

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۵، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۴

بررسی مدل پیش‌بینی افسردگی بر اساس ادراک درد و کیفیت خواب با واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد در مبتلایان به رماتیسم مفصلی سالمند



مینا وصال^{۱*}، جواد ملازاده^۲، محمدرضا تقوی^۳، محمدعلی نظری‌نیا^۴

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز

۲. استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز

۳. استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز

۴. مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۱۴

تاریخ بازبینی: ۹۴/۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۱/۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی افسردگی در سالمندان مبتلا به رماتیسم مفصلی بر اساس ادراک درد و کیفیت خواب و همچنین بررسی نقش واسطه‌های فاجعه‌سازی درد به صورت یک مدل بود. پژوهش‌های انجام شده در این خصوص، ناکافی بوده و نتایج در این زمینه هم‌چنان مبهم است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری، کلیه بیماران سالمند مبتلا به رماتیسم مفصلی مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان حافظ شیراز بودند. بدین منظور ۱۵۰ بیمار، به روش نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس افسردگی سالمندان، پرسش‌نامه درد مک-گیل، پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتسبرگ و پرسش‌نامه فاجعه‌سازی درد بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر به وسیله نرم‌افزار AMOS و روش رگرسیون چندگانه به روش گام به گام با نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که کیفیت خواب و ادراک درد می‌توانند به طور معنی‌داری فاجعه‌سازی درد و افسردگی را به طور مستقیم پیش‌بینی کنند و در نهایت با توجه به مدل پیشنهادی، مشخص گردید که کیفیت خواب و ادراک درد با واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد، توانستند به طور معنی‌داری افسردگی را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، می‌توان با استفاده از درمان‌های مناسب هم‌چون درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انجام مداخلات لازم برای بهبود کیفیت خواب و کاهش درد در این بیماران و تعدیل افکار فاجعه‌آمیز، از ابتلای این بیماران به افسردگی جلوگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: ادراک درد، کیفیت خواب، افسردگی، فاجعه‌سازی درد، رماتیسم مفصلی.

مقدمه

بهداشت عمومی تبدیل شده است. شیوع بیماری‌های مزمن جسمانی و ناتوانی‌های ناشی از آن در دوران سالمندی به گونه‌ای است که سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های مزمن را دو سوم تمام بیماری‌ها و اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی

هرچند افزایش امید به زندگی و شمار سالمندان از ویژگی‌های مهم جمعیت‌شناختی در دهه‌های اخیر بوده، در عین حال سالمند شدن افراد در جهان به یکی از مهم‌ترین چالش‌های

نویسنده مسئول: مینا وصال، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

ایمیل: m69vesal@gmail.com

نشان می‌دهد که حدود (۲۰-۱۳٪) بیماران رماتیسم مفصلی از افسردگی رنج می‌برند، البته باید اشاره شود که برخی از تحقیقات این رقم را تا ۴۰٪ هم تخمین زده‌اند، این مسأله زمانی اهمیت خود را نشان می‌دهد که با آمارهای شیوع افسردگی در جمعیت عمومی که (۴-۲٪) است، مقایسه شود. به‌علاوه بیماران رماتیسم مفصلی افسرده، در مقایسه با هم‌تایان غیر افسرده خود، درصد بالاتری از مرگ و میر طبیعی (غیر خودکشی) را به‌خود اختصاص می‌دهند^(۱۳). همچنین افسردگی، مدت زمان بیماری رماتیسم مفصلی را افزایش داده و باعث کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود^(۱۴). اختلالات روانی از جمله اضطراب یا افسردگی از طریق کاهش تمایل بیمار به مراجعه به روماتولوژیست، کاهش تبعیت بیمار از توصیه‌های دارویی و غیردارویی و کاهش علاقه وی به دستیابی به اطلاعات کافی درباره بیماری رماتیسم مفصلی، بر پیامدهای بیولوژیکی این بیماری مؤثر است^(۱۵).

تحقیقات انجام شده درباره ادراک درد و کیفیت خواب نامناسب در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله رماتیسم مفصلی، نشان داده‌است که بین پیشرفت درد و کیفیت خواب در بیماران بزرگسال مبتلا به درد مزمن ارتباط مستقیم وجود دارد^(۱۶)، به طوری که ادراک درد می‌تواند موجب افزایش تأخیر در خواب و نیز بیداری شبانه شود و در مقابل خواب ناکافی نیز می‌تواند ادراک درد و کاهش تحمل آن را به‌همراه داشته باشد. مشکلات خواب در (۸۸-۶۷٪) از بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، گزارش شده و حداقل ۵۰٪ از افراد مبتلا به بی‌خوابی، با درد مزمن دست و پنجه نرم می‌کنند^(۱۷). اختلال خواب در این بیماران به‌صورت الگوی نامنظم خواب و بیداری، کم شدن طول مدت خواب و خواب آلودگی در طول مدت روز نمایان می‌شود^(۱۸). خواب و افسردگی در شرایط پیچیده‌ای با یکدیگر تعامل می‌کنند، تا جایی که بی‌خوابی آسیب‌پذیری فرد را برای ابتلا به افسردگی افزایش می‌دهد^(۱۹). بررسی‌های گزارشات بیماران در آمریکا نشان داد که ۵۶٪ از بیماران مبتلا به رماتیسم از بی‌خوابی شکایت دارند و این رقم در ایران ۴۱/۴٪ اعلام شده که با افزایش سن تشدید می‌شود، به‌طوری که اختلالات خواب سومین شکایت شایع در بین سالمندان

