

بررسی نقش روان‌نژندگرایی^۱، باورهای مربوط به درد^۲ و راهبردهای مقابله‌ای^۳ در سازگاری با درد مزمن^۴

دکتر محمدعلی اصغری مقدم*

چکیده

اصطلاح درد مزمن معمولاً برای توصیف دردی غیرسرطانی و مقاوم به درمان به کار می‌رود که علی‌رغم درمان‌های انجام شده بیش از شش ماه تداوم یافته است.

دردهای مزمن برای بسیاری از بیماران مشکلاتی ایجاد می‌کند که از میان آنها می‌توان افسردگی، اضطراب، کاهش کار و فعالیتهای روزمره، ناتوانی جسمانی و مراجعه مکرر به مراکز درمانی را ذکر کرد. اما بررسیهای انجام شده نشان داده است که همه افراد دارای درد مزمن به این گونه مشکلات مبتلا نیستند. با توجه به اینکه درد مزمن همواره با اختلال در سازگاری همراه نیست تعیین عوامل مؤثر بر میزان سازگاری با درد می‌تواند امکان طراحی روشهای کارآمدی را فراهم آورد تا به کمک آنها بتوان به افرادی که دارای سازگاری نامطلوبی با درد مزمن هستند و یا در معرض خطر ناسازگاری هستند کمک کرد.

در پژوهش حاضر ۱۴۵ بیمار دارای درد مزمن به مدت ۹ ماه مورد مطالعه قرار گرفتند. در ابتدای مطالعه (خط پایه) متغیرهای روان‌نژندگرایی، شدت درد، خودکفایی مربوط به درد، میزان کنترل بر درد، باور به پایداری درد و راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی به عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده سازگاری با درد و افسردگی، ناتوانی جسمانی، رفتارهای شکایت از درد و میزان مصرف دارو به عنوان متغیرهای ارزیابی‌کننده میزان سازگاری با درد مورد سنجش قرار گرفتند. متغیرهای اخیر به مدت ۹ ماه، هر سه ماه یکبار، اندازه‌گیری شدند. داده‌های مطالعه با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری سلسله‌مراتبی مورد بررسی قرار گرفتند.

1- Neuroticism

2- Pain-related beliefs

3- Coping strategies

4- Chronic pain

* عضو هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه شاهد تهران

نتایج این تحلیلهای نشان داد که پس از کنترل اثرات سن، جنسیت، سابقه درد و شدت درد، روان‌نژندگرای می‌تواند شدت افسردگی و شکایت از درد را در طول ۹ ماه پیش‌بینی کند. پس از کنترل اثر روان‌نژندگرای، بیمارانی که در ابتدای مطالعه میزان خودکفایی بالاتری را در مورد درد خود گزارش کرده بودند در طول مطالعه افسردگی، ناتوانی جسمانی و رفتارهای شکایت از درد کمتری را گزارش کرده بودند. آن گروه از بیمارانی که در ابتدای مطالعه از راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی به هنگام مواجهه با درد بیشتر استفاده می‌کردند در فاصله ۳ ماه پس از آغاز مطالعه افسردگی شدیدتری را گزارش کردند. بالاخره بیمارانی که در ابتدای مطالعه میزان کنترل بیشتری را بر درد خود گزارش کرده بودند در فاصله ۳ ماه و ۶ ماه از آغاز مطالعه مصرف داروی کمتری را گزارش کرده بودند. در این نوشتار یافته‌های فوق و کاربردهای بالینی احتمالی آنها مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

کلید واژه‌ها: درد مزمن، سازگاری، روان‌نژندگرای، باورهای مربوط به درد، راهبردهای مقابله‌ای.

مقدمه

عاطفی قابل توجهی است و توانمندیهای عاطفی و هیجانی انسان دردمند را کاهش می‌دهد. در سطح اجتماعی درد مزمن باعث آسیب به نظام تولید و سیستمهای مالیاتی می‌گردد. درد مزمن برای سیستم بهداشتی هزینه ایجاد می‌کند و به حقوق از کارافتادگی منجر می‌گردد (توک آ، ۱۹۹۶).

اگر چه اطلاعات علمی و قابل استنادی در زمینه پی‌آیندهای زیستی - روانی - اجتماعی درد مزمن در ایران دست نیست اما داده‌های به دست آمده در کشورهای صنعتی حکایت از

واژه درد مزمن معمولاً برای توصیف دردی غیرسرطانی و مقاوم به درمان به کار می‌رود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبودی انتظار می‌رود طول کشیده است (بونیکا، ۱۹۷۷). برای مقاصد پژوهشی دوره زمانی شش ماهه‌ای را به عنوان ملاک تشخیصی برای مزمن شدن درد در نظر می‌گیرند (بلک آ، ۱۹۷۵).

درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است که فرد دردمند را نه تنها با فشار ایجاد شده به وسیله درد بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور مستمر دیگر مواجه می‌سازد که وجوه گوناگون زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم متحمل شدن فشار

1- Bonica

2- Black

3- Turk

مطالعات همه‌گیرشناسی بستگی دارد. مطالعه‌ای همه‌گیرشناسی در استرالیا نشان داده است که ۸٪ از جمعیت این کشور به کمر درد مزمن و ۱۱٪ به دردهای مزمن مربوط به آرتریتیس^{۱۱} مبتلا هستند (انستیتو استرالیایی بهداشت و رفاه^{۱۲}، ۱۹۹۲). نتایج بررسی یک نمونه ۵۰۰ نفری از زنان خانه‌دار در کشور کانادا نشان داد که ۱۶٪ آنها در فاصله زمانی دو هفته قبل از انجام پژوهش دردی را تجربه کرده و ۱۱٪ آنها وجود درد مستمری را گزارش کردند. گروه اخیر در مقایسه با گروه اول بیشتر از خدمات و مراقبت‌های پزشکی استفاده کرده بود (کروک^{۱۳}، ریدوس^{۱۴} و براون^{۱۵}، ۱۹۸۴).

آن دارد که درد مزمن و پی‌آیندهای آن یکی از مشکلات عمده نظام بهداشت و درمان این کشورها به حساب می‌آید. به عنوان مثال، گراس^۱ (۱۹۸۶) تخمین زده است که درد مزمن و پی‌آیندهای زیستی - روانی - اجتماعی آن سالانه ۷ میلیارد دلار به اقتصاد ملی استرالیا آسیب وارد می‌آورد و این مبلغ تا سال ۱۹۹۰ به ۳۰ میلیارد دلار بالغ خواهد گردید. همچنین تخمین زده شده است که به علت درد هر سال در حدود ۵۰ میلیون آمریکایی به طور کامل و یا نسبی توانایی انجام کار را از دست می‌دهند و درد به از دست رفتن ۷۰۰ میلیون روز کاری در این کشور منجر می‌گردد (گزارش کمیسیون ارزیابی درد^۲، ۱۹۸۶).

- 1- Gross
- 2- Report of Commission on Evaluation of Pain
- 3- Anderson
- 4- Nachemson
- 5- Bowsher
- 6- Rigge
- 7- Sopp
- 8- Brattberg
- 9- Thorslund
- 10- Wikman
- 11- Arthritis
- 12- Australian Institute of Health and Welfare
- 13- Crook
- 14- Rideous
- 15- Brown

در جوامع صنعتی درد کمر یکی از عوامل عمده‌ای است که منابع بهداشتی و درمانی را به خود اختصاص می‌دهد و به بازنشستگی زود هنگام، از کارافتادگی و درخواست غرامت کاری منجر می‌گردد (اندرسون^۳، ۱۹۸۱؛ ناچمسون^۴، ۱۹۹۲). شیوع درد مزمن در جمعیت عمومی جامعه از ۷٪ (بوشر^۵، ریگ^۶ و ساپ^۷، ۱۹۹۱) تا ۴۰٪ (براتبرگ^۸، ترشلند^۹ و ویکمن^{۱۰}، ۱۹۸۹) متغیر است. بخشی از این نوسان در میزان شیوع به تعاریف گوناگون از درد مزمن و به ابزارهای به کار گرفته شده در

آمارها همچنین نشان می‌دهد که ۷ میلیون آمریکایی به علت کم‌درد دچار ناتوانی هستند و ۲۵٪ تمام غبیه‌های کاری در جوامع صنعتی به علت کم‌درد می‌باشد (کلارک^۱، گوسنل^۲ و شاپیرو^۳، ۱۹۷۷). در کشور آمریکا هزینه درمان و پرداخت غرامت به خاطر کم‌درد به تنهایی سالانه به ۵۰ میلیارد دلار بالغ می‌گردد (فریمویر^۴، ۱۹۹۲). تخمین زده می‌شود که هزینه‌های بهداشت و درمان درد مزمن به تنهایی از مجموع هزینه‌های صرف شده برای بیماری‌های شریان قلبی؛ سرطان و ایدز بیشتر است (کازینز^۵، ۱۹۹۵). شواهد فوق نشان می‌دهد که درد مزمن گروه قابل توجهی از افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هم برای اجتماع و هم برای افراد مبتلا هزینه‌های زیادی را به وجود می‌آورد.

(تیلور^{۱۱} و کارن^{۱۲}، ۱۹۸۵؛ نیکولاس^{۱۳}، بلانک^{۱۴} و کوهن^{۱۵}، ۱۹۹۵) و زندگی اجتماعی (ترنر، ۱۹۹۱) نشان می‌دهند و بسیاری از آنها به لحاظ بالینی افسرده نیستند (ترنر، ۱۹۹۱؛ ترنر و رومانو^{۱۶}، ۱۹۸۴؛ کیف، دانسمور^{۱۷} و برنت^{۱۸}، ۱۹۹۲؛ لاو^{۱۹}، ۱۹۸۷) و برخی از آنها می‌توانند درد خود را بدون استفاده از دارو کنترل نمایند (اسپنسویک^{۲۰} و مین^{۲۱}، ۱۹۸۹).

