‌توان گفت اثرات مستقیم در متغیرهای مدل معنادار است. در ادامه، نتایج تحلیل میانجی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. اثرات میانجی تحلیل مسیر

مسیرها	ضریب مسیر	خطا استاندارد	حد پایین	حد بالا	مقدار P
آسیب دوران کودکی← ناگویی هیجانی← پریشانی روان‌شناختی	۰/۰۳۱	۰/۰۱	۰/۰۱۳	۰/۰۵۵	۰/۰۰۱
آسیب دوران کودکی← ذهن آگاهی← پریشانی روان‌شناختی	۰/۰۳۰	۰/۰۱	۰/۰۱۰	۰/۰۵۴	۰/۰۰۱

به‌منظور بررسی نقش میانجی از روش بوت استرپ استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل مسیر در جدول ۳ نشان داد که آسیب دوران کودکی از طریق ناگویی هیجانی (β= ۰/۰۳۱) و ذهن آگاهی (β= ۰/۰۳۰) بر پریشانی روان‌شناختی تأثیر دارد. در ادامه شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی، در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اصلاح‌شده

شاخص‌های برازش	χ^2	P	df	χ^2/df	RSMEA	CFI	NFI	AGFA	IFI	RFI	GFI
مدل پژوهش	۱/۹۲	۰/۱۶۵	۱	۱/۹۲	۰/۰۶	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۹	۰/۹۱	۰/۹۹
معیار تصمیم	-	P>۰/۰۵	-	<۳	<۰/۰۸	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که عدد حاصل از تقسیم χ^2 بر درجه آزادی برابر ۱/۹۲ بود؛ این شاخص کوچک‌تر از ۳ هست و نشان‌دهنده برازندگی مدل است. شاخص‌های برازش حاصل از مدل تحلیل مسیر پریشانی روان‌شناختی بر اساس آسیب دوران کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی به ترتیب برابر ۱/۹۲ =χ^2، ۱ =df، ۱/۹۲ =χ^2/df، ۰/۹۹ =CFI، ۰/۹۰ =NFI، ۰/۹۷ =NNFI، ۰/۹۹ =IFI، ۰/۹۳ =RFI، ۱ =GFI، ۰/۰۶ =RMSEA است. با توجه به اینکه شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ بوده و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب کم‌تر از ۰/۰۸ است، لذا این مدل برازش مطلوبی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن انجام شد. نتایج نشان داد که اثر مستقیم آسیب دوران کودکی بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن معنادار نیست، اما اثر غیرمستقیم آن از طریق ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی معنادار است. اگرچه اثر مستقیم آسیب دوران کودکی بر پریشانی روان‌شناختی معنادار نبود اما رابطه بین آن‌ها معنادار بود؛ نتایج مربوط به رابطه معنادار بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی با پژوهش‌های واترز و همکاران (۲۰۲۳)، یائو (۲۰۲۳)، وطن‌پرست و همکاران (۲۰۲۴)، نیکلوسون و همکاران (۲۰۲۳)، ویلیامز و همکاران (۲۰۲۲)، کوز و همکاران (۲۰۲۳)، مورفی و همکاران (۲۰۲۲) و کاجانوجا و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. با این وجود، عدم معناداری اثر مستقیم آسیب دوران کودکی بر پریشانی روان‌شناختی نشان‌دهنده نقش سایر عوامل یا مکانیسم‌های روان‌شناختی ازجمله ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در این رابطه هست.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که آسیب‌های دوران کودکی نقش مهمی در شکل‌گیری ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی دارند. بررسی ادبیات پژوهش (طباطبایی و سلیمانی، ۱۴۰۳؛ وطن‌پرست و همکاران، ۲۰۲۴؛ بابایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کوز و همکاران، ۲۰۲۳) نشان می‌دهد که آسیب دوران کودکی با ناگویی هیجانی مرتبط است و بر آن اثر دارد. آسیب‌های دوران کودکی با ایجاد تغییرات پایدار در ساختارهای مغزی مرتبط با هیجان مانند قشر پیش‌پیشانی، اینسولا و آمیگدالا، زمینه‌ساز ناگویی هیجانی می‌شوند؛ وضعیتی که در آن فرد در شناسایی و تنظیم هیجان‌ها ناتوان است (کای و همکاران، ۲۰۲۳). این تغییرات نوروبیولوژیک زمینه‌ساز ناگویی هیجانی هستند، حالتی که با ناتوانی در شناسایی و تنظیم هیجان‌ها شناخته می‌شود. در مبتلایان به درد مزمن دارای سابقه آسیب، این مشکل به دلیل تعامل استرس مزمن و هیجان‌های حل‌نشده تشدید می‌شود (بابایی و همکاران، ۱۴۰۱). در رویکرد پردازش اطلاعات، ناگویی هیجانی ناشی از نقص در رمزگذاری و تحلیل هیجان‌ها است. افراد آسیب‌دیده در کودکی به دلیل اختلال در رابطه بین قشر پیش‌پیشانی و آمیگدالا، در پردازش هیجان‌ها دچار مشکل‌اند و هیجان‌های آن‌ها یا سرکوب می‌شوند یا به‌صورت جسمانی ظاهر می‌شوند (کاجانوجا، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، بررسی ادبیات پژوهش (شریفی و همکاران، ۱۴۰۲؛ بابایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ ونورد و همکاران، ۲۰۲۴؛ ریورا، ۲۰۲۴) نشان می‌دهد که آسیب دوران کودکی با ذهن آگاهی مرتبط است و بر آن اثر دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت تغییرات مغزی ناشی از آسیب‌های کودکی، توانایی توجه آگاهانه و پذیرش هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهند. همچنین، با افزایش نشخوار فکری و الگوهای ناسازگار مانند اجتناب یا فاجعه سازی، مانع شکل‌گیری نگرش پذیرنده و غیرواکنشی می‌شوند (بروملی و همکاران، ۲۰۲۴؛ شریفی و همکاران، ۱۴۰۲). افراد آسیب‌دیده در کودکی در برابر نشخوار فکری و تفکر منفی آسیب‌پذیرترند که این روند به تشدید اضطراب، افسردگی و احساس ناکارآمدی می‌انجامد (دیویس و همکاران، ۲۰۲۴). افرادی که در کودکی با غفلت هیجانی مواجه شده‌اند، ممکن است به دلیل فقدان تجربه‌های اولیه پذیرش و حمایت، در پذیرش هیجان‌های منفی ناشی از درد مزمن دچار مشکل شوند (بابایی و همکاران، ۱۴۰۱).