عمومی در سال ۲۰۲۰ پیش‌بینی کرده‌است^(۱). از آن‌جا که نگرش پزشکی در این نوع بیماری‌ها تنها بر نحوه درمان و کنترل نشانه‌ها توجّه دارد، با توجّه به این‌که این بیماری‌ها بر فرد و جامعه اثرات زیادی دارند، بایستی مورد توجّه خاص قرار گیرند و نباید صرفاً بر الگوی پزشکی در مراقبت از این بیماران بسنده کرد^(۲).

بیماری‌های عضلانی-اسکلتی، از جمله شایع‌ترین بیماری‌های دوران میانسالی و سالمندی است و رماتیسم مفصلی نمونه‌ای از این بیماری‌هاست که با دوره‌های التهاب در سینوویوم شروع می‌شود که باعث ضخیم شدن و ایجاد خیز (ایم) در آن می‌گردد. التهاب سینوویوم ایجاد شده در مفصل یا مفاصل باعث تورم، حساس شدن و سفت شدن آن‌ها شده، که می‌تواند خستگی، کاهش وزن، اضطراب و افسردگی را به‌همراه داشته باشد^(۳). علائمی مانند احساس درد، وجود خشکی در مفاصل، بی‌تحرکی، افزایش احتمال خطر زمین خوردن و در نهایت کاهش طول عمر بیمار از عوارض این بیماری در سالمندان است^(۴). هنوز اطلاعات بسیار اندکی در خصوص تظاهرات بالینی این بیماری و درمان آن وجود دارد^(۵) و در حال حاضر درمان این بیماری بر کاهش علائم و حفظ وضعیت عملکردی بیماران متمرکز است^(۶). شیوع این بیماری در زنان سه برابر مردان می‌باشد و در سالمندان بالای ۶۰ سال، حدود ۲٪ گزارش شده‌است. احتمال مرگ و میر افراد مبتلا به رماتیسم مفصلی نسبت به همان گروه سنی در کل جمعیت دو برابر است^(۳). برآورد انجام شده در انگلستان نشان داد که هزینه سالانه رماتیسم مفصلی رقمی بیش از ۱/۲ بلیون دلار است که حدود ۵۲٪ آن ناشی از هزینه‌های غیرمستقیم این بیماری است^(۷).

بیماری‌های رماتیسمی اغلب با شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی همراه هستند^(۸). شواهد تجربی نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی نسبت به شاخص‌های مرتبط با بیماری، ارتباط قوی‌تری با ناتوانی دارند^(۹). افسردگی نمونه‌ای از بیماری‌های روان‌شناختی است که در رماتیسم مفصلی، با فعالیت بالای بیماری، درد، خستگی، ناتوانی، استفاده از خدمات بهداشتی، کاهش پذیرش درمان و در نهایت افزایش خطر خودکشی و مرگ و میر همراه است^(۱۰-۱۲). بررسی‌ها

ابتلای فرد به آرتریت روماتوئید توسط روماتولوژیست و گذشت یک سال از تشخیص بیماری. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به فیبرومیالژیا، مصرف بیش از ۱۰ میلی گرم پردنیزولون در روز، ابتلا به هر بیماریهای کنترل نشده (مانند دیابت و فشارخون)، سابقه اختلالات روانی غیر از افسردگی، بیماران مبتلا به مشکلات عضلانی اسکلتی تشخیص داده نشده، سالمندان مشکوک به زوال عقل و افرادی که مایل به شرکت در پژوهش نبودند.

شدت علائم افسردگی به وسیله مقیاس افسردگی سالمندان (شیخ و یاساواگی، ۱۹۸۶) اندازه گیری شد. این مقیاس از ۱۵ سؤال تشکیل شده و گروه تحت بررسی را به سه گروه فرد سالم (نمره صفر تا ۳)، افسردگی متوسط (نمره ۴ تا ۱۰) و افسردگی شدید (نمره بالاتر از ۱۰) تقسیم می کند (۳۰ و ۳۱). ملکوتی و همکاران (۳۲) گزارش کرده اند که این مقیاس دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۹، تنصیف ۰/۸۹ و آزمون-بازآزمون ۰/۵۸ است. به منظور بررسی کیفیت خواب بیماران، پرسش نامه کیفیت خواب پیتسبرگ مورد استفاده قرار گرفت که دارای ۱۸ سؤال و ۷ جزء می باشد که امتیاز هر جزء بین صفر تا ۳ و دامنه نمره کل ابزار از صفر تا ۲۱ است و نمره ی بالاتر از ۵ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. اعتبار این ابزار، با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تعیین و پایایی ابزار با آزمون مجدد، بین ۰/۹۳ و ۰/۹۸ گزارش شده است (۳۳).