با وجود این، برخی از بیماران درد مزمن دارای اختلالات چشمگیری در سازگاری هستند. این گروه از بیماران درماندگی، افسردگی، اضطراب، مشکلات شغلی و حرفه‌ای شدید و میزان فعالیت محدودی را

مشاهدات بالینی و پژوهش‌های به عمل آمده در مورد درد مزمن نشان می‌دهد که مبتلایان به درد مزمن مشکلات روان شناختی و رفتاری متفاوتی را نشان می‌دهند و درد مزمن همواره با اختلال در سازگاری همراه نیست (اسپنس^۶، ۱۹۹۳؛ ترنر^۷، ۱۹۹۱؛ جنسن^۸ و همکاران، ۱۹۹۱a؛ کیف^۹ و ویلیامز^{۱۰}، ۱۹۹۰) و برخی از بیماران دارای درد مزمن حداقل دشواری را در رابطه با کار

- | | |
|--------------|---------------|
| 1- Clark | 2- Gosnell |
| 3- Shappiro | 4- Fraymoyer |
| 5- Cousins | 6- Spence |
| 7- Turner | 8- Jensen |
| 9- Keefe | 10- Williams |
| 11- Taylor | 12- Curran |
| 13- Nicholas | 14- Blanch |
| 15- Cohen | 16- Romano |
| 17- Dunsmore | 18- Burnett |
| 19- Love | 20- Spanswick |
| 21- Main | |

۱۹۹۰) گزارش شده است می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی در بین بیماران درد مزمن بیشتر از جمعیت عمومی جامعه است. بیماران درد مزمن از لحاظ میزان مصرف دارو و استفاده از خدمات بهداشت و درمان بسیار متفاوت هستند. بخش کوچکی از بیماران درد مزمن بخش بزرگی از خدمات بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند (لینتون^{۱۰}، ۱۹۹۴). برای نمونه، گزارش گردیده است که ۵٪ کارگرانی که دارای کمر درد مزمن بوده‌اند ۸۵٪ هزینه‌های مربوط به غرامت کار و از دست دادن شغل را به خود اختصاص داده‌اند (فریمور، ۱۹۸۸). بیماران درد مزمن اغلب دارو مصرف می‌نمایند (پایتر^{۱۱} و نیکولاس، ۱۹۹۱). در مطالعه‌ای با ۱۵۰ بیمار دارای کمر درد مزمن مشخص گردید که تنها ۱۰٪ از آنها هیچ گونه دارویی مصرف نمی‌نمایند. در همین مطالعه ۳۳٪ از

نشان می‌دهند و برای مقابله با درد خود انواع گوناگونی از داروها را مصرف می‌نمایند. برای نمونه، مطالعه‌ای بر روی گروهی از بیماران کم‌درد معلوم کرد که درد مزمن به طور معنی‌داری با آسیب در فعالیتهای جسمانی، روانی، اجتماعی و تفریحی همراه است و فعالیتهای حرفه‌ای و شغلی عمده‌ترین آسیب را به دلیل درد مزمن متحمل شده بود (فولیک^۱، اسمیت^۲ و آرن^۳، ۱۹۸۵). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که اختلال افسردگی در بین بیماران درد مزمن شایع است (آرنف^۴ و مک‌الری^۵، ۱۹۹۰؛ دوآن^۶ و وادن^۷، ۱۹۸۹؛ گامسا^۸، ۱۹۹۰؛ رومانو و ترنر^۹، ۱۹۸۵؛ ماگنی^۹ و همکاران، ۱۹۹۳). برای نمونه، رومانو و ترنر (۱۹۸۵) با مرور منابع موجود گزارش کرده‌اند که تقریباً ۵۰٪ بیماران درد مزمن که به درمانگاههای درد مراجعه می‌کنند به نحو معناداری افسرده هستند. در این رابطه، مطالعاتی که میزان افسردگی را در بین بیماران درد مزمن خارج از درمانگاههای درد مورد بررسی قرار داده‌اند میزان افسردگی را در بین آنها ۱۸٪ گزارش کرده‌اند (گامسا، ۱۹۹۰).

با توجه به اینکه میزان شیوع افسردگی در بین جمعیت عمومی جامعه بین ۶٪ (ماگنی و همکاران، ۱۹۹۳) تا ۹٪ (ماگنی و همکاران،

- | | |
|------------|------------|
| 1- Follick | 2- Smith |
| 3- Ahren | 4- Aronoff |
| 5- McAlery | 6- Doan |
| 7- Wadden | 8- Gamsa |
| 9- Magni | 10- Linton |
| 11- Pither | |

بیماران از داروهای مخدر استفاده می نمودند. ذکر این نکته ضروری است که این داروها به دلیل آسیب به تواناییهای ذهنی و عملکرد شغلی مشکلات درد را پیچیده تر می کنند (ترنر و همکاران، ۱۹۸۲).

با توجه به مطالب مطرح شده، درد مزمن همواره با اختلال در سازگاری همراه نیست. لذا تعیین عوامل مؤثر در سازگاری با درد مزمن به لحاظ نظری و عملی دارای اهمیت است. با تعیین عوامل مؤثر بر سازگاری با درد مزمن می توان روشهایی را طراحی نمود تا به کمک آنها بتوان به افرادی که دارای اختلال سازگاری با درد مزمن هستند کمک نمود. از طرف دیگر، با تعیین این عوامل می توان در مراحل اولیه تبدیل درد حاد به درد مزمن، افرادی را که با داشتن ویژگیهای خاص در خطر ابتلا به اختلال سازگاری با درد مزمن هستند مشخص ساخته و به سرعت مداخلات درمانی را در مورد آنان به کار گرفت.

همان طور که ترنر (۱۹۹۱) و اسپنس (۱۹۹۳) بحث کرده اند؛ پاتوفیزیولوژی عضوی، شدت درد و عوامل موقعیتی مانند ویژگیهای شغلی و خانوادگی و مداخلات درمانی همگی نقشهای مهمی را در سازگاری با

درد مزمن ایفا می نمایند. اما این عوامل قادر به تبیین بخش مهمی از تفاوت های موجود در سازگاری با درد مزمن نیستند. در این رابطه دو رویکرد عمده روان شناختی برای تبیین تفاوت های موجود در سازگاری در میان بیماران درد مزمن به کار گرفته شده اند: دیدگاه شناختی - رفتاری درد مزمن^۱ و دیدگاه شخصیت به درد مزمن^۲. این دو دیدگاه به طور مختصر در اینجا بررسی می شود.

دیدگاه شناختی - رفتاری درد مزمن براساس این دیدگاه، باورهایی که بیماران نسبت به درد خود دارند و نیز نوع راهبردهای مقابله ای که در مواجهه با درد خود به کار می گیرند واسطه بین درد و سازگاری هستند. در این رویکرد، سازگاری با درد تابعی است از باورهای مربوط به درد و نیز ماهیت راهبردهای مقابله ای که افراد به هنگام مواجهه با درد آنها را به کار می گیرند (ترنر، ۱۹۹۱؛ جنسن

- 1- Cognitive-behavioural perspective of chronic pain
- 2- Personality perspective of chronic pain

و همکاران، ۱۹۹۱؛ ویلیامز و کیف، ۱۹۹۱؛ ویلیامز و تورن^۱، ۱۹۸۹). پژوهشهای بسیاری نقشهای باورهای مربوط به درد و نوع راهبردهای مقابله‌ای را در سازگاری با درد مزمن مورد مطالعه قرار داده‌اند که در اینجا به تعدادی از آنها اشاره می‌شود. زایللی^۲، آرن و فولیک (۱۹۸۹) در مطالعه‌ای با گروهی از بیماران درد مزمن دریافتند که باورهای منفی یا غیرانطباقی نسبت به درد (برای نمونه، درد الزاما با ناتوانی همراه است) بیشتر از شدت درد به آسیب‌دیدگی عملکرد بیماران منجر شده است. در مطالعه‌ای دیگر رودی^۳، کرنز^۴ و ترک (۱۹۸۸) با به کارگیری روش آماری تحلیل علی^۵ دریافتند که بین افسردگی و شدت درد بیماران رابطه معنی‌داری وجود ندارد، بلکه دو عامل شناختی میزان کنترل احساس شده بر درد و ارزیابی بیمار از میزان اختلالی که درد در فعالیتهای روزمره وی به وجود آورده است می‌توانند شدت افسردگی را در بین بیماران تبیین نمایند. این یافته‌ها در پژوهشی دیگر تکرار گشته‌اند (ترک، اوکی فیوجی^۶ و شارف^۷، ۱۹۹۵). پارکر^۸ و همکاران (۱۹۸۹) در مطالعه‌ای با گروهی از بیماران روماتوئید آرترایتیس^۹، نشان دادند که هر چه میزان کنترل احساس شده بر درد بیشتر باشد ناتوانی

عملکردی در بین بیماران خفیف‌تر است. اصغری و نیکولاس (۱۹۹۵) با به کارگیری روش آماری تحلیل علی در بین ۱۸۳ بیمار دارای درد مزمن نشان دادند که احساس کنترل بر درد نقش علی را در میزان مصرف دارو دارا است. نقشی که خودکفایی مربوط به درد^{۱۰} در سازگاری با درد مزمن ایفا می‌کند به خوبی مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهشها نشان داده است بیمارانی که معتقدند علی‌رغم وجود درد می‌توانند با آن مقابله کرده و فعالیتهای روزمره خود را انجام دهند به هنگام تجربه درد بیشتر قادرند تا مهارتهای مقابله‌ای انطباقی را به کار گیرند (جنسن، ترنر و رومانو، ۱۹۹۱؛ دولس^{۱۱}، ۱۹۸۷). نیکولاس و همکاران (۱۹۹۲) نشان داده‌اند که افزایش در میزان احساس خودکفایی مربوط به درد، که نتیجه درمان شناختی- رفتاری به وجود آمده بود، با

- | | |
|-------------------------|------------|
| 1- Thorn | 2- Riely |
| 3- Rudy | 4- Kerns |
| 5- Causal analysis | 6- Okifuji |
| 7- Scharff | 8- Parker |
| 9- Rheumatoid arthritis | |
| 10- Pain self-efficacy | |
| 11- Dolce | |

درد مزمن یکی از عوامل تعیین کننده مهم به شمار می آید. این دیدگاه به طور مختصر در زیر بررسی می گردد.