پس از شکل‌گیری ناگویی هیجانی و کاهش ذهن آگاهی، آسیب دوران کودکی به‌واسطه ناگویی هیجانی و کاهش ذهن آگاهی منجر به پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال درد مزمن می‌شود. بررسی ادبیات پژوهش (بابایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ زینب[1] و همکاران،

1. Zainab

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

۲۰۲۳) نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی با پریشانی روان‌شناختی مرتبط است و بر آن اثر دارد. طبق نظریه شناختی بک، ناگویی هیجانی می‌تواند از طریق تقویت باورهای منفی و سوگیری‌های شناختی، مانند فاجعه سازی، تعمیم بیش‌ازحد، یا خودسرزنش‌گری، به افزایش پریشانی روان‌شناختی کمک کند. برای مثال، افراد دارای ناگویی هیجانی ممکن است احساسات مبهم خود را به‌عنوان نشانه‌ای از خطر یا شکست تفسیر کنند که این امر چرخه‌های معیوب تفکر منفی را ایجاد یا تقویت می‌کند. این تفسیرهای نادرست به‌ویژه در افراد مبتلا به درد مزمن که اغلب با احساسات منفی ناشی از درد جسمانی و محدودیت‌های عملکردی مواجه هستند، تشدید می‌شوند (وانگ و همکاران،۲۰۲۳؛ زینب و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین بررسی ادبیات پژوهش (بابایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ ماسودا و همکاران، ۲۰۲۵؛ سعادتی و همکاران، ۲۰۲۴) نشان داد که ذهن آگاهی با پریشانی روان‌شناختی مرتبط است و بر آن اثر دارد. ذهن آگاهی به‌عنوان یک ظرفیت روان‌شناختی، از طریق افزایش توجه آگاهانه به تجربه‌های لحظه حال و تقویت انعطاف‌پذیری شناختی، به افراد کمک می‌کند تا به‌جای سرکوب یا اجتناب از هیجان‌های منفی، آن‌ها را با نگرشی پذیرنده، غیرقضاوت‌گر و بدون واکنش‌های تکانشی تجربه کنند. این رویکرد باعث می‌شود فرد به‌جای گرفتار شدن در واکنش‌های خودکار بتواند هیجان‌های ناخوشایند را همان‌گونه که هست بپذیرد و درنتیجه فرایند تنظیم هیجان را به شیوه‌ای سالم‌تر انجام دهد (ماسودا و همکاران، ۲۰۲۵). چنین تحولاتی به‌ویژه در افراد مبتلا به درد مزمن که روزانه با احساسات منفی ناشی از درد جسمانی، ناتوانی عملکردی و کاهش کیفیت زندگی مواجه‌اند، اهمیت دوچندان پیدا می‌کند (دیویس و همکاران، ۲۰۲۴).