سنجش ابعاد درد به وسیله پرسش نامه درد مک گیل صورت گرفته است که شامل بیست مجموعه کلمه است که دربرگیرنده چهار بُعد حسی (مجموعه یک تا ده)، بُعد عاطفی (مجموعه ۱۱ تا ۱۵)، بُعد ارزیابی درد (مجموعه ۱۶) و دردهای گوناگون (مجموعه ۱۷ تا ۲۰) است. ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه، ۰/۸۵ و ضریب پایایی آن در تمام حیطه ها بالای ۰/۸ محاسبه شد (۳۴). نمرات به دست آمده از پرسش نامه فاجعه سازی درد (سالیوان و همکاران (۳۵)، ۱۹۹۵)، به منظور سنجش فاجعه سازی درد مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش نامه ی ۱۳ ماده ای به حداقل ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد. تحلیل عوامل نشان داده که این مقیاس شامل خرده مقیاس های نشخوار ذهنی (سوالات ۸ تا ۱۱)، بزرگ نمایی (سوالات ۶، ۷، ۱۳) و درماندگی

ایرانی بوده است (۳۰ و ۳۱). در تبیین ارتباط بین درد و افسردگی، وجود افسردگی و اضطراب، موجب کاهش آستانه درد شده و شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری های مزمن، حساس تر می شود (۳۲). ترکیب درد مزمن و افسردگی نسبت به هر کدام از این شرایط به تنهایی، با ناتوانی بیش تر در بیماران دارای درد مزمن ارتباط دارد (۳۳).

فاجعه سازی، یک مجموعه ذهنی منفی اغراق آمیز است که در طول تجربه دردناک واقعی یا مورد انتظار بر فرد وارد می شود (۳۴). فاجعه سازی نیز یکی از پیش بینی کننده های مهم و اصلی درد، نوع خلق و میزان ناتوانی در بیماران سالمند است، به طوری که نمره ی بالا در فاجعه سازی با شدت بالای درد، اختلالات خلقی هم چون افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری پیش از خواب همراه است (۲۵-۲۸)، به علاوه، میزان فاجعه سازی یکی از مهم ترین عوامل پیش بینی کننده در درمان درد به حساب می آید (۲۹).

با توجه به مبانی نظری و پژوهش های پیشین درباره روابط میان این متغیرها و لزوم کمک به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی از راه تبیین صحیح این روابط و ناکافی و مبهم بودن بررسی های انجام شده، پژوهش حاضر درصدد بررسی یک مدل پیشنهادی بوده که به وسیله آن بتوان با ادراک درد و کیفیت خواب و واسطه گیری فاجعه سازی درد، افسردگی را پیش بینی کرد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع همبستگی-توصیفی است که در تحلیل داده های آن، از دو نرم افزار SPSS و AMOS استفاده شده است. با توجه به عدم امکان انتخاب با روش های نمونه گیری تصادفی، از روش نمونه گیری در دسترس، برای انتخاب ۱۵۰ بیمار رماتیسم مفصلی سالمند، از جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران رماتیسم مفصلی مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان حافظ شیراز استفاده شد. نمونه گیری از اسفند ۱۳۹۲ تا تیرماه ۱۳۹۳ به طول انجامید و افراد داوطلب از بین بیماران سرپایی انتخاب شدند. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالاتر از ۵۰ سال، تشخیص

یافته‌ها

بررسی اطلاعات دموگرافیک نشان داد که دامنه سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بین ۵۰-۷۵ سال و میانگین سن آنان ۵۷/۲ سال بوده است. ۱۴۰ نفر از این افراد زن (۹۳/۳٪) و ۱۰ نفر مرد (۶/۷٪)، ۱۱۶ نفر متأهل (۷۷/۳٪) و ۳۴ نفر (۲۲/۷٪) مجرد و یا بیوه بودند. جدول ۱ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

(سوالات ۱ تا ۵ و ۱۲) است. در نمونه پژوهش محمّدی و همکاران^(۳۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی در این مقیاس به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد، ۰/۸۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد، ۰/۸۴ به دست آمد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

دامنه تغییرات	انحراف معیار	میانگین	متغیر
۳ - ۲۱	۴/۱۰	۱۴/۲۷	کیفیت خواب
۸ - ۶۲	۱۱/۷۲	۳۱/۶۶	ادراک درد
۱ - ۴۶	۸/۶۷	۳۲/۶۳	فاجعه‌سازی درد
۱ - ۱۵	۳/۰۷	۸/۱۴	افسردگی

جدول ۲ ماتریس همبستگی مرتبه صفر را نشان می‌دهد. وجود رابطه معنی‌دار بین این متغیرها، امکان انجام تحلیل مسیر را فراهم می‌کند.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	افسردگی	کیفیت خواب	ادراک درد	فاجعه‌سازی درد
افسردگی	۱	۰/۳۸**	۰/۴۱**	۰/۵۵**
کیفیت خواب		۱	۰/۲۶**	۰/۴۲**
ادراک درد			۱	۰/۴۰**
فاجعه‌سازی درد				۱