دیدگاه شخصیت به درد مزمن

ویژگیهای شخصیتی به عنوان یکی از عوامل توضیح دهنده اختلافات در میزان سازگاری با درد مزمن به کار گرفته شده اند (افلک^۹ و همکاران، ۱۹۹۲a و ۱۹۹۲b؛ وید^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۲). نقش روان نژندگرایی در سازگاری با درد مزمن روماتیسمی بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته است. روان نژندگرایی به عنوان عاملی که فرد را برای تجربه عواطف منفی مستعد می سازد (کوستا^{۱۱} و مک کری^{۱۲}، ۱۹۸۰؛ لارسن^{۱۳} و کتلاز^{۱۴}، ۱۹۹۱؛ مک کری و کوستا، ۱۹۹۱) و یا عاملی که احتمال فروپاشی را به هنگام مواجهه با فشار روانی

کاهش در شدت ناتوانی جسمانی و میزان مصرف دارو همراه است. در این مطالعه، افزایش در احساس خودکفایی مربوط به درد با افزایش در به کارگیری راهبردهای مقابله ای انطباقی به هنگام تجربه درد همراه بود.

پژوهشهای متعدد نشان داده اند که نوع راهبردهایی که بیماران درد مزمن برای مقابله با درد خود به کار می گیرند در سازگاری با درد مزمن نقش مهمی را ایفا می نمایند (پراون^۱ و نیکاسیو^۲، ۱۹۸۷؛ برز^۳ و کارولی^۴، ۱۹۷۹؛ جنسن و کارولی، ۱۹۹۱؛ گیل^۵ و همکاران، ۱۹۸۹). به طور کلی این مطالعه ها نشان داده اند که به کارگیری راهبردهای غیرانطباقی، مانند فاجعه آفرینی^۶، در مقابله با درد با افسردگی و اضطراب (روزنشتایل^۷ و کیف، ۱۹۸۳) و شکایت از شدت درد (هیل^۸، ۱۹۹۳) همراه بوده است.

به طور خلاصه، دیدگاه شناختی - رفتاری درد مزمن نشان داده است که نوع باورهایی که افراد نسبت به درد خود اتخاذ می نمایند و نوع راهبردهایی که برای مقابله با درد خود انتخاب می کنند تا حد زیادی تعیین کننده نوع سازگاری افراد با درد مزمن می باشند. از طرف دیگر، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد ویژگیهای شخصیتی افراد نیز در سازگاری با

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1- Brown | 2- Nicassio |
| 3- Beers | 4- Karoly |
| 5- Gill | 6- Catastrophising |
| 7- Rosenstiel | 8- Hill |
| 9- Affleck | 10- Wade |
| 11- Costa | 12- McCare |
| 13- Larsen | 14- Ketelaar |

مانند باورهای مربوط به درد، راهبردهای مقابله‌ای و روان‌نژندگرایی نسبت داده شده است. با وجود این، تا به حال نقش متغیرهای فوق در سازگاری با درد مزمن در مطالعه‌ای پیش‌نگر مورد بررسی قرار نگرفته است. در تلاش برای بررسی این موضوع، در مطالعه‌ای پیش‌نگر با گروهی از بیماران درد مزمن، تأثیرات روان‌نژندگرایی، باورهای مربوط به درد و راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی بر سازگاری با درد مزمن مورد بررسی قرار گرفت.

روش پژوهش

یکصد و هشتاد و سه (۱۰۹ زن و ۷۴ مرد) بیمار درد مزمن که برای بررسی و درمان به بیمارستان رویال نورث شور^۷ در شهر سیدنی^۸ مراجعه می‌نمودند و ملاکهای تعیین شده برای شرکت در پژوهش را دارا بودند موافقت کردند تا در مطالعه شرکت نمایند. ملاکهای لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بود از:

۱. وجود درد غیرسرطانی به مدت بیش از شش ماه (به استثناء سردرد و درد

افزایش می‌دهد (گوردن^۱ و هیچکاک^۲، ۱۹۸۳) مطرح شده است. برای نمونه، افلک و همکاران (۱۹۹۲a) گروهی از بیماران روماتوئید آرترایتیس را به طور روزانه به مدت ۷۵ روز مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند بیماران که در آغاز مطالعه در میزان روان‌نژندگرایی نمره بالاتری داشتند در طول مدت مطالعه افسرده‌تر بودند.

در مطالعه‌ای دیگر، هارکینز^۳ و همکاران (۱۹۸۹) در بین گروهی از بیماران درد مزمن نشان دادند که بین نمره‌های روان‌نژندگرایی و افسردگی و رفتارهای درد^۴ همبستگی مثبت و معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. روم^۵ و همفوری^۶ (۱۹۹۲) نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری را بین نمره‌های روان‌نژندگرایی و میزان مصرف دارو گزارش کرده‌اند. به طور خلاصه، مطالعات فوق از این پیشنهاد کیف و همکاران (۱۹۹۲b) حمایت می‌کند که بیماران درد مزمن که ویژگیهای شخصیتی شان آنها را در برابر اختلالات هیجانی مستعد می‌سازد، در مقایسه با بیماران فاقد این گونه ویژگیهای شخصیتی، ممکن است به طور متفاوتی با درد سازگاری نمایند.

به طور خلاصه، شواهد موجود از این اندیشه حمایت می‌کند که افراد از لحاظ درجه سازگاری با درد مزمن متفاوت هستند. بخش بزرگی از این تفاوتها به عوامل روانشناختی

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| 1- Gordon | 2- Hitchcock |
| 3- Harkins | 4- Pian behaviour |
| 5- Room | 6- Humphery |
| 7- Royal North Shore Hospital | |
| 8- Sydney | |

روماتیسمی).

۲. سن بیشتر از هجده سال.

۳. نداشتن اختلالات روانی عمده مثل روانپزشکی و دمانس. و

۴. توانایی خواندن و نوشتن به زبان انگلیسی. در مرحله اول مطالعه (خط پایه) با هر بیمار به طور انفرادی مصاحبه شد و اطلاعاتی در مورد سابقه بیماری جمع آوری گردید. سپس، از بیماران خواسته شد تا پرسشنامه‌هایی را تکمیل نمایند (بخش ابزارهای پژوهش را ملاحظه نمائید). سپس، در سه مقطع زمانی سه ماهه، پرسشنامه‌هایی برای بیماران ارسال گردید و از آنها خواسته شد تا پس از تکمیل آنها را بازگردانند.

متغیرهای مطالعه و ابزارهای اندازه‌گیری

الف: متغیرهای پیش بین در این مطالعه عبارت بود از روان‌نژندگرایی، خودکفایی مربوط به درد، احساس کنترل بر درد، باور به پایداری درد، راهبرد مقابله‌ای فاجعه آفرینی و شدت درد که در مرحله اول مطالعه (خط پایه) با ابزارهای زیر سنجیده شد:

روان‌نژندگرایی به وسیله

NEO-Personality Inventory-R

(کوستا و مک‌کری، ۱۹۷۸) سنجیده شد. این پرسشنامه با ۲۴۰ سؤال ۵ بعد شخصیتی روان

نژندگرایی، برونگرایی، باز بودن^۱ (پذیرا بودن نسبت به اندیشه‌ها، رویکردها و تجربیات نو)، توافق^۲ و وجدانی بودن^۳ را می‌سنجد و در پژوهشهای وسیع و گوناگون پایایی و روایی قابل قبولی را نشان داده است (کوستا و مک‌کری ۱۹۹۲، ۱۹۸۷، ۱۹۸۵). بعد شخصیتی روان‌نژندگرایی دارای ۶ جنبه یا زیر مقیاس^۴ به شرح زیر است: اضطراب، خشم-خصوصیت^۵، افسردگی، خودآگاهی^۶، تکانشوری^۷ و آسیب‌پذیری به فشار روانی.

میزان خودکفایی مربوط به درد به وسیله Pain Self Efficacy Questionnaire (نیکولاس، ۱۹۸۹) سنجیده شد. این پرسشنامه ده سؤالی بر اساس نظریه بندورا^۸ (۱۹۷۷) در مورد خودکفایی^۹ قرار دارد و به منظور ارزیابی باور بیمار از توانایی در انجام فعالیت‌های گوناگون، علی‌رغم وجود درد ساخته است. نمره‌های ممکن در این آزمون از صفر تا ۶۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره،

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1- Openness | 2- Agreeableness |
| 3- Conscientiousness | |
| 4- Facet | 5- Anger-hostility |
| 6- Self-consciousness | |
| 7- Impulsiveness | 8- Bandura |
| 9- Self Efficacy | |

فاجعه‌آفرینی را در مقابله با درد می‌سنجد. نمره‌های ممکن در خرده مقیاس فاجعه‌آفرینی از صفر تا ۳۶ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر به کارگیری شدیدتر راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی به هنگام تجربه درد است.

شدت درد به وسیله Pain Numerical Rating Scale (جنسنن و کارولی، ۱۹۹۲) اندازه‌گیری شد. این مقیاس درجه‌بندی از بیمار می‌خواهد تا شدت درد خود را بین صفر تا ده درجه‌بندی کند. در این مقیاس نمره صفر بیانگر عدم وجود درد و نمره ده بیانگر حداکثر شدت درد می‌باشد. عددی را که بیمار انتخاب می‌کند بیانگر شدت درد وی است. پایایی و حساسیت این مقیاس در مطالعات گوناگون نشان داده شده است (جنسنن و کارولی، ۱۹۹۲). علاوه بر مرحله اول، شدت درد بیماران در سه فاصله زمانی سه ماهه نیز به وسیله این مقیاس اندازه‌گیری شد.

ب: در این مطالعه، میزان سازگاری با درد به وسیله افسردگی، ناتوانی جسمانی، رفتار شکایت از درد و میزان مصرف دارو در مرحله اول (خط پایه) و در سه فاصله زمانی سه ماهه با ابزارهای زیر سنجیده شد:

افسردگی به وسیله پرسشنامه افسردگی بک^۱ (بک و همکاران، ۱۹۷۹) سنجیده شد. این

علی‌رغم وجود درد است. این پرسشنامه از پایایی و ضریب همسانی درونی خوبی برخوردار است (نیکولاس، ۱۹۸۹).

احساس کنترل بر درد به وسیله پرسشنامه Pain Locus of Control (مین و وادل، ۱۹۹۱) اندازه‌گیری شد. مقیاس احساس کنترل بر درد این پرسشنامه دارای پنج سؤال است و باور بیمار را به اینکه تا چه میزان می‌تواند درد خود را کنترل نماید اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌های این آزمون از صفر تا ۱۵ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر احساس کنترل بیشتر بر درد می‌باشد.

