





## The Relationship Between Childhood Trauma and Psychological Distress in Individuals with Chronic Pain: The Mediating Role of Pain Self-Efficacy and Pain Catastrophizing

Fatemeh Khajeh Hasani Rabari<sup>1</sup> , Ahmad Mansouri\*<sup>2</sup> 

1. Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: [hasani@iau-neyshabur.ac.ir](mailto:hasani@iau-neyshabur.ac.ir)

2. Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: [mansoury\\_am@iau.ac.ir](mailto:mansoury_am@iau.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 22 January 2026

Received in revised form 11 February 2026

Accepted 15 March 2026  
Published online 22 May 2026

#### Keywords:

Childhood trauma;  
psychological distress;  
pain self-efficacy; pain  
catastrophizing

### ABSTRACT

**Background:** Chronic pain, as a biopsychosocial phenomenon, is influenced not only by physical factors but also by early developmental experiences and cognitive–emotional variables. Although the role of childhood trauma in the development of psychological problems and the importance of cognitive factors in the experience of chronic pain has been well documented, prior studies have largely examined these factors in isolation. Consequently, the mediating mechanisms that explain these relationships have received relatively limited empirical attention.

**Aims:** The present study aimed to examine the relationship between childhood trauma and psychological distress in individuals with chronic pain, with particular emphasis on the mediating roles of pain self-efficacy and pain catastrophizing.

**Methods:** This study employed a descriptive–correlational design. The statistical population comprised all individuals with chronic pain (gastrointestinal, cardiac, and musculoskeletal) in the city of Neyshabur in 2024. Using convenience sampling, 255 participants were selected. Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein, 2003), the Psychological Distress Scale (Kessler, 2002), the Pain Self-Efficacy Questionnaire (Nicholas, 2007), and the Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al., 1995). The data were analyzed using Pearson correlation coefficients and Path analysis in SPSS version 27 and AMOS version 24.

**Results:** The findings indicated significant associations among childhood trauma, pain self-efficacy, pain catastrophizing, and psychological distress ( $p < .05$ ). Although the direct effect of childhood trauma on psychological distress was not statistically significant, this effect was significant indirectly through pain self-efficacy and pain catastrophizing. The proposed model demonstrated excellent fit indices.

**Conclusion:** The results suggest that the impact of childhood trauma on psychological distress in individuals with chronic pain is largely explained through modifiable cognitive factors. Accordingly, the development and implementation of clinical interventions focused on enhancing pain self-efficacy and reducing pain catastrophizing may represent an effective strategy for alleviating psychological distress in this population, particularly among individuals with a history of early life trauma.

**Citation:** Khajeh Hasani Rabari, F., & Mansouri, A (2026). The Relationship Between Childhood Trauma and Psychological Distress in Individuals with Chronic Pain: The Mediating Role of Pain Self-Efficacy and Pain Catastrophizing. *Journal of Psychological Science*, 25(159), 1-16. [10.61186/jps.25.159.20](https://doi.org/10.61186/jps.25.159.20)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 25, No. 159, 2026.

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.159.20](https://doi.org/10.61186/jps.25.159.20)



✉ **Corresponding Author:** Ahmad Mansouri. Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.  
E-mail: [mansoury\\_am@iau.ac.ir](mailto:mansoury_am@iau.ac.ir) Tel: (+98)9153331799

## Extended Abstract

### Introduction

Chronic pain is a multidimensional biopsychosocial phenomenon that involves not only sensory but also emotional and cognitive components and is typically associated with actual or potential tissue damage (Connolly & Hardy, 2023; Lyngson et al., 2022). Evidence indicates that chronic pain is one of the most prevalent and disabling health conditions, exerting a substantial negative impact on mental health (Miller et al., 2024). Beyond a purely physical experience, chronic pain encompasses biological, cognitive, emotional, and social factors (Goodall et al., 2023) and is generally defined as pain persisting for more than three months and not attributable to the normal healing process (Shi & Wu, 2023). Research consistently shows that psychological distress, including depressive and anxiety symptoms, is significantly more prevalent among individuals with chronic pain than in the general population (Koos et al., 2022; Williams et al., 2022).

Childhood trauma is a major predictor of psychological distress in adulthood and includes experiences such as physical, emotional, and sexual abuse, neglect, and exposure to violence (Hildenbrand et al., 2019; Waters et al., 2023). Studies suggest that these early adverse experiences can lead to long-term neurobiological alterations and heightened sensitivity to stress and pain, which manifest in adulthood—particularly among individuals with chronic pain—as elevated psychological distress and emotional disorders (Huang, 2025; Bahr, 2023; Xia et al., 2023). Furthermore, childhood trauma has been linked to alterations in biological systems involved in chronic pain and to higher rates of depression and other psychological disorders in adulthood (Kodila et al., 2024; Waters et al., 2023). However, emerging evidence suggests that the relationship between childhood trauma and psychological distress is not always direct and may be explained by mediating psychological mechanisms (Yao et al., 2023; Holl et al., 2024).

In this context, pain self-efficacy and pain catastrophizing have been identified as two key cognitive constructs mediating emotional outcomes in chronic pain. Pain self-efficacy refers to individuals' beliefs in their ability to maintain functioning and manage the emotional consequences of pain despite its persistence (Nicholas, 2007), and lower levels have been associated with activity avoidance, increased pain severity, and greater psychological distress (Varla & Van Sleet, 2022). In contrast, pain catastrophizing is a maladaptive cognitive pattern characterized by magnification, rumination, and helplessness, which is associated with intensified pain and emotional distress (Sullivan et al., 2008; Rabinowitz et al., 2023). Empirical findings indicate that catastrophizing cognitions are linked to disability, impaired physical functioning, and increased psychological distress in individuals with chronic pain (Lee et al., 2025; Kardash et al., 2024), and that individuals with a history of childhood trauma who exhibit higher levels of pain catastrophizing are at greater risk for anxiety and depression in adulthood (Delgado-Sánchez et al., 2023). Despite this evidence, the simultaneous examination of pain self-efficacy and pain catastrophizing as cognitive mediators in chronic pain populations—particularly in Iranian samples—remains limited.