** P < ۰/۰۱

جدول ۳: خلاصه مدل های پیش بینی فاجعه سازی درد و افسردگی براساس کیفیت خواب و ادراک درد

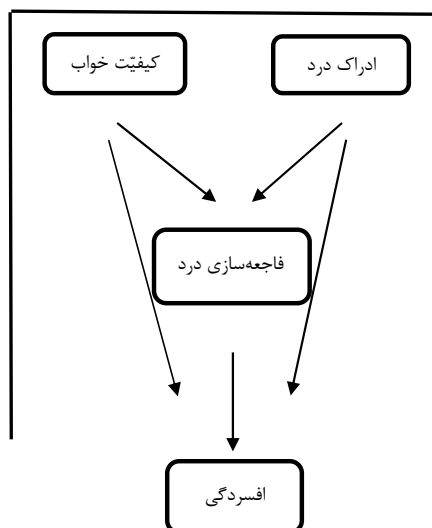
خطای استاندارد برآورد	R ² تعدیل شده	R ²	R			
۷/۸۶	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۴۲	ادراک درد	۱	مدل پیش بینی فاجعه سازی
۷/۴۳	۰/۲۶	۰/۲۷	۰/۵۲	کیفیت خواب	۲	
۲/۸۲	۰/۱۶	۰/۱۷	۰/۴۱	کیفیت خواب	۱	مدل پیش بینی افسردگی
۲/۶۹	۰/۲۴	۰/۲۵	۰/۵۰	ادراک درد	۲	

جدول ۴: خلاصه مدل پیش بینی افسردگی براساس فاجعه سازی درد

خطای استاندارد برآورد	R ² تعدیل شده	R ²	R	مدل
۲/۵۹	۰/۲۹	۰/۳۰	۰/۵۵	فاجعه سازی درد

خواب، ادراک درد و افسردگی با میانجی گری فاجعه سازی درد، نحوه پردازش مدل پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. شکل ۱، مدل پیشنهادی پژوهش حاضر را نشان می دهد.

در گام شناسایی مدل، مدل پیشنهادی برطبق فرضیه های پژوهش سازماندهی می شود. ابتدا با ارائه داده های شرکت کنندگان در تحقیق به برنامه AMOS-۱۸ و محاسبه رابطه بین کیفیت



شکل ۱: مدل پیشنهادی پژوهش حاضر

شده‌اند. جدول ۵ مسیره‌ها و ضرائب استاندارد مدل پیشنهادی رابطه‌ی علی بین کیفیت خواب و ادراک درد با افسردگی از طریق واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد، را نشان می‌دهد.

مدل مطرح شده در بردارنده چهار متغیر است. کیفیت خواب و ادراک درد به‌عنوان متغیرهای برون‌زا، فاجعه‌سازی درد به‌عنوان متغیر میانجی و افسردگی به‌عنوان متغیر درون‌زا مطرح

جدول ۵: شاخص‌های اثرات مستقیم متغیرها در مدل پژوهش

مسیره‌ها	پارامترها	ضریب استاندارد (β)	S.E	P
کیفیت خواب به فاجعه‌سازی درد		۰/۳۵	۰/۱۵	۰/۰۱
ادراک درد به فاجعه‌سازی درد		۰/۳۱	۰/۰۵	۰/۰۱
فاجعه‌سازی درد به افسردگی		۰/۴۰	۰/۰۲	۰/۰۱
ادراک درد به افسردگی		۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۰۱
کیفیت خواب به افسردگی		۰/۱۵	۰/۰۵	۰/۰۳

براساس ضرایب مسیر استاندارد و مقادیر بحرانی متناظر ارائه شده در جدول ۵ ملاحظه می‌شود که تمامی مسیره‌ها معنی‌دار هستند.

جدول ۶: شاخص‌های اثرات غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

پارامترها	ادراک درد	کیفیت خواب	فاجعه‌سازی درد
فاجعه‌سازی درد	۰	۰	۰
افسردگی	۰/۱۲	۰/۱۳	۰

بحث

درد اسکلتی-عضلانی مزمن یکی از بیماری‌های شایع در جمعیت عمومی است که در حدود (۳۵-۱۷٪) از بزرگسالان را درگیر خود می‌کند^(۳۷). رماتیسم مفصلی، بیماری التهابی، سیستمی، مزمن و ناتوان‌کننده با سبب‌شناسی ناشناخته است که علائم عمده آن مفصلی بوده و شامل خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا و در نهایت تغییر شکل مفاصل است. بیماران مبتلا، به‌دلیل وضعیت دشوار خود، معمولاً با دامنه وسیعی از احساسات منفی شامل اضطراب، خشم و افسردگی مواجه هستند، به‌خصوص هنگامی که بیماری منجر به کاهش نقش‌ها، فعالیت‌های ارزشمند و تغییر در ارتباطات اجتماعی می‌شود. چنان‌چه