باور به پایداری درد به وسیله Pain Beliefs and Perception Inventory (ویلیامز و تورن، ۱۹۸۹) اندازه‌گیری گردید. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است و ۹ سؤال آن باور فرد را به پایداری و استمرار درد و باور به اینکه درد جزء جدایی‌ناپذیر زندگی بیمار است، می‌سنجد. نمره‌های ممکن است در این آزمون از ۱۸- تا ۱۸+ تغییر کند و نمره مثبت بالاتر بیانگر باور عمیق‌تر فرد به پایداری درد است.

راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی به وسیله Coping Strategies Questionnaire (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳) اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال است و ۶ سؤال آن شدت به کارگیری راهبرد مقابله‌ای

1- Beck Depression Inventory

بیماران خواسته شد تا نام دارو و یا داروهایی را که در طول یک هفته گذشته مصرف نموده‌اند در برگه‌ای ثبت نمایند. سپس این داروها در ۸ گروه زیر طبقه‌بندی شد: ۱. شل کننده‌های عضلانی^۶، ۲. ضد دردهای ساده^۷، ۳. ضد دردهای مرکب^۸، ۴. ضد دردهای مخدر قوی^۹، ۵. افسردگیها^{۱۰}، ۶. مسکن خواب‌آور^{۱۱}، ۷. ضد تشنجهای^{۱۲} و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی^{۱۳} به هر طبقه دارویی یک نمره داده شد. بنابراین، نمره‌های هر بیمار در این روش نمره‌گذاری از صفر تا ۸ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر میزان مصرف داروی بیشتر است.

نتایج

جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی

مطالعه را نشان می‌دهد. همان طوری که در

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1- Roland | 2- Morris |
| 3- Deyo | 4- Zarkowska |
| 5- Philips | 6- Muscle relaxants |
| 7- Simple analgesics | |
| 8- Compound analgesics | |
| 9- Strong opioids | 10- Anti depressants |
| 11- Sedative-hypnotics | |
| 12- Anti convulsants | |
| 13- Non-steroidal anti-inflammatory | |

پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است که محتوای آنها را بازخوردها و علائم عاطفی و جسمانی اختلال افسردگی تشکیل می‌دهد. نمره‌های بیمار در این آزمون از صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر افسردگی شدیدتر است.

ناتوانی جسمانی به وسیله Pain Physical Disability (رولند^۱ و موریس^۲، ۱۹۸۳) سنجیده شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است که محتوای آنها را گستره‌ای از ناتوانیهای جسمانی به وجود آمده در اثر درد تشکیل می‌دهد. پایایی، روایی و حساسیت این پرسشنامه در بین بیماران درد مزمن تأیید شده است (دیو^۳، ۱۹۸۶، رولند و موریس، ۱۹۸۳) نمره‌های بیمار در این آزمون از صفر تا ۲۴ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر ناتوانی جسمانی شدیدتر است.

رفتار شکایت از درد وسیله Pain

Behaviour Questionnaire (زارکوفسکا^۴،

۱۹۸۱) اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه دارای ۴۹ سؤال است که ۱۰ سؤال آن شدت رفتارهای شکایت از درد را می‌سنجد. پایایی این بخش از پرسشنامه در بین بیماران درد مزمن ۰/۷۰ گزارش شده است (فیلیپس^۵ و جهانشاهی، ۱۹۸۶). نمره‌های بیمار در این آزمون از صفر تا ۱۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر رفتارهای شکایت از درد شدیدتر است. به منظور سنجش میزان مصرف دارو از

جدول ۱. یافته‌های توصیفی (انحراف معیار در پرانتز نشان داده شده است)

متغیر	مرحله اول (خط پایه)	مرحله دوم (۳ ماه)	مرحله سوم (۶ ماه)	مرحله سوم (۹ ماه)
تعداد بیماران	۱۸۳	۱۶۰	۱۵۰	۱۴۵
سن بیماران (سال)	۴۹/۳۳ (۱۳/۱۸)	۵۰ (۱۳/۰۷)	۵۰/۳۷ (۱۳/۲۹)	۵۰/۲۶ (۱۳/۲۵)
سابقه درد (سال)	۹/۵۷ (۸/۶۶)	۹/۵۷ (۸/۶۶)	۹/۸۰ (۸/۸۸)	۹/۹۵ (۸/۹۱)
جنسیت	زن	۱۰۹ (٪۶۰)	۸۷ (٪۵۸)	۸۵ (٪۵۹)
	مرد	۷۴ (٪۴۰)	۶۶ (٪۴۱)	۶۰ (٪۴۱)

جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود در مرحله اول (خط پایه) ۱۸۳ بیمار در مطالعه شرکت کردند و اطلاعات لازم را فراهم آوردند. در سه فاصله زمانی سه ماهه، پرسشنامه‌هایی برای سنجش شدت درد، افسردگی، ناتوانی جسمانی، رفتار شکایت از درد و میزان مصرف دارو برای بیماران ارسال گردید و از آنها خواسته شد تا پس از تکمیل پرسشنامه‌ها را به پژوهشگر باز گردانند. یکصد و چهل و پنج بیمار (۷۹٪ نمونه اولیه) در تمام مراحل پژوهش شرکت کردند و اطلاعات کامل را فراهم آوردند. گروه شرکت کننده (۱۴۵ بیمار) با گروهی که به دلایل گوناگون از شرکت در پژوهش بازمانده بودند (۳۸ بیمار) با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل، در خط پایه

مقایسه شدند (متغیرهای مورد مقایسه عبارت بودند از سن، مدت درد، شدت درد، روان‌نژندگرای، خودکفایی درد، میزان کنترل بر درد، باور به پایداری درد، افسردگی، ناتوانی جسمانی، رفتار شکایت از درد و میزان مصرف دارو). بین دو گروه هیچ تفاوت معنی‌داری در سطح اطمینان ۰/۰۵ وجود نداشت. آزمون مجذور خی نیز نشان داد که دو گروه در متغیر جنسیت نیز تفاوت ندارند. با توجه به این نتایج می‌توان گفت که افت نمونه سوگیری نظام‌داری را، دست کم در متغیرهای مورد مطالعه به وجود نیاورده است. علاوه بر این، با توجه به گزارش هاینس^۱ و

1- Hynes

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیروان بین متغیرهای پیش‌بین و متغیرهای سازگاری با درد در طول مدت مطالعه.

متغیرهای سازگاری	روان نژندگرای (خط پایه)	خودکفایی درد (خط پایه)	کنترل درد (خط پایه)	پایداری درد (خط پایه)	فاجعه آفرینی (خط پایه)
افسردگی (خط پایه)	۰/۶۲ [®]	-۰/۵۵ [®]	-۰/۲۴	۰/۳۰ [®]	۰/۵۸ [®]
افسردگی (۳ ماه)	۰/۴۳ [®]	-۰/۴۸ [®]	-۰/۲۱	۰/۳۶ [®]	۰/۵۳ [®]
افسردگی (۶ ماه)	۰/۴۳ [®]	-۰/۴۸ [®]	-۰/۱۴	۰/۳۶ [®]	۰/۴۹
افسردگی (۹ ماه)	۰/۴۵ [®]	-۰/۵۰ [®]	-۰/۱۳	۰/۲۷ [®]	۰/۴۹ [®]
ناتوانی جسمانی (خط پایه)	۰/۱۰	-۰/۴۳ [®]	-۰/۳۰ [®]	۰/۳۹ [®]	۰/۱۸
ناتوانی جسمانی (۳ ماه)	۰/۱۴	-۰/۴۴ [®]	-۰/۳۲ [®]	۰/۴۹ [®]	۰/۲۳
ناتوانی جسمانی (۶ ماه)	۰/۱۳	-۰/۴۳ [®]	-۰/۲۴	۰/۴۳ [®]	۰/۲۹ [®]
ناتوانی جسمانی (۹ ماه)	۰/۱۵	-۰/۵۱ [®]	-۰/۲۶ [®]	۰/۳۷ [®]	۰/۳۱ [®]
شکایت از درد (خط پایه)	۰/۲۷۰ [®]	-۰/۳۲ [®]	-۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۳۲ [®]
شکایت از درد (۳ ماه)	۰/۲۹ [®]	-۰/۴۶ [®]	-۰/۲۵	۰/۲۶ [®]	۰/۴۱ [®]
شکایت از درد (۶ ماه)	۰/۲۶ [®]	-۰/۳۹ [®]	-۰/۲۴	۰/۲۷ [®]	۰/۴۰ [®]
شکایت از درد (۹ ماه)	۰/۲۷ [®]	-۰/۳۸ [®]	-۰/۲۲	۰/۳۰ [®]	۰/۴۴ [®]
مصرف دارو (خط پایه)	۰/۱۳	-۰/۲۷ [®]	-۰/۳۷ [®]	۰/۲۲	۰/۱۰
مصرف دارو (۳ ماه)	۰/۱۰	-۰/۲۰	-۰/۳۳ [®]	۰/۱۵	۰/۰۶
مصرف دارو (۶ ماه)	۰/۱۶	-۰/۷	-۰/۳۱ [®]	۰/۲۱	۰/۰۳
مصرف دارو (۹ ماه)	۰/۱۸	-۰/۲۴	-۰/۲۷ [®]	۰/۲۰	۰/۰۳

[®]P < ۰/۰۰۱

دانتس^۱ (۱۹۸۷) که یکی از مشخصه‌های یک پژوهش طولی مناسب را مشارکت ۸۰٪ از نمونه اولیه در مراحل بعدی مطالعه دانسته‌اند، میزان مشارکت افراد در این پژوهش، (۷۹٪) را

می‌توان معتبر ارزیابی کرد.