### Method

The present study employed a descriptive–correlational design and was conducted on 255 individuals with chronic gastrointestinal, cardiac, and musculoskeletal pain in the city of Neyshabur in 2024. Participants were selected using convenience sampling from medical centers, specialized clinics, and physicians' offices, and the sample size was determined based on Klein's (2023) formula. Inclusion criteria comprised an age range of 20 to 45 years, a minimum of one year of chronic pain history, and the absence of severe psychological disorders, which was verified through a brief structured clinical screening interview, self-report, and review of available medical records. Data were

collected using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), the Kessler Psychological Distress Scale (K-10; Kessler et al., 2002), the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ; Nicholas, 2007), and the Pain Catastrophizing Scale (PCS; Sullivan et al., 1995), all of which have demonstrated satisfactory validity and reliability in previous research and validated Persian versions. In the present study, Cronbach's alpha coefficients were .93 for the CTQ, .87 for the K-10, .87 for the PSEQ, and ranged from .71 to .79 for the PCS subscales, indicating acceptable to excellent internal consistency of the instruments in the studied sample.

## Results

The study sample consisted of 255 individuals with chronic pain, with a mean age of 43.46 years ( $SD=13.04$ ) and a mean pain duration of 5.37 years ( $SD=3.14$ ). Demographically, the majority of

participants were female, married, and diagnosed with musculoskeletal pain, and nearly half reported a history of surgical intervention. Most participants were employed or unemployed, had diploma- or bachelor-level education, and were classified within the middle socioeconomic range. Statistical analyses indicated that the data were normally distributed and that significant associations existed among childhood trauma, pain self-efficacy, pain catastrophizing, and psychological distress ( $p<.05$ ). Furthermore, key statistical assumptions were met, including independence of errors and the absence of multicollinearity, as evidenced by an acceptable Durbin-Watson value and satisfactory tolerance and variance inflation factor indices. Accordingly, the modified model supporting the mediating roles of pain self-efficacy and pain catastrophizing in the relationship between childhood trauma and psychological distress among individuals with chronic pain was confirmed.

**Table 1. Direct Effects in the Model**

Effect Type	Predictor Variable	Outcome Variable	$\beta$	t	p
Direct	Childhood Trauma	Pain Self-Efficacy	-0.35	-3.82	< .05
	Childhood Trauma	Pain Catastrophizing	0.26	5.05	< .05
	Pain Self-Efficacy	Psychological Distress	-0.15	-5.74	< .05
	Pain Catastrophizing	Psychological Distress	0.54	30.96	< .05
	Childhood Trauma	Psychological Distress	0.04	1.34	> .05

The results presented in Table 1 indicate that the direct effect of childhood trauma on pain self-efficacy was significant and negative ( $\beta=-0.35$ ,  $t=-3.82$ ,  $p<.05$ ), while its direct effect on pain catastrophizing was significant and positive ( $\beta=0.26$ ,  $t=5.05$ ,  $p<.05$ ). However, the direct effect of childhood trauma

on psychological distress was not statistically significant ( $\beta=0.04$ ,  $t=1.34$ ,  $p>.05$ ). In contrast, the direct effects of pain self-efficacy ( $\beta=-0.15$ ,  $t=-5.74$ ,  $p<.05$ ) and pain catastrophizing ( $\beta=0.54$ ,  $t=30.96$ ,  $p<.05$ ) on psychological distress were both significant.

**Table 2. Indirect Effect in the Structural Model**

Indirect Path	Coefficient	p-value
Childhood Trauma → Pain Self-Efficacy → Psychological Distress	0/15	0.05
Childhood Trauma → Pain Self-Efficacy → Psychological Distress	0/13	0.05

As shown in Table 2, the indirect effect of childhood trauma on psychological distress through pain self-efficacy and pain catastrophizing was

statistically significant, supporting the mediating role of these variables.

## Conclusion

The present study aimed to examine the relationship between childhood trauma and psychological distress in individuals with chronic pain, focusing on the mediating roles of pain self-efficacy and pain catastrophizing. The findings indicated that although childhood trauma did not have a significant direct effect on psychological distress, its impact was significant indirectly through pain self-efficacy and pain catastrophizing. This result is consistent with previous studies emphasizing the indirect pathways through which early adverse experiences influence psychological outcomes in adulthood (Yao et al., 2023; Holl et al., 2024). This pattern can be explained within the biopsychosocial framework of pain, according to which chronic pain engages complex cognitive and emotional processes that activate the effects of early trauma through mediating mechanisms rather than direct pathways (Goodall et al., 2023).

Further findings demonstrated that childhood trauma was significantly associated with lower levels of pain self-efficacy and higher levels of pain catastrophizing in adulthood. These results are in line with evidence indicating that early adverse experiences undermine individuals' beliefs in their ability to control stressful situations and increase maladaptive cognitive distortions (Bahr, 2023; Xia et al., 2023; Waters et al., 2023; Delgado-Sánchez et al., 2023). According to Bandura's self-efficacy theory, early life experiences play a critical role in shaping beliefs about personal competence, and exposure to neglect or abuse may result in reduced confidence in managing pain later in life (Nicholas, 2007). In addition, cognitive models of pain suggest that early insecure experiences contribute to the development of negative schemas that are activated in response to pain, leading to catastrophic interpretations of pain as uncontrollable and threatening (Sullivan et al., 2008).

Finally, the results revealed a significant negative association between pain self-efficacy and

psychological distress, as well as a significant positive association between pain catastrophizing and psychological distress. These findings are consistent with prior research highlighting the protective role of pain self-efficacy and the exacerbating role of pain catastrophizing in chronic pain outcomes (Varla & Van Sleet, 2022; Williams et al., 2022; Rabinowitz et al., 2023; Lee et al., 2025). Higher pain self-efficacy is associated with better emotional regulation and more adaptive coping strategies, whereas pain catastrophizing intensifies stress responses, rumination, and feelings of helplessness, thereby perpetuating psychological distress. Despite limitations such as the cross-sectional design and reliance on self-report measures, the findings underscore the importance of developing psychological interventions aimed at enhancing pain self-efficacy and modifying catastrophic cognitions to alleviate psychological distress in individuals with chronic pain.

## Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is derived from a master's thesis conducted by a graduate student in Clinical Psychology at the Islamic Azad University, Neyshabur Branch. The study was approved by the Ethics Committee for Biomedical Research of the Islamic Azad University, Neyshabur Branch, under the ethical approval code IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1403.050. In accordance with ethical research principles, data collection was carried out only after obtaining informed consent from all participants. Participants were assured of the confidentiality of their personal information, and it was emphasized that all results would be reported anonymously without any identifying information.

**Funding:** This research was conducted as part of a master's thesis and did not receive any financial support.

**Authors' contribution:** This article was extracted from the master's thesis of the first author and was supervised by the second author.

**Conflict of interest:** The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the results of this study.

**Acknowledgments:** The authors would like to express their sincere gratitude to all participants who took part in this research.



## رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن: نقش میانجی خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد

فاطمه خواجه حسنی رابری<sup>۱</sup>، احمد منصوری<sup>۲\*</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۲

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۴

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

آسیب دوران کودکی، پریشانی روان‌شناختی، خودکارآمدی درد، فاجعه‌سازی درد

**زمینه:** درد مزمن به‌عنوان یک پدیده زیستی-روانی-اجتماعی، نه تنها با عوامل جسمانی بلکه با تجربیات رشدی اولیه و متغیرهای شناختی-هیجانی مرتبط است. با وجود تأیید نقش آسیب‌های دوران کودکی در بروز مشکلات روان‌شناختی و نیز اهمیت متغیرهای شناختی در تجربه درد مزمن، پژوهش‌های پیشین عمدتاً این عوامل را به‌صورت مجزا بررسی کرده‌اند و سازوکارهای میانجی تبیین‌کننده این روابط کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به درد مزمن و نقش میانجی خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد انجام شد.

**روش:** این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به درد مزمن (گوارشی، قلبی، اسکلتی) شهر نیشابور در سال ۱۴۰۳ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس ۲۵۵ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های آسیب دوران کودکی (برنستاین، ۲۰۰۳)، پریشانی روان‌شناختی (کسلر، ۲۰۰۲)، خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷) و فاجعه‌سازی (سالویان و همکاران، ۱۹۹۵) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم‌افزار SPSS-27 و AMOS-24 مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین آسیب دوران کودکی، خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد و پریشانی روان‌شناختی رابطه معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ). اگرچه اثر مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر پریشانی روان‌شناختی معنادار نیست، اما این اثر به‌صورت غیرمستقیم از طریق خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد معنادار است ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که تأثیر آسیب‌های دوران کودکی بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن، عمدتاً از مسیر متغیرهای شناختی قابل مداخله تبیین می‌شود. ازاین‌رو، طراحی و اجرای مداخلات بالینی متمرکز بر تقویت خودکارآمدی درد و کاهش فاجعه‌سازی درد می‌تواند راهبردی مؤثر برای کاهش پریشانی روان‌شناختی این بیماران، به‌ویژه در افرادی با سابقه آسیب‌های اولیه، باشد.

**استناد:** خواجه حسنی رابری، فاطمه و منصوری، احمد (۱۴۰۵). رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن: نقش میانجی خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد. *مجله علوم روانشناختی*، شماره ۱۵۹، ۱-۱۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۹، ۱۴۰۵. DOI: [10.61186/jps.25.159.20](https://doi.org/10.61186/jps.25.159.20)



\* نویسنده مسئول: احمد منصوری. گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

رایانامه: [mansoury\\_am@iauo.ac.ir](mailto:mansoury_am@iauo.ac.ir) تلفن: ۰۹۱۵۳۳۳۱۷۹۹

## مقدمه

به درد مزمن، به شکل اختلالات روان‌شناختی و جسمانی بروز می‌یابد (بحر، ۲۰۲۳؛ شیا و همکاران، ۲۰۲۳). این تجارب اولیه می‌توانند حساسیت فرد را نسبت به استرس و درد افزایش دهند و زمینه‌ساز تداوم پریشانی روان‌شناختی شوند (هوانگ، ۲۰۲۵). برای بسیاری از افراد، آسیب‌های دوران کودکی شامل تجاربی نظیر آزار کودک، مواجهه با خشونت خانوادگی یا اجتماعی، فجایع طبیعی یا انسانی و یا از دست دادن یکی از عزیزان است (هیلدبرند و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه این مفهوم دامنه وسیعی از تجارب آسیب‌زا را در بر می‌گیرد، اما رایج‌ترین اشکال آن شامل آزار جسمی، عاطفی و جنسی، غفلت و خشونت خانگی است (واترز و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند این آسیب‌ها می‌توانند موجب تغییر در سیستم‌های عصبی-زیستی شوند که نقش مهمی در بروز و تداوم درد مزمن ایفا می‌کنند (کودیل و همکاران، ۲۰۲۴) و با نرخ بالاتری از اختلالات روان‌شناختی، به‌ویژه افسردگی، در بزرگسالی همراه هستند (واترز و همکاران، ۲۰۲۳).

مطالعات نوظهور نشان می‌دهند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند به‌عنوان شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده پریشانی روان‌شناختی در بزرگسالی عمل کنند و اثرات پایدار این تجارب اولیه بر سلامت روان را برجسته سازند (یاثو و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، شواهد حاکی از آن است که رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی همواره مستقیم نیست و متغیرهای روان‌شناختی واسطه‌ای می‌توانند این ارتباط را تبیین کنند (هول و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از این متغیرهای میانجی مهم، خودکارآمدی<sup>۴</sup> است که بندورا آن را به‌عنوان باور فرد نسبت به توانایی خود برای تسلط بر موقعیت‌های چالش‌برانگیز تعریف کرده است (هایس-لارسون و همکاران، ۲۰۲۴). خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای در میزان پایداری فرد در مواجهه با موانع، اجتناب یا مواجهه با تکالیف دشوار و تعهد به دستیابی به اهداف ایفا می‌کند (بلویر و همکاران، ۲۰۲۴). در حوزه درد مزمن، مفهوم خاص‌تر خودکارآمدی درد<sup>۵</sup> به باور فرد نسبت به توانایی حفظ عملکرد، کنترل درد و مدیریت

درد تجربه‌ای ناخوشایند با مؤلفه‌های حسی و هیجانی است که معمولاً با آسیب واقعی یا بالقوه به بافت‌های بدن همراه است (کونولی و هاردی، ۲۰۲۳؛ لیونگسون و همکاران، ۲۰۲۲). درد مزمن یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات سلامت در جوامع امروزی است که نه تنها عملکرد جسمانی، بلکه سلامت روان افراد را نیز به‌طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد (میلر و همکاران، ۲۰۲۴). درد مزمن فراتر از یک تجربه صرفاً جسمانی بوده و شامل مجموعه‌ای از عوامل زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی است که می‌تواند ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (گودال و همکاران، ۲۰۲۳). این وضعیت به شرایطی اطلاق می‌شود که معمولاً بیش از سه ماه به طول می‌انجامد و بخشی از روند طبیعی بهبود محسوب نمی‌شود (شی و وو، ۲۰۲۳). درد مزمن میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است و بر اساس گزارش‌ها، حدود ۲۴ درصد از بزرگسالان در ایالات متحده و درصد قابل‌توجهی از جمعیت ایران با این مشکل مواجه هستند (قادارنژاد و همکاران، ۱۴۰۲). در این میان، پریشانی روان‌شناختی<sup>۱</sup> به‌عنوان حالتی از رنج هیجانی ناشی از مواجهه با عوامل استرس‌زا تعریف می‌شود که مقابله با آن‌ها برای فرد دشوار بوده و اغلب با خستگی جسمی، ذهنی و هیجانی همراه است (منون و گادیرجو، ۲۰۲۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به درد مزمن<sup>۲</sup> به‌طور معناداری شایع‌تر از جمعیت عمومی است، به‌طوری‌که سطوح بالایی از علائم افسردگی و اختلالات اضطرابی در این بیماران گزارش شده است (کوز و همکاران، ۲۰۲۲؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از پیش‌بین‌های مهم پریشانی روان‌شناختی در بزرگسالی، آسیب‌های دوران کودکی<sup>۳</sup> است (دونی و همکاران، ۲۰۲۴). در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به تأثیر آسیب‌های روانی و جسمی دوران کودکی بر سلامت روان و جسم در بزرگسالی افزایش یافته است (کای و همکاران، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهد این آسیب‌ها می‌توانند به تغییرات زیستی و رفتاری بلندمدت منجر شوند که پیامدهای آن در بزرگسالی، به‌ویژه در افراد مبتلا