مشکلات و اختلالات روانی بیمار مزمن جسمی به‌مدت طولانی ادامه پیدا کند، موجب وخامت بیماری جسمی شده، با ایجاد اختلال در روند درمان مانع از تأثیر روش‌های درمانی می‌شود. در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، مدل تأیید شده، نشانگر نقش واسطه‌ای فاجعه‌سازی درد، در پیش‌بینی افسردگی توسط ادراک درد و کیفیت خواب نامطلوب است. وجود مشکلاتی هم‌چون افسردگی، اختلالات خواب، انزوای اجتماعی، کاهش لذت از زندگی، کاهش تحرک و تغییر در روابط اجتماعی از تبعات زندگی با درد مزمن است^(۳۸). خواب ناکافی در بسیاری از موارد در عملکرد اجرایی فرد اختلال ایجاد کرده، موجب ایجاد خلق منفی می‌گردد و وجود اختلالات خواب و افسردگی با

الگوی مزمن و همیشگی از ناتوانی، عدم استفاده از اندام دردمند و افسردگی تداوم می‌یابد. افسردگی و عدم استفاده از اندام با کاهش تحمل درد و در نتیجه افزایش تجربه‌های دردناک مرتبط هستند و چرخه ترس و اجتناب را تشدید می‌کنند. برخی از پژوهش‌ها نیز با بررسی تأثیر فاجعه‌سازی بر تشدید احساس درد از طریق تأثیر بر فرآیندهای توجّه، به این نتیجه رسیدند که میزان بالای فاجعه‌سازی در افراد می‌تواند به توجّه انتخابی و شدید به محرک مرتبط با درد منجر شود. افراد فاجعه‌ساز نمی‌توانند بر درد خویش تسلط پیدا کنند یا آن را به ناخودآگاه خویش بسپارند. این افراد در مورد احساسات بدنی خودشان سردرگم هستند، اشتغال ذهنی زیادی به درد دارند و با توجّه به پیش‌بینی درد، عملکرد شناختی و جسمی خود را مختل می‌کنند. فاجعه‌سازها نسبت به غیرفاجعه‌سازها، برای کنترل یا فرونشانی افکار مرتبط با درد، سختی و مشکل بیش‌تری را تجربه می‌کنند. آن‌ها درباره دردشان بیش‌تر نشخوار فکری می‌کنند^(۵۲-۵۴)، در همین راستا محققین پیشنهاد می‌کنند که با انجام مداخلات لازم می‌توان از این چرخه‌ی معیوب پیشگیری کرد و کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء داد^(۵۵-۵۶).

در مجموع به‌نظر می‌رسد که یک دور باطل بین این عوامل ایجاد می‌گردد که ادراک درد و حس عدم کنترل بر آن، تأخیر در خواب و بیداری شبانه در صورتی که با تفکرات فاجعه‌آمیز همراه شود، موجب افسردگی شده و هرچه خلق فرد افسرده‌تر شود، آستانه تحمل درد در وی بیشتر کاهش می‌یابد و کیفیت خواب وی بدتر می‌شود.

این پژوهش به‌دلیل شرایط خاص جسمی و روانی بیماران RA در چندین حوزه دارای محدودیت‌هایی هم‌چون دشواری تعمیم‌دهی نتایج آن به سایر اقسام به‌دلیل خاص بودن شرایط افراد نمونه، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه و به‌صورت خودگزارشی می‌باشد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و تأثیر این عوامل بر روی سایر بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، بررسی شود، هم‌چنین برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند عامل

کاهش آستانه تحمل درد همراه است^(۳۹-۴۱).

ادواردز و همکاران^(۴۲) اعلام کردند که افسردگی و فاجعه‌سازی به‌طور مداوم با گزارش شدت درد، حساسیت نسبت به درد، ناتوانی جسمانی، نتایج ضعیف درمان، فعالیت‌های التهابی بیماری و به‌صورت بالقوه با مرگ زود هنگام همراه است. نتایج تحقیق لیتون و برگم^(۴۳) بر روی دردهای اسکلتی-عضلانی نشان می‌دهد که وجود فاجعه‌سازی یا افسردگی و یا هر دو به‌صورت بالقوه با مشکلات درد ارتباط دارند و تا زمانی که هر دو افزایش یابند، ارتباط بین آن‌ها اساسی و قابل توجّه است. تفکر فاجعه‌سازی و افسردگی در تحقیق آرنو و همکاران^(۴۴) پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار ثابت اختلال مرتبط با درد بودند، که در این بین تفکر فاجعه‌سازی بیش‌ترین تأثیر را نشان داده‌است. وود و همکاران^(۴۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عوامل شناختی خصوصاً فاجعه‌سازی، در تجربه درد مزمن در بیماران سالمند نقش مؤثری دارد. ترک و همکاران^(۴۶) رابطه‌ی واسطه‌ای میان نقش عوامل شناختی مانند فاجعه‌سازی را در ارتباط بین شدت درد و افسردگی گزارش کرده‌اند. تحقیقات طولی نیز نشان داده است که مشکلات خواب به‌طور خطی می‌تواند گزارش درد را در بیماران افسرده و سالمندان پیش‌بینی کند^(۴۷-۴۸).