جدول شماره ۲ ضرایب همبستگی

1- Dantes

بودند، در مقایسه با افرادی که در این مقیاس نمره پایین‌تری داشتند، در طول مطالعه افسردگی، ناتوانی جسمانی و شکایت از درد کمتری را گزارش کردند. بیمارانی که از میزان کنترل بیشتری بر درد در ابتدای مطالعه برخوردار بودند، در مقایسه با آنهایی که در مقیاس کنترل بر درد نمره پایین‌تری داشتند، در طول مطالعه داروی کمتری مصرف کرده بودند و در ابتدای مطالعه و در فواصل ۳ ماه و ۹ ماه بعد از آغاز مطالعه شدت ناتوانی جسمانی کمتری را گزارش کردند. در مقایسه با بیمارانی که در ابتدای مطالعه باور داشتند که درد آنها موقتی خواهد بود، بیمارانی که باور بیشتری به پایداری درد خود داشتند از افسردگی و ناتوانی جسمانی شدیدتری برخوردار بودند و بعد از ۳ ماه، ۶ ماه و ۹ ماه از آغاز مطالعه رفتارهای شکایت از درد شدیدتری را گزارش کردند. سرانجام، در مقایسه با بیمارانی که در ابتدای مطالعه استفاده کمتری را از راهبرد فاجعه‌آفرینی در مقابله با درد گزارش کرده بودند، آنهایی که در ابتدای مطالعه از این راهبرد بیشتر

پسرسون بین متغیرهای پیش‌بین (روان‌نژندگرای، خودکفایی درد، احساس کنترل بر درد، باور به پایداری درد و راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی) و متغیرهای سازگاری با درد (افسردگی، ناتوانی جسمانی، شکایت از درد و میان مصرف دارو) را در طول مدت مطالعه نشان می‌دهد. همان طوری که مشاهده می‌شود در ماتریس همبستگی تعداد زیادی متغیر وجود دارد. این امر احتمال خطای نوع اول^۱ را افزایش می‌دهد (برد^۲ و هال^۳، ۱۹۸۶). به منظور کاهش این احتمال از آزمون تعدیل بون‌فرونی^۴ برای تعیین سطح اطمینان مناسب استفاده شد (برد و هال، ۱۹۸۶). بنابراین، سطح اطمینان لازم برای معنی دار بودن همبستگیها ۰/۰۰۱ و یا پایین‌تر در نظر گرفته می‌شود.

همان طوری که در جدول شماره ۲ می‌توان مشاهده کرد، بیمارانی که در ابتدای مطالعه در میزان روان‌نژندگرای نمره بالاتری داشتند، در مقایسه با افرادی که نمره پایین‌تری داشتند، در طول مطالعه افسردگی شدیدتر و رفتارهای شکایت درد بیشتری را گزارش کردند. بیمارانی که در ابتدای مطالعه از میزان خودکفایی بالاتری در رابطه با درد برخوردار

- 1- Type I error
- 2- Bird
- 3- Hall
- 4- Bonferroni-adjusted test

جدول ۳. تحلیل رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی (HMRA) پیش‌بینی افسردگی در طول مطالعه

متغیر پیش‌بین	خط پایه			ماه ۳			ماه ۶			ماه ۹		
	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²
		Ch			Ch			Ch			Ch	
۱. کنترل کننده سن	-۰/۱۷		۰/۱۰	-۰/۲۲ ^{**}		۰/۱۴	-۰/۲۱ ^{**}		۰/۱۷	-۰/۲۲ ^{**}		۰/۱۵
جنسیت	-۰/۰۴			-۰/۰۹			-۰/۱۳			-۰/۰۶		
شدت درد	-۰/۲۲ ^{**}			۰/۳۱ ^{**}			-۰/۳۲ ^{**}			۰/۳۴ ^{**}		
مدت درد	-۰/۰۵			-۰/۰۵			۰			-۰/۰۲		
۲. روان‌نژند گرایی	۰/۳۴ ^{**}		۰/۴۴	۰/۲۱ ^{**}		۰/۳۱	۰/۳۳ ^{**}		۰/۱۶	۰/۴۳ ^{**}		۰/۴۳ ^{**}
۳. باورهای درد خود-کفایی	۰/۱۳		۰/۵۷	-۰/۲۷ ^{**}		۰/۱۲	-۰/۲۹ ^{**}		۰/۱۱	۰/۱۲		۰/۴۵
احساس کنترل	۰/۱۷			۰/۲۱			۰/۱۸			-۰/۱۲		
پایداری درد	۰/۰			۰/۰			۰/۰۶			۰/۰۸		
۴. فاجعه‌آفرینی	۰/۰۳		۰/۶۰	۰/۱۹ ^{**}		۰/۴۶	۰/۲۲ ^{**}		۰/۰۲	۰/۴۶		۰/۱۸

*P < ۰/۰۱

**P < ۰/۰۰۱

متغیری سلسله مراتبی اطلاعات به دست آمده در خط پایه و در سه فاصله زمانی ۳ ماهه تحلیل شد. قبل از ارائه نتایج این تحلیلها، ذکر دو نکته ضروری است. ۱. در تمام این تحلیلها به منظور کنترل هر گونه تأثیری که ممکن است سن، جنسیت، سابقه درد و شدت درد بر متغیر

استفاده می‌کردند در طول مدت مطالعه افسردگی شدیدتر و رفتارهای شکایت درد بیشتری را گزارش کردند و بعد از ۶ ماه و ۹ ماه از آغاز مطالعه از ناتوانی جسمانی شدیدتری شکایت داشتند.

تحلیل رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی^۱

با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند

1- Hierarchical multiple regression analysis

در مقایسه با افرادی که از میزان روان‌نژندگرایی پائین‌تری برخوردار بودند، در طول مدت مطالعه افسرده‌تر بودند. در مرحله سوم تحلیل، پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد و روان‌نژندگرایی، اثر ترکیبی سه متغیر باورهای مربوط به درد به طور معنی‌داری شدت افسردگی را در طول مدت مطالعه پیش‌بینی کرد. اما، مقدار بتا (β) همراه با این متغیرها نشان می‌دهد که تنها میزان خودکفایی مربوط به درد پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار و مستقل افسردگی در طول مدت مطالعه است. به عبارت دیگر، در مقایسه با بیمارانی که در ابتدای مطالعه از خودکفایی مربوط به درد بالاتری برخوردار بودند، بیمارانی دارای خودکفایی پایین‌تر در طول مدت مطالعه افسرده‌تر بودند. سرانجام، همان‌طوری که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، در مرحله چهارم تحلیل و پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد، روان‌نژندگرایی و باورهای مربوط به درد، میزان به‌کارگیری راهبرد مقابله‌ای فساجعه‌آفرینی در ابتدای مطالعه توانست شدت افسردگی را فقط در فاصله سه ماه و نه بیشتر پیش‌بینی نماید. به عبارت دیگر، در مقایسه با بیمارانی که در ابتدای مطالعه از این راهبرد کمتر استفاده می‌کردند، بیمارانی که از این راهبرد بیشتر استفاده می‌کردند هم در خط

ملاک داشته باشد، متغیرهای سن، جنسیت، سابقه درد و شدت درد در اولین قدم وارد تحلیل رگرسیون شد. با توجه به اینکه شدت درد ممکن است در طول زمان در مورد یک بیمار تغییر کند از شدت درد سنجیده شده در هر مرحله برای تحلیل همان مرحله استفاده شد. (شدت درد سنجیده شده در خط پایه در تحلیل مرحله اول، شدت درد سنجیده شده در فاصله ۳ ماه در تحلیل مرحله دوم و به کار گرفته شد). ۲. به منظور ایجاد تعادل بین خطای نوع اول و خطای نوع دوم، برای تمام تحلیلها سطح اطمینان برای معنی‌دار بودن ۰/۰۱ و یا کمتر در نظر گرفته شد (جنسن و همکاران، ۱۹۹۴).

جدول شماره ۳ پیش‌بینی شدت افسردگی را در طول مدت مطالعه نشان می‌دهد. همان‌طوری که مشاهده می‌شود بیمارانی جوانتر، در مقایسه با بیمارانی مسن‌تر، افسردگی شدیدتری را گزارش کردند. همچنین، شدت درد در طول مدت مطالعه پیش‌بینی‌کننده مستقل و معنی‌دار شدت افسردگی در طول مدت مطالعه می‌باشد. پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد و شدت درد، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که روان‌نژندگرایی می‌تواند افسردگی را در طول مدت مطالعه پیش‌بینی کند. افرادی که در ابتدای مطالعه از میزان روان‌نژندگرایی بالاتری برخوردار بودند،

جدول ۴. تحلیل رگرسیون چند متغیری مرتبه‌ای (HMRA) پیش‌بینی ناتوانی جسمانی در طول مطالعه

۹ ماه			۶ ماه			۳ ماه			خط پایه			متغیر پیش‌بین	
β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²		
	Ch		Ch			Ch			Ch				
	۰/۲۹	۰/۲۹		۰/۳۲	۰/۳۲		۰/۲۰	۰/۲۰		۰/۲۰	۰/۲۰	۱. کنترل کننده سن	
	-۰/۲۳ [■]			-۰/۱۰			-۰/۱۹			-۰/۱۳		جنسیت	
	-۰/۱۲			-۰/۰۹			-۰/۱۰			-۰/۱۳		شدت درد	
	۰/۵۱ [■]			-۰/۵۲ [■]			۰/۲۲ [■]			۰/۴۱ [■]		مدت درد	
	۰/۰۵			۰/۰۵			۰/۰۶			۰/۱۱			
	-۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۳۱	۰/۱۰	-۰/۰۱	۰/۳۳	-۰/۱۳	-۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۰۶ [■]	۰/۰۰	۰/۲۰	۲. روان‌نژندگرای
		۰/۱۷	۰/۲۸		۰/۱۳	۰/۴۶		۰/۲۱	۰/۴۳		۰/۱۳	۰/۳۳	۳. باورهای درد خود-کفایی
	-۰/۳۴ [■]			-۰/۲۴ [■]			-۰/۲۳ [■]			-۰/۲۶ [■]			احساس کنترل
	-۰/۰۸			-۰/۱۰			-۰/۱۳			۰/۱۳			پایداری درد
	۰/۱۵			۰/۱۹ [■]			۰/۳۱ [■]			۰/۱۵			
	۰/۰۲	۰۰	۰/۲۸	۰/۰۵	۰۰	۰/۲۶	-۰/۰۹	۰۰	۰/۴۳	۰/۰۹	۰۰	۰/۳۳	۴. فاجعه‌آفرینی

*P < ۰/۰۱

**P < ۰/۰۰۱

درد و شدت درد، میزان روان‌نژندگرای در خط پایه پیش‌بینی کننده معنی داری برای شدت ناتوانی جسمانی در طول مدت مطالعه نمی‌باشد. در مرحله سوم تحلیل و پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد و روان‌نژندگرای، اثر ترکیبی سه متغیر اندازه‌گیری کننده باورهای مربوط به درد به‌طور معنی داری شدت ناتوانی جسمانی را در طول مدت مطالعه پیش‌بینی کردند. اما،

پایه و هم در فاصله سه ماه پس از شروع مطالعه افسرده‌تر بودند.