درمجموع می‌توان نتیجه گرفت که آسیب دوران کودکی به‌طور غیرمستقیم و از طریق ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی منجر به پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود. درواقع، این آسیب‌ها با اختلال در فرآیندهای شناختی و هیجانی، زمینه‌ساز بروز مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالی می‌شوند. ناگویی هیجانی با کاهش توانایی افراد در شناسایی، توصیف و پردازش هیجان‌ها، موجب اختلال در تنظیم هیجان، افزایش مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و جسمانی سازی می‌شود که درنهایت منجر به تشدید اضطراب، افسردگی و سایر نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی می‌شود (وطن‌پرست و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، فقدان ذهن آگاهی با کاهش آگاهی نسبت به هیجان‌ها، عدم پذیرش بدون قضاوت تجربه‌های درونی، افزایش نشخوار فکری و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عدم محافظت‌کننده افراد در برابر استرس و تجارب آسیب‌زا نقش مهمی در کاهش سلامت روان و افزایش پریشانی روان‌شناختی افراد بازی می‌کند (شریفی و همکاران، ۱۴۰۲؛ ماسودا و همکاران، ۲۰۲۵). برای کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد دارای آسیب‌های دوره کودکی مداخله‌ها باید بر بهبود ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی متمرکز شوند. مداخله‌هایی مانند ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و پذیرش و تعهد می‌توانند نقش مهمی در کاهش پریشانی روان‌شناختی ناشی از آسیب دوران کودکی داشته باشند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. ابتدا، پژوهش حاضر به‌صورت مقطعی در مورد افراد مبتلا به درد مزمن انجام شده است. پژوهش‌های طولی می‌توانند اطلاعات دقیق‌تری در مورد روابط بین متغیرها به‌خصوص روابط علی آن‌ها فراهم سازند. دوم، در این پژوهش از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است؛ لذا امکان سوگیری یا تلاش برای مطلوبیت اجتماعی شرکت‌کنندگان وجود دارد. پژوهش‌های آتی می‌توانند از سایر روش‌های جمع‌آوری داده مثل مصاحبه استفاده کنند. سوم، روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، در دسترس است. پژوهش‌های آتی می‌توانند با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شوند تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

منابع

بابایی، ش.، ناصری‌منش، م.، ابوذری، ف.، و کرمی، ص. (۱۴۰۱). نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی. *روان‌پرستاری*، ۱۰(۶)، ۱۱۰–۱۲۲. https://www.sid.ir/paper/1126806/fa

بشارت، م.، و محمدمهر، ر. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نشخوار خشم .*نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، ۱۹(65)، ۳۶-۴۳ . https://www.sid.ir/paper/108310/fa

تمنایی‌فر، ش.، اصغرنژاد فرید، ع.، میرزایی، م.، و سلیمانی، م. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی. روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)، ۱۲(۴۷)، ۳۲۱-۳۲۹.https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054978

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

تهمتن، ع.، کلهرنیاگلکار، م.، و حاجی‌علیزاده، ک. (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. علوم روان‌شناختی، ۲۰(۱۰۸)، ۲۲۸۵-۲۳۰۶. https://psychologicalscience.ir/article-1-1122-fa.html

شریفی، س.، شریفی، س.، کمندلو، م.، و بلاشور، ب. (۱۴۰۲). رابطه بین تجربه آسیب کودکی با پریشانی روان‌شناختی در بزرگسالان: نقش میانجی نشخوارفکری و ذهن‌آگاهی. *روان‌پرستاری*، ۱۱(۵)، ۸۴–۹۵. http://ijpn.ir/article-۲۲۴۵-۱-fa.html