در تحقیقی که ایرون و همکاران^(۴۹) بر روی گروهی از بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی و گروهی از افراد داوطلب انجام دادند، شواهد اولیه‌ای مبنی بر افزایش اغراق آمیز خلق و درد پس از خواب ناکافی در بیماران مبتلا به رماتیسم به دست آمد. هم‌چنین لاتن‌باخر^(۵۰) بر این باور است که افسردگی با تغییراتی در فرآیند درد همراه است که شامل درد مزمن، اختلال در شکل خواب به‌صورت چند پاره شدن خواب یا زود از خواب برخاستن، به همراه نشخوار فکری و نگرانی می‌شود. به طوری که اختلال در خواب شبانه علت درد یا تشدید آن در روز بعد است.

رولوز و همکاران^(۵۱) معتقدند که اگر درد به‌عنوان تهدید کننده تفسیر شود، از طریق فرآیند شناختی فاجعه‌سازی، ترس مرتبط با درد شکل می‌گیرد. این امر منجر به رفتار اجتنابی و گوش به‌زنگی نسبت به احساسات بدنی و درد می‌شود که یک

این بیماران به افسردگی جلوگیری کرد. در نهایت می‌توان با بهره‌گیری از درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، سلامت روانی این بیماران را نیز تأمین نمود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیق برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد. بدین وسیله از تمامی بیمارانی که با صبر و حوصله به سؤالات تحقیق پاسخ گفتند، قدردانی نموده و برای همگی آنان آرزوی صحت و سلامتی می‌نماییم.

معنویت، به‌خصوص صبر و توکل، نقشی پیشگیرانه در ابتلا به افسردگی دارد که بررسی این عوامل می‌تواند به شناخت بیش‌تر در این زمینه کمک شایانی کند.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌ها چنین نتیجه‌گیری می‌شود که می‌توان با استفاده از درمان‌های مناسب هم‌چون درمان شناختی‌رفتاری (CBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و انجام مداخلات لازم برای بهبود کیفیت خواب و کاهش درد در این بیماران و از سوی دیگر تعدیل افکار فاجعه‌آمیز، از ابتلای

References

1. Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R, & Sabate E "The challenge of chronic conditions". WHO responds. *BMJ*. 2001 Oct 27;323(7319):947-8.
2. Coates V, & Boore j. "Self- management of chronic illness: Implications for nursing". *Int J Nurs Stud*, 1995; 37 (6): 628- 640.
3. Chen S, & Wang H. "The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self- care behavior in patients with rheumatoid arthritis". *J Nurs Res*, 2007; 15 (3): 83-92.
4. Lawrence A, & Agarwal A. "Depression in rheumatoid arthritis: an under recognized comorbidity". *Indian J Rheumatol*, 2013; 8(2): 153-154.
5. Michaud K, & Wolfe F. "Comorbidities in rheumatoid arthritis", *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2007, 21 (5): 885- 906.
6. Tutuncu Z, & Kavanaugh A. "Rheumatic Disease in the Elderly: Rheumatoid Arthritis", *Rheum Dis Clin North Am*. 2007 Feb;33(1):57-70.
7. Lee T, Park B, Son H, Song R, Lee E, & Song Y. "Cost of illness and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in south korea", *Value Health*, 2012; 15(2): S43- S49.
8. Kojima M, Kojima T, Ishiguro N, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, & Tokudome S. "Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis", *J Psychosom Res*, 2009; 69(3): 434- 447.
9. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Brewin C.R, & Allard S. "A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity". *Pain*, 2001; 89(3): 275- 283.
10. Sheehy C, Murphy E, Barry M. "Depression in rheumatoid arthritis– underscoring the problem". *Rheumatology*, 2006; 45(4): 1325- 1327.
11. Timonen M, Viilo K, Hakko H, Sarkioja T, Ylikulju M, Meyer- Rochow V, et al. "Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis". *Rheumatology*,