<sup>4</sup> self-Efficacy

<sup>5</sup> pain Self-Efficacy

<sup>1</sup> psychological Distress

<sup>2</sup> chronic Pain

<sup>3</sup> childhood Trauma

پیامدهای هیجانی آن علیرغم تجربه درد اشاره دارد (کارداش و همکاران، ۲۰۲۴).

خودکارآمدی درد شامل باورهایی در مورد توانایی فرد برای کنترل درد، تنظیم هیجان‌های مرتبط، حفظ فعالیت‌های شغلی و روزمره، برقراری ارتباط مؤثر با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و استفاده مناسب از راهبردهای مدیریت درد است (اشتالشمیت و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند خودکارآمدی درد به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای می‌تواند بر رابطه بین عوامل روانی-اجتماعی و ناتوانی ادراک‌شده تأثیر بگذارد و سطوح پایین آن با اجتناب از فعالیت، افزایش شدت درد، مصرف بیشتر داروهای ضد درد و انتقال از درد حاد به درد مزمن همراه است (وارلا و وناسلت، ۲۰۲۲؛ فراری و همکاران، ۲۰۱۶).

در کنار خودکارآمدی درد، فاجعه‌سازی درد<sup>۱</sup> یکی دیگر از متغیرهای شناختی کلیدی است که می‌تواند نقش میانجی در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی ایفا کند (کارداش و همکاران، ۲۰۲۴). فاجعه‌سازی درد به الگویی شناختی اشاره دارد که در آن فرد درد را به‌صورت اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار تفسیر می‌کند و این امر می‌تواند شدت درد، ناتوانی و پریشانی هیجانی مرتبط با آن را تشدید کند (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۸). این سازه شامل سه مؤلفه بزرگ‌نمایی<sup>۲</sup>، نشخوار ذهنی<sup>۳</sup> و درماندگی<sup>۴</sup> است و به‌ویژه در بیماران مبتلا به درد مزمن شیوع بالایی دارد (رابینوویتز و همکاران، ۲۰۲۳). شواهد تجربی نشان می‌دهند شناخت‌های فاجعه‌سازانه درباره درد و اجتناب از فعالیت در بیماران مبتلا به درد مزمن با پیامدهای منفی بعدی، از جمله ناتوانی، اختلال عملکرد جسمانی و افزایش پریشانی روان‌شناختی مرتبط هستند (لی و همکاران، ۲۰۲۵؛ کارداش و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین گزارش شده است افرادی که سابقه آسیب‌های دوران کودکی دارند و سطوح بالاتری از فاجعه‌سازی درد را نشان می‌دهند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اضطراب و افسردگی در بزرگسالی قرار می‌گیرند (دلگادو-سانچز و همکاران، ۲۰۲۳).

با وجود شواهد گسترده مبنی بر ارتباط آسیب‌های دوران کودکی با پریشانی روان‌شناختی و نیز نقش عوامل شناختی در تجربه و تداوم درد

<sup>1</sup> pain Catastrophizing  
<sup>2</sup> magnification

مزمن، پژوهش‌های پیشین عمدتاً این متغیرها را به‌صورت مجزا یا در قالب روابط دومتغیره بررسی کرده‌اند و سازوکارهای روان‌شناختی تبیین‌کننده این ارتباط در جمعیت مبتلا به درد مزمن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به‌ویژه، اگرچه نقش خودکارآمدی و فاجعه‌سازی درد به‌طور جداگانه در پیامدهای هیجانی درد مزمن تأیید شده است، اما بررسی همزمان و یکپارچه این دو متغیر به‌عنوان میانجی‌های شناختی در مسیر اثر آسیب‌های دوران کودکی بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن، به‌ندرت در مدل‌های پژوهشی مورد آزمون قرار گرفته است. افزون بر این، کمبود مطالعات در جامعه ایرانی که این روابط را در چارچوب یک الگوی میانجی‌گری منسجم بررسی کند، خلأ معناداری در ادبیات پژوهش ایجاد کرده است. از این‌رو، نوآوری پژوهش حاضر در ارائه و آزمون یک مدل مفهومی جامع است که در آن، پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر ملاک، آسیب‌های دوران کودکی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد به‌طور همزمان به‌عنوان متغیرهای میانجی در افراد مبتلا به درد مزمن بررسی می‌شوند؛ مدلی که می‌تواند درک عمیق‌تری از سازوکارهای شناختی-هیجانی زیربنای پریشانی روان‌شناختی فراهم آورده و پیامدهای کاربردی مهمی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند در حوزه درد مزمن داشته باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوال انجام شد که آیا آسیب‌های دوران کودکی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد با پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به درد مزمن مرتبط است؟

## روش

**طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به درد مزمن (گوارشی، قلبی، اسکلتی) شهر نیشابور در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۵۵ نفر از افراد مبتلا به درد مزمن شهر نیشابور بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد مبتلا از طریق مراجعه به مراکز درمانی، کلینیک‌های تخصصی (گوارش، قلب، ارتوپدی) و مطب‌های پزشکان متخصص شناسایی شدند. برای تعیین

<sup>3</sup> rumination

<sup>4</sup> helplessness

حجم نمونه از فرمول کلاین (۲۰۲۳)، استفاده شد و نمونه حداقل ۲۵۰ نفر بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل یک سال سابقه ابتلا به درد مزمن (گوارشی، قلبی یا اسکلتی) و عدم ابتلا به اختلال‌های حاد روان‌شناختی بود. شناسایی عدم ابتلا به اختلال‌های حاد روان‌شناختی، از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی عمده با علائم شدید، اختلال اضطراب فراگیر ناتوان‌کننده و اختلال‌های مرتبط با مصرف مواد با تأثیر جدی بر عملکرد، از طریق مصاحبه غربالگری بالینی ساختاریافته کوتاه توسط پژوهشگر آموزش دیده و بر اساس گزارش خوداظهاری شرکت‌کنندگان و بررسی پرونده پزشکی موجود در مراکز درمانی انجام شد. معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص ابزارهای پژوهش بود.