طباطبائی، س. س.، و سلیمانی، ه. (۱۴۰۳). تدوین مدل ساختاری علائم اختلالات خوردن و مشکلات خواب بر اساس آسیب کودکی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی. *روان‌پرستاری*، ۱۲(۴). http://ijpn.ir/article-1-2417-fa.html

قادرنژاد، ب.، بی‌گرد، ش.، شاهویی، ر.، روناک، س.، نوری، ب.، و کلهر، م. (۱۴۰۲). ارتباط خودکارآمدی مدیریت درد با هوش هیجانی در پرستاران بیمارستان‌های شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰. *مجله پرستاری و مامایی*، ۲۱(۴)، ۲۶۰–۲۷۱. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4893-fa.html .

یعقوبی، م. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ۱۰گویه‌ای پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-10) (نسخه فارسی). *پژوهش‌های روان‌شناسی کاربردی*، ۲۲(۶)، ۴۵–۵۸. https://japr.ut.ac.ir/article_57963.html .

Aygün, O., Mohr, E., Duff, C., Matthew, S., & Schoenberg, P. (2024). Oxytocin Modulation in Mindfulness-Based Pain Management for Chronic Pain. *Life*, *14*(2), 253. https://doi.org/10.3390/life14020253

Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(7), 755–765. https://doi.org/10.1002/jclp.21865

Bagby, R. M., Parker, J. D., & 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*(1), 23-32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169–190. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Besharat, M. (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Sciences*, *33*(1), 1-6. https://ijms.sums.ac.ir/article_39805.html

Bromley, K., Sacks, D. D., Boyes, A., Driver, C., & Hermens, D. F. (2024). Health enhancing behaviors in early adolescence: an investigation of nutrition, sleep, physical activity, mindfulness and social connectedness and their association with psychological distress and wellbeing. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1413268. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1413268

Cai, J., Li, J., Liu, D., Gao, S., Zhao, Y., Zhang, J., & Liu, Q. (2023). Long-term effects of childhood trauma subtypes on adult brain function. *Brain and Behavior*, *13*(5), e2981. https://doi.org/10.1002/brb3.2981

Connolly, M. E., & Hardy, S. J. (2023). Clinical considerations for behavioral pain management in co-occurring acute and chronic pain presentations. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *11*(2), 121. https://doi.org/10.1037/cpp0000453

Davies, J. N., Sharpe, L., Day, M. A., & Colagiuri, B. (2022). How do placebo effects contribute to mindfulness-based analgesia? Probing acute pain effects and interactions using a randomized balanced placebo design. *Pain*, *163*(10), 1967-1977. *DOI:* 10.1097/j.pain.0000000000002593

Garrusi, B., & Nakhaee, N. (2009). Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychological Reports*, *104*(2), 509-516. https://doi.org/10.2466/PR0.104.2.509-516

Gobout, N., Morissette Harvey, F., Cyr, G., & Bélanger, C. (2020). Cumulative childhood trauma and couple satisfaction: Examining the mediating role of mindfulness. *Mindfulness*, 11, 1723-1733. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01390-x

Goodall, M., Irving, K., & Nevin, M. (2023). The recognition, assessment and perceptions of total pain in people with profound intellectual disabilities: A mixed methods systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *36*(5), 940-950. https://doi.org/10.1111/jar.13132

Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment*, *28*(7), 791–802. https://doi.org/10.1037/pas0000263

Karaca Dinç, P., Oktay, S., & Durak Batıgün, A. (2021). Mediation role of alexithymia, sensory processing sensitivity and emotional-mental processes between childhood trauma and adult psychopathology: a self-report study. *BMC Psychiatry*, *21*, 1-10. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03532-4

Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Madarasova Geckova, A., & Tavel, P. (2020). The unholy trinity: Childhood trauma, adulthood anxiety, and long-term pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(2), 414. https://doi.org/10.3390/ijerph17020414

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, *32*(6), 959–976. https://doi.org/10.1017/S0033291702006074

Kose, S. G., Kose, H. C., Celikel, F., Tulgar, S., De Cassai, A., Akkaya, O. T., & Hernandez, N. (2022). Chronic pain: an update of clinical practices and advances in chronic pain management. *The Eurasian Journal of Medicine*, *54*(Suppl 1), S57. 10.5152/eurasianjmed.2022.22307

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]