- 2003; 42(1): 287- 291.
12. Ang D, Choi H, Kroenke K, & Wolfe F. "Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis". *J Rheumatology*, 2005; 32(3): 1013- 1019.
 13. Mostafa H, & Radwan A. "The relationship between disease activity and depression in egyptian patients with rheumatoid arthritis". *Egyptian Rheumatol*, 2013; 35(2): 193- 199.
 14. Wolfe F, & Hawley D. "Measurement of the quality of life in rheumatic disorder using the Euro QOL". *Br J Rheumatol*, 2000; 36 (7): 789- 793.
 15. DiMatteo M.R, Lepper H.S, & Croghan T.W. "Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta- analysis of the effect of anxiety and depression on the patient adherence". *Arch Intern Med*, 2000; 160(4): 2101- 2107.
 16. Vega R, & Miró J. "The assessment of sleep in pediatric chronic pain sufferers". *Sleep Med Rev*, 2013; 17(2): 185- 192.
 17. Finan P, Goodin B, & Smith M. "The association of sleep and pain: an update and a path forward". *J Pain*, 2013; 14 (12): 1539- 1552.
 18. Jakobsson U, & Hallberg R. "Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis /or osteoarthritis". *J Clin Nurs*, 2002; 11 (4): 430- 443.
 19. Berk M. "Sleep and depression-theory and practice". *Aust Fam Physician*, 2009; 38 (5): 302- 304.
 20. Abad V, Sarinas P, & Guilleminault C. "Sleep and rheumatologic disorders". *Sleep Med Rev*, 2008; 12(6): 211- 228.
 21. Moradi M, Mehrdad N, Nikpour S, Haghani H, Sharifi F. "Heart failure is one of the most common cardiovascular disorders. In this disease heart is disable to perfusion Iranian", *J Nurs Res*, 2013; 8 (2): 18- 25.
 22. Jain A, & Bhadauria D. "Evaluation of efficacy of fluoxetine in the management of major depression and arthritis in patients of rheumatoid arthritis". *Indian J Rheumatol*, 2013; 8(6): 165- 169.
 23. Currie S.R, & Wang J. "Chronic back pain and major depression in general Canadian population". *Pain*, 2004; 107(7): 54 -60.
 24. Sullivan, M. Thorn, B. Haythornthwaite, J. Keefe, F. Martin, M. Bradley, L. et al. (2001). "Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain", *Clin J Pain*. 2001 Mar;17(1):52-64.
 25. Cook A.J, Brawer, P.A, & Vowles K.E. "The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling", *Pain*, 2006; 121(2): 195- 206.
 26. Edwards R.R, Bingham C.O, Bathon J, & Haythornthwaite J.A. "Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases", *Arthritis Rheum*, 2006; 55 (2): 325- 332.
 27. Jensen M.P, Turner J.A, & Romano J.M. "Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning". *Pain*, 2007; 131 (1-2): 38- 47.
 28. Edwards R.R, Cahalan C, Mensing G, Smith M. & Haythornthwaite J. "Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases". *Nat Rev of Rheumatol*, 2011; 7(7): 216- 224.
 29. Sullivan, M. Thorn, B. Haythornthwaite, J. Keefe, F. Martin, M. Bradley, L. & et al. (2001). "Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain *Clin J Pain*. 2001 Mar;17(1):52-64.
 30. Yazdkhasti F. [A Study on Cognitive and Depressive Disorders in the Elderly and Their Correlation with Each Other (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*, 2010. 11 (4): 12- 17.
 31. Sohrabi M.B, Zolfaghari P, Mahdizade, F, Aghayan M, Ghasemian- Aghmashhadi M, Shariati Z, et al. [Evaluation and Comparison of Cognitive State and Depression in Elderly Admitted in Sanitarium

- with Elderly Sited in Personal Home (Persian)]. *Knowledge & Health*, 2008; 3 (2): 27- 31.
32. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran (Persian)]. *Pejouhesh*, 2006; 30 (4): 361- 369.
33. Izadi Avajji F, Adib Hajbaghery M, & Kafai Atri M. [Determining Disturbing Factors of Sleep Quality among Hospitalized Elderly Patients in Kashan Hospitals, Iran 2009 (Persian)]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*, 2013; 20 (6): 688- 698.
34. Khosravi M, Sadighi S, Moradi S.H, & Zendeheel K. [Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report (Persian)]. *Tehran University Medical Journal*, 2013; 71 (1): 53- 58.
35. Sullivan M, Bishop S, & Pivik J. "The pain catastrophizing scale: development and validation". *Psycho Ass*, 1995; 7 (4): 524- 532.
36. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, & Khatibi A. [The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*, 2013; 7 (1): 57- 66.
37. Taylor W.J, Dean S.G, & Siegert R.J. "Differential association of general and health self-efficacy with disability, health related quality of life and psychological distress from musculoskeletal pain in a cross- sectional general adult population survey". *Pain*, 2006; 125(8): 225- 232.
38. Brown S.T, Kirkpatrick M.K, Swanson M.S, & McKenzie I.L. "Pain experience of the elderly". *Pain Manag Nurs*, 2011; 12 (4): 190- 196.
39. Chiu Y.H, Silman A.J, Macfarlane G.J, Ray D, Gupta A, Dickens C, et al. "Poor sleep and depression are independently associated with a reduced pain threshold. Results of a population based study". *Pain*, 2005; 115(5): 316- 321.
40. Durmer J.S, & Dinges D.F. "Neurocognitive consequences of sleep deprivation". *Seminar Neurology*, 2005; 25 (1): 117- 129.
41. Goel N, Rao H. Durmer J.S, & Dinges D.F. "Neurocognitive consequences of sleep deprivation". *Seminar Neurology*, 2009; 29 (4): 320- 339.
42. Edwards R.R, Cahalan C, Mensing, G, Smith M, & Haythornthwaite J. "Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases". *Nat Rev Rheumatol*, 2011; 7(3): 216- 224.
43. Linton S, Nicholas M, Macdonald S, Boersma K, Bergbom S, Maher C, et al. "The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain". *Eur J Pain*, 2011; 15(2): 416- 422.
44. Arnow B.A, Hunkeler E.M, Blasey C.M, Lee J, Constantino M.J, Fireman B, et al. "Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care". *Psychosom Med*, 2006; 68(7): 262- 268.
45. Wood B.M, Nicholas M.K, Blyth F, Asghari A, & Gibson S. "Catastrophizing mediates the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain". *J Pain*, 2013; 14 (2): 149- 157.
46. Turk D.C, Okifuji A, & Scharff L. "Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts". *Pain*, 1995; 61 (1): 93- 101.
47. Chung K.F, & Tso K.C. "Relationship between insomnia and pain in major depressive disorder: A sleep diary and actigraphy study". *Sleep Med*, 2010; 11(8): 752- 758.
48. Dzierzewski J.M, Williams J.M, Roditi D, Marsiske M, McCoy K, McNamara J, et al. "Daily variations in objective nighttime sleep and subjective morning pain in older adults with insomnia: Evidence of covariation over time". *J Am Geriatr Soc*, 2010; 58(5): 925- 930.
49. Irwin, M.R., Olmstead, R., Carrillo, C., Sadeghi, N., FitzGerald, J.D., Ranganath, V.K. & Nicassio, P.M.