## ابزار

**پرسشنامه آسیب دوران کودکی (CTQ):** پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی توسط برنستاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است و شامل ۲۸ ماده است که میزان تجارب آسیب‌زای دوران کودکی را می‌سنجد. این ابزار دارای پنج خرده‌مقیاس شامل سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی است. ماده‌های پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند؛ به طوری که حداقل و حداکثر نمره کل بین ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر آسیب‌های دوران کودکی است. روایی و پایایی نسخه اصلی این پرسشنامه به‌طور گسترده مورد تأیید قرار گرفته است؛ به نحوی که برنستاین و همکاران ضرایب پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده‌مقیاس‌های سوءاستفاده هیجانی، جسمی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند و روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان آسیب‌های دوران کودکی بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش گاروسی و نخعی (۲۰۰۹) با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۰ و ضرایب پایایی همسانی

درونی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۷۹ گزارش شده و روایی همگرایی مطلوبی با پرسشنامه سلامت عمومی نشان داده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ به دست آمد.

**پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (K-10):** پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است و شامل ۱۰ ماده است که میزان پریشانی روان‌شناختی غیر اختصاصی را در افراد ارزیابی می‌کند. ماده‌های این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ (هیچ‌وقت) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند؛ به گونه‌ای که دامنه نمره کل از صفر تا ۴۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی است. در مطالعه اصلی، کسلر و همکاران پایایی همسانی درونی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند و شواهدی از روایی افتراقی مناسب برای آن ارائه داده‌اند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس توسط یعقوبی (۱۳۹۴) بررسی شده است؛ به طوری که ضرایب پایایی همسانی درونی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۱ گزارش شده و روایی ابزار مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ):** پرسشنامه خودکارآمدی درد توسط نیکولاس و براساس نظریه خودکارآمدی بندورا در سال ۲۰۰۷ طراحی شده است و شامل ۱۰ ماده است که میزان باور فرد نسبت به توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مدیریت پیامدهای درد علیرغم تجربه آن را ارزیابی می‌کند. ماده‌های این پرسشنامه براساس یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند؛ به گونه‌ای که دامنه نمره کل از صفر تا ۶۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از خودکارآمدی در مواجهه با درد است. نیکولاس در مطالعه اولیه، پایایی همسانی درونی این ابزار را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و روایی

<sup>3</sup> pain self-efficacy questionnaire

<sup>1</sup> childhood trauma questionnaire

<sup>2</sup> kessler psychological distress scale

محتوایی آن را مطلوب گزارش کرده است (نیکولاس، ۲۰۰۷). در ایران، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه خودکارآمدی درد توسط اریسیان و همکاران (۱۳۹۹) بررسی شده است؛ به طوری که ضرایب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ، تنصیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷ و ۰/۷۷ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب و رضایت‌بخش این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی مناسب آن در نمونه مورد مطالعه است.

**فاجعه‌سازی درد (PCS):** مقیاس فاجعه‌سازی درد توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ به منظور سنجش میزان افکار و واکنش‌های فاجعه‌آمیز مرتبط با تجربه درد طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۳ ماده و سه خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی (سوالات ۸ تا ۱۱)، بزرگ‌نمایی (سوالات ۶، ۷ و ۱۳) و درماندگی (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۱۲) است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ (هیچ‌وقت) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند؛ به گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتری از فاجعه‌سازی درد است. در مطالعه اولیه، ضرایب پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی و نمره کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی محتوایی ابزار از طریق نظر خبرگان حوزه درد و روان‌شناسی سلامت تأیید شده است و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، ساختار سه‌عاملی نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی را مورد حمایت قرار داده و بیانگر روایی سازه مناسب این مقیاس است. همچنین، شواهدی از روایی همگرا از طریق همبستگی مثبت و معنادار با شاخص‌های شدت درد، اضطراب و افسردگی و روایی افتراقی از طریق تمایز با سازه‌های غیرمرتبط گزارش شده است (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵). در جمعیت ایرانی نیز پایایی این مقیاس تأیید شده است؛ به طوری که ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳ و ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان روان‌شناسی و درد مورد تأیید قرار گرفته و نتایج تحلیل

عاملی، برازش مطلوب مدل سه‌عاملی را نشان داده است. افزون بر این، روایی همگرای مناسب از طریق ارتباط معنادار با متغیرهای مرتبط با درد مزمن و پریشانی روان‌شناختی و روایی افتراقی قابل قبول ابزار تأیید شده است (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۷۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

### روش اجرا:

در این مطالعه جهت بررسی روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرها از روش تحلیل مسیر استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ و نرم افزار آماری AMOS نسخه ۲۴ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۲۵۵ فرد مبتلا به درد مزمن بودند که میانگین و انحراف استاندارد سن آن‌ها  $46/43 \pm 13/04$  سال و میانگین و انحراف استاندارد طول دوره ابتلا به درد مزمن  $37/5 \pm 14/3$  سال بود. از نظر جنسیت، ۷۸ نفر (۳۰٪) مرد و ۱۷۷ نفر (۶۹٪) زن بودند. در ارتباط با وضعیت تأهل، ۴۶ نفر (۱۸٪) مجرد، ۱۹۰ نفر (۷۴٪) متأهل و ۱۹ نفر (۷٪) طلاق گرفته بودند. از نظر نوع درد، بیشترین فراوانی مربوط به دردهای اسکلتی با ۱۱۲ نفر (۴۳٪) بود و پس از آن دردهای گوارشی با ۱۰۱ نفر (۳۹٪) و دردهای قلبی با ۴۲ نفر (۱۶٪) قرار داشتند. بررسی سابقه مداخله‌های پزشکی نشان داد که ۱۱۵ نفر (۴۵٪) سابقه عمل جراحی داشته و ۱۴۰ نفر (۵۴٪) فاقد سابقه جراحی بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۱۰۶ نفر (۴۱٪) شاغل، ۸۲ نفر (۳۲٪) بیکار و ۶۷ نفر (۲۶٪) بازنشسته بودند. در زمینه وضعیت تحصیلی، ۹۵ نفر (۳۷٪) دارای مدرک دیپلم، ۳۴ نفر (۱۳٪) فوق‌دیپلم، ۸۰ نفر (۳۱٪) کارشناسی و ۴۵ نفر (۱۷٪) کارشناسی ارشد بودند. همچنین، ارزیابی وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان نشان داد که ۸ نفر (۳٪) وضعیت اقتصادی بالا، ۸۶ نفر (۳۳٪) متوسط به بالا، ۱۱۸ نفر (۴۶٪) متوسط،