جدول شماره ۴ پیش‌بینی شدت ناتوانی جسمانی را در طول مدت مطالعه نشان می‌دهد. همان طوری که مشاهده می‌شود شدت درد در طول مدت مطالعه پیش‌بینی کننده مستقل و معنی دار شدت ناتوانی جسمانی در طول مدت مطالعه می‌باشد. پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت

جدول ۵. تحلیل رگرسیون چند متغیری مرتبه‌ای (HMRA) پیش‌بینی رفتار شکایت از درد در طول مطالعه

متغیر پیش‌بین	خط پایه			ماه ۳			ماه ۶			ماه ۹		
	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²
	Ch			Ch			Ch			Ch		
۱. کنترل‌کننده	۰/۰۲	۰/۰۲					۰/۱۲	۰/۱۲		۰/۰۸	۰/۰۸	
سن	-۰/۱۰			-۰/۲۱*						-۰/۲۰		
جنسیت	-۰/۱۲			-۰/۱۰						-۰/۱۲		
شدت درد	-۰/۰۸			۰/۲۹**						۰/۱۶		
مدت درد	۰			۰/۰۲						۰/۰۶		
۲. روان‌نژندگرایی	۰/۰۷	۰/۰۹		۰/۲۶**	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۲۷**	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۲۴*	۰/۰۶	۰/۱۴
۳. باورهای درد	۰/۰۷	۰/۱۶		۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۲۲	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۲۸	۰/۱۸	۰/۱۰
خود-کفایی	-۰/۲۲*			-۰/۲۵*			-۰/۲۴*			-۰/۲۴*		
احساس کنترل	-۰/۰۶			-۰/۰۸			-۰/۱۰			-۰/۱۰		
پایداری درد	۰/۰۴			۰/۰۸			۰/۱۲			۰/۱۲		
۴. فاجعه‌آفرینی	۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۳۹	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۲۷	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۲۲	۰/۳۳	۰/۰۵

*P ≤ ۰/۰۱ **P ≤ ۰/۰۰۱

علاوه بر این، بررسی مقدار بتا (β) همراه با متغیر باور به پایداری درد نشان می‌دهد بیمارانی که در ابتدای مطالعه درد خود را پدیده‌ای پایدار ارزیابی کرده بودند، در مقایسه با بیمارانی که باور کمتری به پایداری درد خود نشان داده بودند، در فاصله ۳ ماه و ۶ ماه پس از شروع مطالعه ناتوانی جسمانی شدیدتری را گزارش کرده بودند. سرانجام، همان طوری که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، در مرحله

مقدار بتا (β) همراه با این متغیرها نشان می‌دهد که تنها میزان خودکفایی مربوط به درد پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار و مستقل شدت ناتوانی جسمانی در طول مدت مطالعه است. به عبارت دیگر، در مقایسه با بیمارانی که از میزان خودکفایی بالاتری در ابتدای مطالعه برخوردار بودند، بیماران دارای خودکفایی پایین‌تر در طول مدت مطالعه ناتوانی جسمانی شدیدتری را گزارش کرده‌اند.

چهارم تحلیل و پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد، روان‌نژندگرای و باورهای مربوط به درد، میزان به کارگیری راهبرد مقابله‌ای فاجعه آفرینی در ابتدای مطالعه پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای شدت ناتوانی جسمانی به شمار نیامد.

جدول شماره ۵ پیش‌بینی رفتار شکایت از درد را در طول مدت مطالعه نشان می‌دهد. همان طوری که مشاهده می‌شود شدت درد در مرحله دوم مطالعه (۳ ماه) و در مرحله چهارم (۹ ماه) پیش‌بینی کننده مستقل و معنی‌دار شدت رفتار شکایت از درد می‌باشد. پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد و شدت درد، میزان روان‌نژندگرای در خط پایه پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای شدت رفتار شکایت از درد در طول مدت مطالعه به شمار می‌آید. به عبارت دیگر، در مقایسه با بیمارانی که از میزان روان‌نژندگرای پایین‌تری در ابتدای مطالعه برخوردار بودند، بیماران دارای روان‌نژندگرای بالا در طول مدت مطالعه دارای رفتار شکایت از درد بیشتری بودند. در مرحله سوم تحلیل و پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد، و روان‌نژندگرای، اثر ترکیبی سه متغیر باورهای مربوط به درد توانست در مرحله اول (خط پایه) به طور معنی‌داری شدت رفتارهای

شکایت از درد را پیش‌بینی کردند. اما، اثر ترکیبی این سه متغیر توانست به طور معنی‌داری شدت رفتارهای شکایت از درد را پس از ۳ ماه، ۶ ماه و ۹ ماه از آغاز مطالعه پیش‌بینی کند. با وجود این، مقدار بتا (β) همراه با این متغیرها نشان می‌دهد که تنها میزان خودکفایی مربوط به درد پیش‌بینی کننده معنی‌دار و مستقل شدت رفتار شکایت از درد در فاصله ۳ ماه، ۶ ماه و ۹ ماه از آغاز مطالعه است. به عبارت دیگر، در مقایسه با بیمارانی که از میزان خودکفایی بالاتری در ابتدای مطالعه برخوردار بودند، بیماران دارای خودکفایی پایین‌تر در این سه مرحله از پژوهش رفتار شکایت از درد شدیدتری را گزارش کردند. سرانجام، همان طوری که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، در مرحله چهارم تحلیل و پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد، روان‌نژندگرای و باورهای مربوط به درد، میزان به کارگیری راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی در ابتدای مطالعه توانست به طور معنی‌داری شدت رفتار شکایت از درد را فقط در فاصله ۹ ماه پس از آغاز مطالعه پیش‌بینی کند.

جدول شماره ۶ پیش‌بینی میزان مصرف دارو را در طول مدت مطالعه نشان می‌دهد. همان طوری که مشاهده می‌شود شدت

جدول ۶. تحلیل رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی (HMRA)

پیش‌بینی میزان مصرف دارو در طول مطالعه

ماه ۹			ماه ۶			ماه ۳			خط پایه			متغیر پیش‌بین
β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	β	R ²	R ²	
	Ch			Ch			Ch			Ch		
	۰/۰۷	۰/۰۷		۰/۰۳	۰/۰۳		۰/۰۷	۰/۰۷		۰/۰۶	۰/۰۶	۱. کنترل کننده سن
-۰/۰۷			-۰/۰۴			-۰/۰۴			۰۰			جنسیت
-۰/۰۶			۰/۱۴			۰/۱۴			۰/۱۱			شدت درد
۰/۱۴ [■]			۰/۱۱			۰/۱۹			۰/۲۰			مدت درد
۰/۰۶			۰/۰۴			-۰/۰۱			-۰/۰۲			
۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۱۰	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۷	۲. روان‌نژندگرایی
	۰/۰۷	۰/۱۷		۰/۱۱	۰/۱۷		۰/۰۹	۰/۱۷		۰/۱۴	۰/۲۱	۳. باورهای درد خود-کفایی
-۰/۰۸			-۰/۱۴			-۰/۰۴			-۰/۱۰			احساس کنترل
-۰/۱۸			-۰/۲۹ [■]			-۰/۲۷ [■]			-۰/۲۹ [■]			پایداری درد
۰/۱۰			۰/۱۹			۰/۰۸			۰/۱۳			
-۰/۲۳	۰/۰۳	۰/۲۰	-۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۱۹	-۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۱۸	-۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۲۲	۴. فاجعه‌آفرینی

■ P ≤ ۰/۰۱ ■ P ≤ ۰/۰۰۱

دردتنها در مرحله چهارم مطالعه (۹ ماه) پیش‌بینی کننده مستقل و معنی دار میزان مصرف دارو می‌باشد. پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد و شدت درد، میزان روان‌نژندگرای، سن، جنسیت، مدت درد و شدت اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد و شدت درد، میزان روان‌نژندگرای در خط پایه نتوانست به طور معنی داری میزان مصرف دارو را پیش‌بینی کند. با وجود این، مقدار بتا (β) همراه با این

مرحله سوم تحلیل و پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد و روان‌نژندگرای، اثر ترکیبی سه متغیر باورهای مربوط به درد توانست در مرحله اول (خط پایه)، و پس از ۳ ماه و ۶ ماه به طور معنی داری میزان مصرف دارو را پیش‌بینی کند. با وجود این، مقدار بتا (β) همراه با این

متغیرها نشان می‌دهد که تنها میزان کنترل بر درد پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار و مستقل میزان مصرف دارو می‌باشد، به عبارت دیگر، در مقایسه با بیمارانی که از میزان کنترل بیشتری بر درد در ابتدای مطالعه برخوردار بودند، بیماران دارای کنترل پایین‌تر بر درد در این سه مرحله از پژوهش داروی بیشتری مصرف نموده بودند. سرانجام، همان طوری که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، در مرحله چهارم تحلیل و پس از کنترل اثر متغیرهای سن، جنسیت، مدت درد، شدت درد، روان‌نژندگرای و باورهای مربوط به درد، میزان به‌کارگیری راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی در ابتدای مطالعه نتوانست به طور معنی‌داری میزان مصرف دارو را در طول مدت مطالعه پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه تأثیرات مقطعی و طولی روان‌نژندگرای، باورهای مربوط به درد و راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی را بر افسردگی، ناتوانی جسمانی، رفتار شکایت از درد و میزان مصرف دارو مورد بررسی قرار داد. یافته‌های به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که روان‌نژندگرای در سازگاری با درد مزمن نقش مهمی را به عهده دارد و یکی از عواملی است که بخش بزرگی از تفاوت در سازگاری با درد

مزمن را در بین نمونه مورد بررسی تبیین می‌کند. در مقایسه با بیمارانی که از میزان روان‌نژندگرای پایین‌تری برخوردار بودند، بیماران دارای روان‌نژندگرای بالا افسردگی شدیدتر و رفتارهای شکایت‌از درد بیشتری را گزارش کردند. این یافته‌ها از آن جهت با اهمیت است که تأثیر روان‌نژندگرای بر افسردگی و رفتار شکایت از درد در طول زمان مستقل از تأثیر متغیرهایی چون سن، جنسیت، سابقه درد و شدت درد مورد مطالعه قرار گرفته است. تأثیر دراز مسدت و معنی‌دار روان‌نژندگرای بر افسردگی و شکایت از درد را می‌توان انعکاسی از گرایش بیماران دارای روان‌نژندگرای بالا به تجربه درماندگی‌های هیجانی به هنگام مواجهه با درد مزمن دانست. بر اساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان انتظار داشت که به‌کارگیری روشهای روان‌درمانی که تغییر در اجزاء تشکیل‌دهنده روان‌نژندگرای (اضطراب، خشم - خصومت، افسردگی، خودآگاهی، تکانشوری و آسیب‌پذیری به فشار روانی) را هدف خود قرار می‌دهد می‌تواند سازگاری بیماران با درد مزمن را بهبود بخشد. با این وجود تا به امروز، تا آنجا که منابع موجود بررسی شده است، یک چنین برنامه درمانی مشخصی در مورد بیماران درد مزمن به کار گرفته نشده است. دلایل احتمالی چندی را برای عدم وجود چنین برنامه درمانی

خصوصیات شخصیتی بیماران به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده میزان سازگاری با درد مزمن عمل می‌نمایند. مطالعه حاضر احتمال درست بودن چنین برداشتی را از رابطه بین ویژگیهای شخصیتی و درد مزمن مطرح می‌سازد.