- “Sleep loss exacerbates fatigue, depression, and pain in rheumatoid arthritis”, *Sleep*, 2012; 35 (4): 537-543.
50. Lautenbacher, S. “Pain, sleeping problems and their many relatives”, *Pain*, 2012; 153(4): 1138.
 51. Roelofs J, McCracken L, Peters M.L, Crombez G, Van Breukelen G, & Vlaeyen J. “Psychometric evaluation of the pain anxiety symptoms scale (PASS) in chronic pain patients”. *J Behav Med*, 2004; 27 (2), 167- 183.
 52. Buenaver L.F, Edwards R.R, Smith M.T, Gramling S.E, & Haythornthwaite J.A. “Catastrophizing and pain coping in Young Adults: Associations with Depressive symptoms and Headache pain”. *J pain*, 2008; 9(7): 311- 319.
 53. Goubert L, Crombez G, & Van Damme S. “The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach”. *Pain*. 2004 Feb;107(3):234-41.
 54. Van Damme S, Crombez G, & Eccleston C “Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain”. *Pain*. 2004 Jan;107(1-2):70-6.
 55. Edwards R.R, Campbell C.M, & Fillingim R.B. “Catastrophizing and experimental pain sensitivity: only in vivo reports of catastrophic cognition correlate with pain responses”, *J Pain*. 2005 May;6(5):338-9.
 56. Cohen S.D, Patel S.S, Khetpal P, Peterson R.A, & Kimmel, P.L. “Pain, Sleep Disturbance, and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease”. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2007 Sep;2(5):919-25.

Prediction of depression based on perception of pain and quality of sleep due to pain catastrophizing in elderly patient with rheumatoid arthritis

Mina Vesal^{*1}, Javad Mollazade², MohamadReza Taghavi³, MohamadAli Nazarinia⁴

1. MSc in psychology, Shiraz University, Shiraz
2. Assistant professor of Psychology, Department of psychology, Shiraz University, Shiraz
3. Professor of Psychology, Department of psychology, Shiraz University, Shiraz
4. Shiraz Geriatric Research center, Shiraz University of Medical Science, Shiraz

ABSTRACT

Aims and Background: The aim of the present study is prediction of depression in elderly patients with rheumatoid arthritis based on perception of pain and quality of sleep and it examines the mediating role of pain catastrophizing as a model. Few investigations have been reported regarding this subject. Also some limited results are still uncertain.

Methods and materials: Research design was Correlation and study population including all elderly patients with rheumatoid arthritis in Hafez rheumatology clinic at Shiraz. For this purpose, 150 patients participated in the study via convenient sampling. Research Tools included Geriatric Depression Scale, the McGill pain questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index and Pain Catastrophizing Scale. In order to analyze the data, the path analysis by AMOS and the stepwise multiple regressions by SPSS were used.

Findings: The results indicated that perception of pain and quality of sleep significantly predict pain catastrophizing and depression. The proposed model shows that perception of pain and quality of sleep with mediating role of pain catastrophizing can significantly predict depression.

Conclusions: The finding of this study showed that we can prevent depression by special therapies such as: Cognitive- Behavior Therapy and Acceptance- Commitment Therapy for improving quality of sleep, reducing pain and controlling catastrophizing thought in these patients.

Keywords: Perception of pain, Quality of sleep, Pain catastrophizing, Depression, Rheumatoid Arthritis.

► Please cite this paper as:

Vesal M, Mollazade J, Taghavi M-R, Nazarinia M-A. [Prediction of depression based on perception of pain and quality of sleep due to pain catastrophizing in elderly patient with rheumatoid arthritis (Persian)]. JAP 2015;5(4):69-80.

Corresponding Author: Mina Vesal, MSc in psychology, Shiraz University, Shiraz.

Email: m69vesal@gmail.com