۲۵ نفر (۸/۹٪) متوسط به پایین و ۱۸ نفر (۱/۷٪) وضعیت اقتصادی پایین داشتند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
آسیب دوران کودکی	۵۵/۳۵	۱۶/۵۳	۰/۵۳	-۰/۱۱
خودکارآمدی درد	۲۸/۶۷	۸/۳۵	۰/۰۴	۰/۶۶
فاجعه‌سازی درد	۱۸/۶۳	۷/۸۴	۰/۱۷	-۰/۱۷
پریشانی روان‌شناختی	۲۶/۱۵	۶/۶۱	۰/۲۲	-۰/۰۵

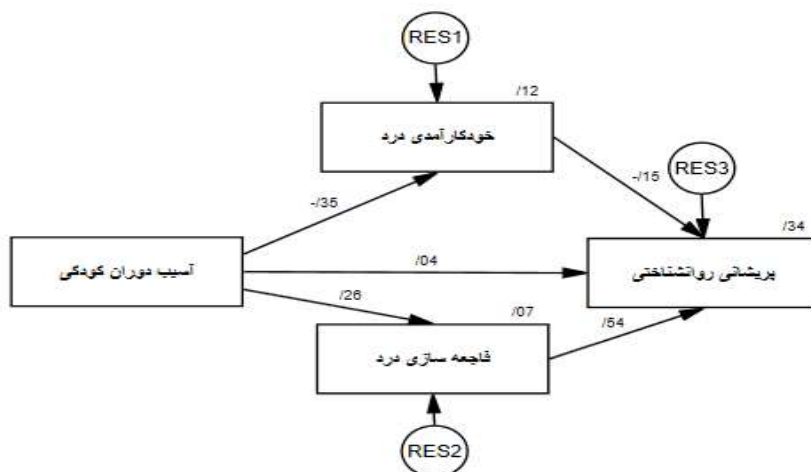
نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۸۷/۰۰	۲۰/۳۴	۱۰۲/۱۴	۱۱/۵۰	شفقت به خود
۲۴/۸۵	۳/۶۲	۱۹/۰۰	۵/۷۷	استرس ادراک شده
۵۰	۸/۴۶	۶۴/۴۲	۵/۳۸	ذهن‌آگاهی

فاصله شاخص تحمل از ۰/۰۱ و همچنین کوچک‌تر بودن شاخص تورم واریانس از ۱۰، مشکل هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. شکل ۱. مدل مربوط به نقش میانجی خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد در رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن نشان داده شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین آسیب دوران کودکی، خودکارآمدی درد، فاجعه‌سازی درد و پریشانی روان‌شناختی رابطه معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ). از این رو پیش‌فرض رابطه بین متغیرها برقرار است. بررسی پیش‌فرض استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون نشان داد که مقدار آن برابر ۱/۶۲ است و در محدوده قابل قبول ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد. آماره تحمل ۰/۸۳ تا ۰/۹۲ و تورم واریانس ۱/۰۷ تا ۱/۱۹ بود. با توجه به



شکل ۱. مدل مربوط به نقش میانجی خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد در رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن



پژوهش حاضر با هدف رابطه بین آسیب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن: نقش میانجی خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد انجام شد. نخستین یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین آسیب‌های دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به درد مزمن رابطه مستقیم معناداری وجود ندارد، اما این ارتباط به صورت غیرمستقیم و از طریق خودکارآمدی درد و فاجعه‌سازی درد برقرار می‌شود. این یافته با نتایج مطالعاتی همسو است که بر غیرمستقیم بودن اثر آسیب‌های اولیه بر پیامدهای روان‌شناختی بزرگسالی تأکید دارند (یانو و همکاران، ۲۰۲۳؛ هول و همکاران، ۲۰۲۴). این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی الزاماً به صورت مستقیم به پریشانی روان‌شناختی منجر نمی‌شوند، بلکه اثر خود را از طریق سازوکارهای شناختی و هیجانی اعمال می‌کنند. در مقابل، برخی مطالعات پیشین که رابطه‌ای مستقیم میان آسیب‌های کودکی و پریشانی روانی گزارش کرده‌اند، عمدتاً در جمعیت‌های عمومی یا نمونه‌های بالینی فاقد درد مزمن انجام شده‌اند و از این رو می‌توان تفاوت زمینه بیماری را عاملی در ناهمسوئی نتایج دانست. این یافته را می‌توان بر اساس رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی درد تبیین کرد. مطابق این دیدگاه، درد مزمن یک تجربه چندبعدی است که علاوه بر مؤلفه‌های زیستی، شامل فرایندهای شناختی و هیجانی پیچیده‌ای است (گودال و همکاران، ۲۰۲۳). در افراد مبتلا به درد مزمن، تجربه مداوم درد می‌تواند منابع شناختی و هیجانی فرد را به شدت درگیر کرده و نقش تجارب آسیب‌زای گذشته را به صورت غیرمستقیم و از طریق متغیرهای واسطه‌ای فعال سازد. درد مزمن با تغییرات فیزیولوژیکی و شناختی همراه است که می‌تواند اثرات آسیب‌های دوران کودکی را تعدیل یا بازمسیردهی کند. افزایش سطح استرس، تغییر در پردازش هیجانی و تمرکز مداوم بر درد فعلی ممکن است موجب شود پریشانی روان‌شناختی نه مستقیماً، بلکه از طریق کاهش احساس کنترل و افزایش تحریف‌های شناختی بروز یابد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که بین آسیب‌های دوران کودکی و خودکارآمدی درد رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد؛ به این معنا که افزایش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با کاهش سطح خودکارآمدی درد در بزرگسالی همراه است. این یافته با شواهد ارائه‌شده در مقدمه همسو است که نشان می‌دهند تجارب آسیب‌زای اولیه می‌توانند باورهای فرد