این فرض وسیعاً پذیرفته شده که تفاوت‌های فردی در ویژگی روان‌نژندگرای به وسیله عوامل ارثی تعیین می‌گردند و لذا ایجاد تغییر در آنها دشوار است. این موضوع را می‌توان دلیل احتمالی دیگری برای تبیین نبود این گونه برنامه‌های درمانی مطرح کرد. برای نمونه، آیزنک^{۱۲} و آیزنک (۱۹۸۶) معتقدند در اینکه عوامل ارثی، در مقایسه با عوامل محیطی، در ایجاد تفاوت‌های فردی شخصیت مشارکت بیشتری دارند جای تردید کمی وجود دارد (آیزنک و آیزنک، ۱۹۸۶، صفحه ۸). اما به نظر می‌رسد که این نتیجه‌گیری تا حدی اغراق‌آمیز است. شواهدی وجود دارد که

می‌توان ذکر کرد: مطالعات اولیه که رابطه بین شخصیت و درد مزمن را مورد پژوهش قرار می‌دادند بیشتر به دنبال یافتن ویژگیهای شخصیتی مشترک در بین بیماران درد مزمن بودند (برای نمونه به آنجل^۱، ۱۹۵۹؛ وسترین^۲، هیرش^۳ و لیندگارد^۴، ۱۹۷۲؛ مراجعه نمایید). به سخن دیگر، این مطالعات تلاش می‌کردند تا بین نوع خاصی از شخصیت، شخصیت مستعد درد^۵، و بروز درد مزمن در مراحل بعدی زندگی رابطه‌ای سببی ایجاد نمایند. اما، مطالعه‌های بعدی از وجود عوامل شخصیتی مشترک در بین بیماران درد مزمن و یا شخصیتی اختصاصی که بتواند در مراحل بعدی زندگی بروز درد مزمن را در بیماران پیش‌بینی نماید حمایت نکردند (برای نمونه، روی^۶، ۱۹۸۵؛ فوردایس^۷ و همکاران، ۱۹۷۸؛ گامسنا، ۱۹۹۴؛ لاور^۸ و پک^۹، ۱۹۸۷؛ ودفورت^{۱۰} و میرسکی^{۱۱}، ۱۹۷۲). احتمالاً این امر باعث گردید تا نقش خصوصیات شخصیتی بیماران در روند توانبخشی و کنترل درد مورد غفلت قرار گیرد. با این وجود، در سالهای اخیر رویکرد جدیدی نسبت به رابطه بین ویژگیهای شخصیتی و درد مزمن مطرح شده است (کیف و همکاران، ۱۹۹۲). این رویکرد به ویژگیهای شخصیتی و به عنوان عوامل علی در بروز درد مزمن نمی‌نگرد بلکه معتقد است به موازاتی که درد مزمن می‌گردد

- | | |
|---------------------------|--------------|
| 1- Angel | 2- Westrin |
| 3- Hirsch | 4- Lindegard |
| 5- Pain-prone personality | |
| 6- Roy | 7- Fordyce |
| 8- Love | 9- Peck |
| 10- Woodford | 11- Merskey |
| 12- Eysenck | |

ویژگیهای روان‌نژندگرای (اضطراب، خشم - خصومت، افسردگی، خودآگاهی، تکانشوری و آسیب‌پذیری نسبت به فشار روانی) به دنبال مداخله‌های درمانی مناسب قابل تغییر بوده‌اند (جرم^۱، ۱۹۸۹؛ فر^۲، ۱۹۷۷).

با توجه به آنچه ذکر گردید ضرورت طراحی و به کارگیری برنامه‌های توانبخشی و کنترل درد با هدف ایجاد تغییر در اجزاء تشکیل دهنده روان‌نژندگرای در شرایط حاضر احساس می‌شود. مطالعه‌های آینده باید این مهم را مورد بررسی قرار دهند.

نتایج این مطالعه با دیدگاه شناختی - رفتاری درد مزمن هماهنگ است (ترک، ۱۹۹۶؛ ترک و همکاران، ۱۹۹۵؛ جنسن و همکاران، ۱۹۹۱؛ رودی و همکاران، ۱۹۸۸؛ ویلیامز و کیف، ۱۹۹۱؛ نیکولاس و همکاران، ۱۹۹۲). بر اساس یافته‌های به دست آمده از این نمونه، نوع باورهای مربوط به درد بیماران می‌تواند میزان سازگاری آنها را با درد پیش‌بینی نماید. باور بیماران به توانایی انجام فعالیتهای روزمره، علی‌رغم وجود درد (خودکفایی مربوط به درد) نقش تعیین‌کننده مهمی را در میزان پریشانی و درماندگی بیماران درد مزمن ایفا می‌نماید. اما، در حالی که خودکفایی مربوط به درد نتوانست به طور معنی‌داری میزان مصرف دارو را در طول مدت مطالعه پیش‌بینی نماید میزان باور بیماران به کنترل بر

درد توانست به طور معنی‌داری میزان مصرف دارو را پیش‌بینی نماید. بنابراین می‌توان استنباط کرد که باور بیمار به داشتن کنترل کمتر بر درد باعث می‌گردد تا وی مصرف داروی بیشتر را به عنوان راهی برای مواجهه با درد مزمن برگزیند. یافته‌های این مطالعه حمایت بیشتری برای این نظرگاه جدید فراهم می‌آورد که باورهای اختصاصی مربوط به درد ممکن است با ابعاد خاصی از سازگاری با درد بیشتر مرتبط باشند تا با ابعاد دیگر. برای نمونه، جنسن و همکاران (۱۹۹۴a). در مطالعه‌ای با گروهی از بیماران درد مزمن دریافتند در حالی که باور بیماران مبنی بر محدود کردن تمرینات جسمانی و فعالیت روزمره به منظور اجتناب از درد به طور معنی‌داری توانست ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی کند اما این باور قادر به پیش‌بینی ناتوانی روانی - اجتماعی در بین آنها نبود.

مطالعه حاضر نقش راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی در افسردگی را نشان می‌دهد. استفاده بیشتر از راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی در مواجهه با درد در ابتدای مطالعه با افسردگی شدیدتر سه ماه پس از آغاز مطالعه همراه بود. هماهنگ با دیدگاه شناختی - رفتاری درد مزمن، این یافته نشان می‌دهد که نوع

1- Jorm

2- Fehr

داشته باشد. به منظور تعیین رابطه بین باورهای اختصاصی مربوط به درد و ابعاد گوناگون سازگاری با درد پژوهشهای بیشتری لازم است.

مطالعه حاضر نشان داد که روان‌نژندگرایی، باورهای مربوط به درد و راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی در سازگاری با درد مزمن نقشهای مهمی را به عهده دارند. بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان پیشنهاد کرد که طراحی و به کارگیری برنامه‌های درمانی با هدف ایجاد تغییر در اجزاء تشکیل دهنده روان‌نژندگرایی، قدرتمندتر کردن احساس خودکفایی و کنترل بر درد و هدایت بیمار برای اجتناب از به کارگیری راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی می‌تواند به بیماران مبتلا به درد مزمن کمک کند تا به سازگاری بهتری دست یابند.

شیوه‌هایی که افراد برای مقابله با درد انتخاب می‌کنند ممکن است در نحوه سازگاری آنها با درد مهم باشد. تبیین ارتباط بین راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی و سازگاری نامطلوب با درد به لحاظ نظری دارای اهمیت است. احتمالاً به کارگیری این راهبرد در مواجهه با درد باعث به وجود آمدن احساس ناامیدی و بیچارگی در بیماران می‌گردد و ممکن است بیماران احساس نمایند که بر درد و سلامت عمومی خود کنترلی ندارند و از این رو نسبت به اختلالات خلقی آسیب‌پذیرتر گردند. یافته‌های فوق مبنی بر اینکه باور به خودکفایی و کنترل بالاتر بر درد می‌تواند در سازگار شدن بهتر با درد نقش داشته باشد دارای کاربردهای بالینی است. این یافته‌ها حمایت بیشتری برای آن گروه از مداخلات درمانی، مانند برنامه‌های کنترل درد چند رشته‌ای^۱، فراهم می‌آورد که با هدف مداخله در نظام باورهای بیماران و افزایش خودکفایی و کنترل بر درد طراحی شده‌اند. اما، مطالعه حاضر نشان داد که ممکن است باورهای اختصاصی مربوط به درد با ابعاد خاصی از سازگاری بیشتر مرتبط باشند تا با ابعاد دیگر. یکی از نتایج احتمالی این یافته این است که ابعاد سازگاری با درد نامتجانس هستند. از این رو، تقویت احساس خودکفایی و کنترل بیمار بر درد ممکن است بر ابعاد گوناگون سازگاری با درد تأثیرات متفاوتی

لاتین

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1992a). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insight from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 119-126
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., & Higgins, P. (1992b). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: Patterns and correlates. *Pain, 51*, 221-229.
- Anderson, G.B.J. (1981). Epidemiological aspects on low-back pain in industry. *Spine, 6*, 53-60.
- Aronoff, G.M., & McAlary, P.W. (1990). Multidisciplinary treatment of intractable pain syndromes. In S. Lipton, E. Tunks, & M. Zoppi(eds.), *Advances in Pain Research and Therapy* (Vol,13)(pp. 267-276). New York:Raven Press.
- Asghari, A & Nicholas, M.K.(1996). "Chronic pain, pain-related beliefs/coping strategies, personality, and pain adjustment. A causal analysis". Paper presented at the 17th Annual Scientific Meeting of the Australian Pain Society. Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare. *The Third Biennial Report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: Australian Government Publishing service.*
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey:Prentice-Hall.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G.(1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beers, T.M., & Karoly.P.(1979). Cognitive strategies, expectancies and coping style in control of pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 179-180.
- Bird, K., & Hall, W. (1986). Psychiatric research: statistical power in psychiatric research. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 20*, 189-200.
- Black, R.G.(1975). The chronic pain syndrome. *Surgical Clinics of North America, 55*,999-1011.
- Bonica, J.J.(1977). Neurophysiologic and pathophysiologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery, 112*, 750-761.