Masuda, A., Goodnight, B. L., Caporino, N. E., Rapadas, C. C., & Tully, E. C. (2025). The roles of psychological inflexibility and mindful awareness on distress in a convenience sample of black American adults in the United States. *Behavioral Sciences*, *15*(2), 112. https://doi.org/10.3390/bs15020112

Mookerjee, N., Schmalbach, N., Antinori, G., Thampi, S., Windle-Puente, D., Gilligan, A., ... & Roy, S. (2024). Association of risk factors and comorbidities with chronic pain in the elderly population. *Journal of Primary Care & Community Health*, *15*, 21501319241233463. https://doi.org/10.1177/21501319241233463

Mullins, P. M., Yong, R. J., & Bhattacharyya, N. (2023). Associations between chronic pain, anxiety, and depression among adults in the United States. *Pain Practice*, *23*(6), 589-594. https://doi.org/10.1111/papr.13220

Myles, L. A. M., & Merlo, E. M. (2021). Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: a cross-sectional study. *Journal of Mind and Medical Sciences*, *8*(1), 86-93. https://doi.org/10.22543/7674.81.P8693

Murphy, F., Nasa, A., Cullinane, D., Raajakesary, K., Gazzaz, A., Sooknarine, V., ... & Roddy, D. W. (2022). Childhood trauma, the HPA axis and psychiatric illnesses: a targeted literature synthesis. Frontiers in Psychiatry, 13, 748372. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.748372

Nicolson, K. P., Mills, S. E., Senaratne, D. N., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2023). What is the association between childhood adversity and subsequent chronic pain in adulthood? A systematic review. *BJA Open*, *6*, 100139. https://doi.org/10.1016/j.bjao.2023.100139

Rivera, Z. A. (2024). *Cultural betrayal trauma theory in a sexual orientation minority context*. (Doctoral dissertation, Wayne State University). https://digitalcommons.wayne.edu/oa_dissertations/4106

Saadati, N., Kiliçaslan, F., & Salami, M. O. (2024). The psychosomatic effects of childhood trauma: Insights from adult survivors. *Journal of Personality and Psychosomatic Research*, *2*(2), 34-40. https://doi.org/10.61838/kman.jppr.2.2.6

Swindells, T., Iddon, J., & Dickson, J. M. (2023). The role of adaptive goal processes in mental wellbeing in chronic pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1278. https://doi.org/10.3390/ijerph20021278

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511526831

van der Weerd, N., Mulders, P., Vrijsen, J., van Oort, J., Collard, R., van Eijndhoven, P., & Tendolkar, I. (2024). Childhood adversity, stress reactivity, and structural brain measures in stress-related/neurodevelopmental disorders, and their comorbidity: A large transdiagnostic cross-sectional study. *Human Brain Mapping*, *45*(14), e70025. https://doi.org/10.1002/hbm.70025

Vatanparast, A., Shakiba, S., Momeni, F., & Kamrani, A. (2024). The relationship between childhood maltreatment and self-harm: The mediating roles of alexithymia, dissociation, internalizing and posttraumatic symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, *15*(1), 2378642. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2378642

Wang, B., Zhao, Y., Lu, X., & Qin, B. (2023). Cognitive distortion based explainable depression detection and analysis technologies for the adolescent internet users on social media. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1045777. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1045777

Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2023). Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: A multivariate meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(1), 231-244. https://doi.org/10.1177/15248380211029397

Williams, T. L., Joseph, C., Nilsson-Wikmar, L., & Phillips, J. (2022). Exploration of the experiences of persons in the traumatic spinal cord injury population in relation to chronic pain management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 77. https://doi.org/10.3390/ijerph20010077

Xia, J., Zhu, L., Huang, H., Fan, P., Zhou, M., Cai, X. L., & He, H. (2023). Relationships between childhood trauma and mental health during the COVID-19 pandemic: a network analysis. *Frontiers in psychiatry*, *14*, 1251473. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1251473

Yao, K., Chen, P., Zhou, H., Ruan, J., Chen, D., Yang, X., & Zhou, Y. (2023). The effect of childhood trauma on suicide risk: the chain mediating effects of resilience and mental distress. *BMC Psychiatry*, *23*(1), 865. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05348-w

Zainab, S., Arzeen, N., & Arzeen, S. (2023). Impact of Parental Bonding on Alexithymia and Psychological Distress among Pakistani Adolescents. *International Journal of Psychology and Cognitive Education*, *2*(1), 21-30. DOI: 10.58425/ijpce.v2i1.14

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.171]