نسبت به توانایی کنترل موقعیت‌های استرس‌زا را تضعیف کنند (بحر، ۲۰۲۳؛ شیا و همکاران، ۲۰۲۳). این یافته به‌خوبی در چارچوب نظریه خودکارآمدی بندورا قابل تبیین است. بر اساس این نظریه، تجارب اولیه زندگی نقش اساسی در شکل‌گیری باورهای خودکارآمدی دارند. کودکانی که در معرض غفلت، آزار یا بی‌ثباتی هیجانی قرار می‌گیرند، فرصت کمتری برای تجربه موفقیت، دریافت حمایت و شکل‌گیری احساس شایستگی دارند و این امر می‌تواند در بزرگسالی به باور ضعیف‌تری نسبت به توانایی مدیریت درد منجر شود (نیکولاس، ۲۰۰۷). کاهش خودکارآمدی درد در افراد دارای سابقه آسیب‌های دوران کودکی، آنان را در مواجهه با درد مزمن آسیب‌پذیرتر می‌سازد. این افراد کمتر به راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه متوسل می‌شوند و بیشتر دچار اجتناب از فعالیت، درماندگی و کناره‌گیری اجتماعی می‌گردند؛ عواملی که می‌توانند به تشدید پیامدهای هیجانی درد مزمن منجر شوند.

یافته سوم پژوهش نشان داد که بین آسیب‌های دوران کودکی و فاجعه‌سازی درد رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. این نتیجه با مطالعاتی که نشان می‌دهند تجارب آسیب‌زای اولیه با افزایش تحریف‌های شناختی مرتبط با درد همراه است (واترز و همکاران، ۲۰۲۳؛ دلگادو-سانچز و همکاران، ۲۰۲۳). این یافته براساس مدل شناختی درد بیان می‌کند که تجارب ناایمن اولیه می‌توانند به شکل‌گیری طرحواره‌های منفی و سبک‌های شناختی ناسازگار منجر شوند. این طرحواره‌ها در مواجهه با درد فعال شده و درد را به صورت تهدیدی شدید و غیرقابل کنترل تفسیر می‌کنند که هسته اصلی فاجعه‌سازی درد است (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۸). آسیب‌های دوران کودکی از طریق تغییر در سیستم‌های تنظیم استرس و افزایش حساسیت هیجانی، زمینه‌ساز نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی درد و احساس درماندگی می‌شوند. این فرایندها به‌ویژه در افراد مبتلا به درد مزمن، شدت تجربه درد و پیامدهای روان‌شناختی آن را افزایش می‌دهند.

یافته بعدی نشان داد که بین خودکارآمدی درد و پریشانی روان‌شناختی رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد؛ به‌طوری که کاهش خودکارآمدی با افزایش اضطراب، افسردگی و رنج هیجانی همراه است. این یافته با پژوهش‌هایی که نقش محافظتی خودکارآمدی درد را تأیید کرده‌اند، همسو است (وارلا و ون‌اسلت، ۲۰۲۲؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۲). بر

اساس نظریه شناختی-اجتماعی بیان می‌کند که باور به توانایی کنترل درد، نقش اساسی در تنظیم هیجان و کاهش پاسخ‌های استرسی دارد. افرادی که خودکارآمدی بالاتری دارند، درد را قابل مدیریت‌تر ادراک کرده و کمتر دچار پریشانی روان‌شناختی می‌شوند. خودکارآمدی پایین موجب استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب و فاجعه‌سازی می‌شود و چرخه‌ای معیوب از درد، اضطراب و افسردگی را تداوم می‌بخشد. آخرین یافته پژوهش نشان داد که فاجعه‌سازی درد رابطه‌ای مستقیم و معنادار با پریشانی روان‌شناختی دارد. فاجعه‌سازی را یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های پیامدهای هیجانی منفی در درد مزمن می‌دانند، همسو است (رابینوویتز و همکاران، ۲۰۲۳؛ لی و همکاران، ۲۰۲۵). بر اساس مدل‌های شناختی بیان می‌کند که فاجعه‌سازی با فعال‌سازی مداوم پاسخ‌های استرسی، آستانه درد را کاهش داده و پریشانی روان‌شناختی را تشدید می‌کند. تمرکز افراطی بر پیامدهای منفی درد، منابع شناختی فرد را تضعیف کرده و مانع استفاده از راهبردهای مؤثر مدیریت درد می‌شود، امری که به تداوم پریشانی روان‌شناختی می‌انجامد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت مقطعی آن اشاره کرد که امکان استنباط رابطه علی میان متغیرها را محدود می‌سازد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری حافظه یا تمایل به پاسخ‌دهی مطلوب قرار گیرد. با توجه به نقش میانجی خودکارآمدی درد، طراحی مداخلات روان‌شناختی با هدف تقویت باورهای خودکارآمدی در مدیریت درد می‌تواند به کاهش پریشانی روان‌شناختی منجر شود. همچنین، با توجه به نقش تشدیدکننده فاجعه‌سازی درد، مداخلاتی که بر اصلاح تحریف‌های شناختی، کاهش نشخوار ذهنی و افزایش احساس کنترل تمرکز دارند، می‌توانند در بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از پایان‌نامه، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. پژوهش حاضر دارای شناسه اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1403.050 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره

رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از مشارکت‌کنندگانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### منابع

اریسیان، زهرا؛ ترکان، هاجر و مکاریان، فریبرز (۱۳۹۹). نقش نظم جویی هیجان، خودکارآمدی درد و ادراک بیماری در پیش‌بینی خلق منفی زنان مبتلا به سرطان پستان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۸(۳)، ۳۶۰-۳۷۰. <https://sid.ir/paper/957849/fa>

شفیعی، فائزه؛ امینی فسخودی، مریم و نورمحمدی، مجید (۱۳۹۵). بررسی مقایسه متغیرهای روان‌شناختی فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت با توجه به انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران دارای دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی. فصلنامه بیهوشی و درد، ۶(۳)، ۶۲-۷۰. <http://jap.iums.ac.ir/article-1-5230-en.html>

قادرنژاد، بیگرد، شاهوئی، روناک، نوری، بیژن، و کلهر، ماریا. (۱۴۰۲). رابطه خودکارآمدی مدیریت درد با هوش هیجانی در میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان بانه در سال ۲۰۲۱. مجله پرستاری و مامایی، ۲۱(۴)، ۲۷۱-۲۶۰. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4893-fa.html>

یعقوبی، حمید (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۶(۴)، ۴۵-۵۷. [doi:10.22059/japr.2016.57963](https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963)