- Bowsher, D., Rigge, M., & Sopp, L. (1991). Prevalance of chronic pain in the British poulation: A telephone survey of 1937 househols, *Pain Clinic*, 4,223-230.
- Brattberg, G., Thorshund, M., & Wikman, A. (1989). The prevalence of pain in a general population: The results of postal survey in a county of Sweden. *Pain*, 37, 215-222.
- Brown, G.K., & Nicassio, P.M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.
- Clark, M., Gosnell, M., & Shapiro, D. (1977). The new war on pain. *Newsweek* (April 25), 89, 48-58.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1980). Influences of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaint and disease: Is the bark worse than the bite. *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory* (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Cousins, M.J. (1995). Back pain in work place. In: W.E. Fordyce (Ed.), *Task Force on Pain in Work Place* (P.5). Seattel: IASP Press.
- Crook, J., Rideout, E., & Browne, G.(1984). The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain*, 18, 299-314.
- Deyo, R.A. (1986). Comparative validity of the Sickness Impact Profile and shorter scales for functional assessment in low back pain. *Spine*, 11, 951-954.
- Doan, B.D., & Wadden, N.P. (1989). Relationships between depression symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain*, 36, 75-84.
- Doloe, J.J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioural treatment of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 289-299.

- Engel, G.L.(1959). "Psychogenic pain" and the pain prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1986). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Jounior & Adult)*(3rd ed). Sevenoaks, Kent: Hodder & Stoughton.
- Fehr, T. (1977). A longitudinal study of the effect of the transcendental meditation program on chnges in personality. In D. Orne-Johnson & J. Farrow. (eds.), *Scientific Research on the Transcendental Meditation Program. Collected Papers* (pp. 520-523). New York: Merupress.
- Follick, M.J., Smith, T.W., & Ahren, D.K.(1985). The Sickness Impact Profile: A global measure of disability in chronic low back pain. *Pain*, 21, 67-76.
- Fordyce, W.E., Brena, S.F., Holcomb, R.J., Delateur, B.J., & Loeser, J.D. (1978). Relationship of patients semantic pain descriptions to physician diagnostic Judgement, activity level measures and MMPI. *Pain*, 5, 293-303.
- Frymoyer, J.W. (1988). Back pain and sciatica. *New England Journal of Medicine*, 318, 291-300.
- Gamsa, A. (1990). Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain*, 42, 183-195.
- Gamsa, A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain: 1 A half century of study. *Pain*, 57, 5-11.
- Gil, K.M., Abrams, M.R., Philips, G., & Keefe, F.J. (1989). Sickle cell disease pain. The relation of pain coping strategies of adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 725-731.
- Gordon, A., & Hitchcock, E.R. (1983). Illness behaviour and personality in intractable facial pain syndromes. *Pain*, 17, 267-276.
- Gross, P.(1986). *The economic costs of chronic pain in Australia*. Paper presented at the 8th Australian Scientific Meeting of Australian Pain Society. Melboume, Australia.
- Harkins, S.W., Price, D.D., & Braith, J. (1989). Effects of exrtraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain, and illness behaviour. *Pain*, 36, 209-218.
- Haynes, R.B., & Dantes, R. (1987). Patients compliance and the conduct and interpretation of therapeutic trials. *Consulting Clinical Trials*, 8, 12-19.

- Hill, A. (1993). The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain*, 55, 347-353.
- Jensen, M.P., & Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 432-438.
- Jensen, M.P., & Karoly, P. (1992). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D.C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (pp. 193-213). New York: Guilford Press.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Karoly, P. (1991a). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., & Romano, J.M. (1991b). Self-efficacy and outcome expectancy relationship to chronic pain, coping strategies and adjustment. *Pain*, 44, 263-269.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Lawler, B.K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Jorm, A.F. (1989). Modifiability of trait anxiety and neuroticism: A meta-analysis of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 21-29.
- Keefe, F.J., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992a). Behavioural and cognitive behavioural approaches to chronic pain: Recent advance and future direction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
- Keefe, F.J., Salley, A.N., & Lefebvre, J.C. (1992b). Coping with pain: conceptual concern and future directions. *Pain*, 51, 131-134.
- Keefe, F.J., & Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165.
- Larsen, R.J., & Ketelaar, T. (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 132-140.
- Linton, S.J. (Fall 1994). Chronic back pain: Integrating psychological and physical therapy overview. *Behavioral medicine*, 20, 101-104.
- Love, A.W. (1987). Depression in chronic low back patients: Diagnostic efficacy of three self-report questionnaires. *Journal of Clinical Psychology*,

- 43, 84-89.
- Love, A.W., & Peck, C.L.(1987). The MMPI and Psychological factors in chronic low back pain: A review. *Pain*, 28, 1-12.
- Magni, G., Caldieron, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1990). Chronic musculoskeletal pain and depression symptoms in the general population: An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data *Pain*, 43, 299-307.
- Magni, G., Marchetti, M., Moreschi, C., Merskey, H., & Rigatti-Luchini, S. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depression symptoms in the National Health and Nutrition Examination. 1: Epidemiological follow-up study. *Pain*, 53, 163-168.
- Main, C.J. & Waddell, G.(1991). A comparison of cognitive measures in low back pain: Statistical structure and clinical validity at initial assessment *Pain*, 46, 287-298.
- McCray, R.R. & Costa, P.T.(1991). Adding Liebe and Arbeit: The Full-Five Factor Model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227-232.
- Nachemson, A.L.(1992). Newest knowledge of low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 279, 8-20.
- Nicholas, M.K. (1989). *Self-efficacy and chronic pain*. Paper Presented at the annual conference of the British Psychological Society, St, Andrews.
- Nicholas, M.K., Wilson, P.H. & Goyen, J.(1992). Comparison of cognitive-behavioural group treatment and an alternative, non-psychological treatment for chronic low back pain patients. *Pain*, 48,339-347.
- Nicholas, M.K., Blanck, A., & Cohen, M.C. (1996). *Comparison of three groups of injured workers with different outcomes at 2-4 years post injury*. Paper presented at the 17th Australian Scientific Meeting of Australian Pain Society. Canberra, Australia.
- Parker, J.C., Smarr, K.L., Buescher, K.L., Philips, L.R., Frand, R.G., Beck, N.C., Anderson, S.K., & Walker, S.E. (1989). Pain control and rational thinking: Implications for rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 984-990.

- Philips, H.C., & Jahanshahi, M.(1986). The components of pain behaviour report. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 117-125.
- Pither, C.E., & Nicholas, M.K.(1991). The identification of iatrogenic factors in the development of chronic pain syndrome: abnormal treatment behaviour? In M.R. Bond, J.E. Charlton, & C.J. Woolf(Eds.), *Proceeding of the Vth World Congress on Pain*(pp. 429-434). Amsterdam: Elsevier.
- Riley, J.F., Ahern, D.K., & Follick, M.J.(1988). Chronic pain and functional impairment: Assessing beliefs about their relationship. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59, 579-582.
- Roland, M., & Morris, R.(1983). A study of a natural history of the back pain, part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8, 141-144.
- Romano, J.M., & Turner, J.A.(1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Roome, P., & Humphrey, M.(1992). Personality factors in analgesic usage, *Stress Medicine*, 8,237-240.
- Rosenstiel, A.K., & Keefe, F.J.(1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17,33-44.
- Roy, R.(1985). Engel's pain-prone disorder patients: 25 years after. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 43, 126-135.
- Rudy, T.E., Kems, R.D., & Turk, D.C.(1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioural mediation model. *Pain*, 35, 129-140.
- Spanswick, C.C., & Main, C.J.(1989). The role of the anaesthetist in the management of chronic low back pain. In M. Roland & J.R. Jenner (Eds.), *Back Pain: New Approaches to Education and Rehabilitation* (pp. 108-128). Manchester: Manchester University Press.
- Spence, S.H.(1993). Role of cognitive therapy in the management of chronic pain. *Behaviour Change*, 10, 228-236.
- Taylor, H., & Curran, N.M.(1985). *The Nuprin Pain Report*. New York: Louis Harris.
- The Report of the Commission on Evaluation of pain*. (1986). United States Department of Health and Human Services(SSATUB) 64-031.

- Washington, DC: Government Printing Office.
- Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain, In R.J. Cachel & D.C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management* (pp.3-32). New York: Guilford Press.
- Turk, D.C., Okifuji, A., & Scharff, L.(1995). Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turner, J.A. (1991). Coping and chronic pain. In M.R. Bond, J.E. Charlton, & C.J.Woolf(eds.), *Proceedings of the Vith World Congress on Pain* (pp. 219-227). Amsterdam: Elsevier.
- Turner, J.A. Calsyn, D.A., Fordyce, W.E., & Ready, L.B.(1982). Drug utilisation patterns in chronic pain patients. *Pain*, 12, 357-363.
- Turner, J.A., & Romano, J.M.(1984), Self-report screening measures for depression in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 909-913.
- Wade, J.B., Doughery, L.M., Hart, RP., Rafii, A., & Price, D.D.(1992a). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering and pain behaviour. *Pain*, 51, 67-73.
- Westrin, C., Hirsch, C., & Lindegard, B.(1972). The personality of the back patient. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 87, 209-216.
- Williams, D.A., & Keefe, F.J.(1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioural coping strategies. *Pain*, 46, 185-190.
- Williams, D.A., & Thorn, B.C(1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36, 351-358.
- Woodforde, J., & Merskey, H.(1972). Personality traits of patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 167-172.
- Zarkowska, A.W.(1981). The relationship between subjective and behavioural aspects in people suffering from lower back pain. M.Phil. Thesis. University of London.