### References

Arisian Z, Torkan H, Makarian F. (2020). The role of emotion regulation, pain self-efficacy, and illness perception in predicting negative affect in

- Ferrari, S., Chiarotto, A., Pellizzer, M., Vanti, C., & Monticone, M. (2016). Pain self-efficacy and fear of movement are similarly associated with pain intensity and disability in Italian patients with chronic low back pain. *Pain Practice*, 16(8), 1040-1047. DOI: 10.1111/papr.12397
- Hayes-Larson, E., Gradwohl, N., Fong, J., Kobayashi, L., Gilsanz, P., Whitmer, R., ... & Mayeda, E. (2024). Childhood adversity and late-life cognitive and brain health in a diverse cohort. *Alzheimer S & Dementia*, 21(1). <https://doi.org/10.1002/alz.14388>
- Huang, F. (2025). The impact of childhood trauma on the mental health problems of primary education preservice teachers: the mediating role of rumination and the moderating role of self-acceptance. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12(1), 1-9. DOI: 10.1057/s41599-025-04433-7
- 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>
- Ghadarnezhad, B., Bigerd, S., Shahouei, R., Ronak, N., Nouri, B., & Kalahor, M. (2023). The relationship between pain management self-efficacy and emotional intelligence among nurses in hospitals of Baneh County in 2021. *Nursing and Midwifery Journal*, 21(4), 260-271. [In Persian]. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4893-fa.html>
- 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>
- Hildenbrand, A. K., Day, S. B., & Marsac, M. L. (2019). Attending to the not-so-little "little things": Practicing trauma-informed pediatric health care. *Global Pediatric Health*, 6, women with breast cancer. *Journal of Behavioral Sciences*;18(3):360-370. <https://sid.ir/paper/957849/fa> (in persian).
- Bahar, A. (2023). The relationship of university students' childhood mental trauma with depression, anxiety and stress. *The European Research Journal*, 9(4), 785-791. <https://doi.org/10.18621/eurj.1233618>
- Belloir, J. A., Fabiano, F., Jackman, K. B., & Bockting, W. O. (2024). General self-efficacy as a mediator of the association between adverse childhood experiences and psychological distress in gender-minority individuals. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(1), 9-17. <https://doi.org/10.1111/jnu.12889>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... 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](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- 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. doi: 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), 121-133. <https://doi.org/10.1037/cpp0000453>
- Delgado-Sanchez, A., Brown, C., Charalambous, C., Sivan, M., & Jones, A. (2023). Trauma in childhood is associated with greater pain catastrophizing but not anxiety sensitivity: a cross-sectional study. *Pain Reports*, 8(4), e1083. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000001083>
- Dudeny, J., Aaron, R., Hathway, T., Bhattiprolu, K., Bisby, M., McGill, L., ... & Dear, B. (2024). Anxiety and depression in youth with chronic pain. *Jama Pediatrics*, 178(11), 1114. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.3039>

- 54(Suppl 1), S57–S63.  
<https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2022.22307>
- Li, J., Cui, Y., Jia, Q., Ouyang, A., & Hua, Y. (2025). Pain intensity and pain catastrophizing among patients with chronic pain: The mediating effect of self-efficacy. *Journal of Pain Research*, 18, 1361–1373. <https://doi.org/10.2147/JPR.S504498>
- Liongson, F. A., Bhalodi, R., McCarthy, C., Menghani, S. V., & Siddiqui, A. (2022). Outpatient management of chronic pain. In *Updates in anesthesia—The operating room and beyond*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.108993>
- Menon, B., & Gadiraju, P. (2024). Relationship between psychological states and coping in reproductive cancer patients in the context of the pandemic. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 45(3), 233–241. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1766132>
- Miller, S., Cobos, K., Rasic, N., Long, X., Lebel, C., Bar, N., ... & Miller, J. (2024). Adverse childhood experiences, brain efficiency, and the development of pain symptoms in youth. *European Journal of Pain*, 29(1). <https://doi.org/10.1002/ejp.4702>
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11(2), 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.008>
- Rabinowitz, E. P., Sayer, M. A., & Delahanty, D. L. (2023). The role of catastrophizing in chronic cyclical pelvic pain: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health*, 19, 17455057231199949. <https://doi.org/10.1177/17455057231199949>
- Shafiei F, Amini Faskhodi M, Nourmohammadi M. (2017). Comparing Psychological Variables of Catastrophizing and Fear of Movement according to Different Attachment Styles in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *JAP*; 7 (4) :62-70 <http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5230-en.html> (in persian).
- 2333794X19879353.  
<https://doi.org/10.1177/2333794X19879353>
- Holl, J., Berning, A., Kling, L., Taubner, S., Georg, A. K., & Volkert, J. (2024). Transdiagnostic mechanisms of mental health during the COVID-19 pandemic: Associations of childhood trauma, maladaptive personality traits, emotion regulation, mentalizing, and pandemic-related distress. *Frontiers in Psychology*, 15, 1427469. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1427469>
- Kardash, L., Wall, C. L., Flack, M., & Searle, A. (2024). The role of pain self-efficacy and pain catastrophizing in the relationship between chronic pain and depression: A moderated mediation model. *PLOS ONE*, 19(5), e0303775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303775>
- 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., ... 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>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kodila, Z. N., Shultz, S. R., Yamakawa, G. R., & Mychasiuk, R. (2024). Critical windows: Exploring the association between perinatal trauma, epigenetics, and chronic pain. *The Neuroscientist*, 30(5), 574–596. <https://doi.org/10.1177/10738584231176233>
- 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*,

- 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/fpsy.2023.1251473>
- Yaghubi, H. (2016). Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*, 6(4), 45-57. [doi:10.22059/japr.2016.57963](https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963) (in persian).
- 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>
- Shi, Y., & Wu, W. (2023). Multimodal non-invasive non-pharmacological therapies for chronic pain: Mechanisms and progress. *BMC Medicine*, 21(1), 372. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03076-2>
- Stahlschmidt, L., Hübner-Möhler, B., Dogan, M., & Wager, J. (2019). Pain self-efficacy measures for children and adolescents: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(5), 530-541. DOI: 10.1093/jpepsy/jsz002
- Sullivan, M. J. L., Lynch, M. E., Clark, A. J., Mankovsky, T., & Sawynok, J. (2008). Catastrophizing and treatment outcome: Differential impact on response to placebo and active treatment. *Contemporary Hypnosis*, 25(3–4), 129–140. <https://doi.org/10.1002/ch.365>
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524
- Varela, A. J., & Van Asselt, K. W. (2022). The relationship between psychosocial factors and reported disability: The role of pain self-efficacy. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04955-6>
- Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2023). Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: A