



The Comparison of self-compassion, anxiety and depression in patients with chronic pain and normal people

Mohammad Narimani¹ , Arezo Ghasemkhanlo^{2*} , Vahid Sabri³

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences Mohaghegh Ardabil University, Ardabil, Iran
2. Mental health expert, Deputy of Health, Khoy Faculty of Medical Sciences, Khoy
3. Candidate of clinical Psychology, Faculty of Human science, Shahed university, Tehran, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Chronic pain disease is one of the most common problems in today's society, which causes heavy medical costs and has a negative impact on a person's performance, and psychological issues are one of the most important factors in exacerbating and perpetuating chronic pain. The aim of this study was to compare self-compassion, anxiety and depression in these patients.

Material & Methods: The present study is a causal-comparative study, for which 104 people with chronic pain and 104 healthy individuals were selected. After collecting the data, independent groups were tested by using T-test.

Results: The results showed that there is high anxiety and depression and low self-compassion among patients with chronic pain.

Conclusion: Therefore, it could be concluded that these psychological components play a role in exacerbating and continuing chronic pain, and these dimensions should be emphasized in treatment programs.

Keywords: Chronic pain, self-compassion, anxiety, depression

► Please cite this paper as:

Narimani M, Ghasemkhanlo A, Sabri V [The Comparison of self-compassion, anxiety and depression in patients with chronic pain and normal people(Persian)]. J Anesth Pain 2020;11(3):57-65.

Corresponding Author: Arezo Ghasemkhanlo, mental health expert, Deputy of Health, Khoy Faculty of Medical Sciences, Khoy

Email: Psy.arezoo@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۹

مقایسه شفقت به خود، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلابه درد مزمن و افراد عادی

محمد نریمانی^۱، آرزو قاسم خانلو^{۲*}، وحید صبری^۳

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیل، اردبیل، ایران
۲. کارشناس سلامت روان، معاونت بهداشت، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران
۳. کاندیدای دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۴

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۴/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۶

چکیده

زمینه و هدف: بیماری درد مزمن یکی از شایع‌ترین مشکلات در جامعه امروزی است که هزینه‌های درمانی سنگینی را به بار می‌آورد و اثرات منفی بر عملکرد فرد می‌گذارد و مسائل روان‌شناختی یکی از مهم‌ترین عوامل در تشدید و تداوم درد مزمن است. هدف پژوهش حاضر مقایسه خود شفقتی، اضطراب و افسردگی در این بیماران است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای است، بدین منظور ۱۰۴ نفر دارای درد مزمن و ۱۰۴ نفر فرد سالم برای این پژوهش انتخاب شدند و بعد از گردآوری داده‌ها با استفاده از آزمون T گروه‌های مستقل مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اضطراب و افسردگی بالایی و خود شفقتی پایینی در بین بیماران دارای درد مزمن وجود دارد.

نتیجه‌گیری: پس می‌توان نتیجه گرفت که این مؤلفه‌های روان‌شناختی در تشدید و تداوم درد مزمن نقش داشته و در برنامه‌های درمانی بر این ابعاد باید تأکید گردد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، خود شفقتی، اضطراب، افسردگی

مقدمه

دو طبقه حاد و مزمن تقسیم می‌شود. درد حاد را می‌توان به‌عنوان یک علامت خطر از آسیب بافتی در نظر گرفت. علامتی که توجه شخص را به علت درد جلب کرده و فرد را برای جلوگیری از آسیب بیشتر با انگیزه می‌کنند^(۱). درد

بیماری‌های مزمن در طی سال‌های اخیر به خط اول شکایات مراجعان تبدیل شده است از جمله این بیماری‌های مزمن، درد مزمن هست. درد به‌طور سنتی به

تفریحی تداخل کرده و ناتوانی افراد را برای شرکت در این فعالیت‌ها تقویت می‌کند که منجر به افزایش انزوا، خلق منفی و شرطی‌زدایی جسمی می‌شود بنابراین عوامل روانی-اجتماعی مانند خودکارآمدی، حمایت ادراک‌شده و فاجعه‌سازی درد نقش مهمی در مسیر درد مزمن ایفا می‌کنند^(۴). با وجود تداوم درد مزمن شیوع آشفتگی‌های هیجانی در بین بیماران تعجب‌آور نیست^(۵). درد مزمن غالباً با پیامدهای روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، ناامیدی، ناکامی، خشم، اختلال در کارکردهای روزانه و نگرانی در مورد آینده همراه است. همبودی اختلال‌های روان‌شناختی در بین افراد دارای درد مزمن بسیار رایج هست در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران دارای درد مزمن، نشانگان روان‌شناختی معنی‌داری را تجربه می‌کنند^(۶). در مطالعه گادرمین، آلونسو، ویلاجت، زاسلاوسکی و کسلر^(۷) بالای ۵۴ درصد بیماران درد مزمن اختلال همبود افسردگی و بالای ۵۰ درصد اختلال همبود اضطراب مخصوصاً اختلال اضطراب فراگیر را گزارش کرده‌اند. در مطالعه دیگر توسط فین‌گلد، بریل، دلایانو و لوران^(۸) میزان همبودی افسردگی ۴۲/۲ درصد و اضطراب ۳۷ درصد گزارش شده است. زمانی که افسردگی و درد باهم همراه باشند بیماران شدت درد بیشتر، تحمل و آستانه درد کمتر و کاهش توانایی مقابله با درد را بیشتر گزارش می‌کنند^(۹، ۱۰). افرادی که از درد مزمن و افسردگی به‌طور همزمان رنج می‌برند به‌احتمال کمتر از درمان تبعیت کرده و احتمال عود بعد از درمان بیشتر هست و ناتوانی آن‌ها تداوم خواهد یافت و کیفیت زندگی ضعیف‌تری را نسبت به افراد مبتلا به یکی از بیماری‌ها تجربه خواهند کرد^(۱۱).

مفهوم جدیدی که در سلامت روان‌شناختی در چند سال گذشته مطرح شده موضوع شفقت و شفقت به خود هست که توجه پژوهشی گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. در طول بیست سال گذشته پژوهش‌ها مزایا و سودهای شفقت را برای سلامت فیزیولوژیکی در مطالعات مقطعی و همچنین مطالعات درمانی نشان داده‌اند همچنین ارتباط مثبتی بین شفقت و سلامت روان‌شناختی و تنظیم هیجانی

حاد با شروع سریع و ناگهانی و با مدت کوتاه و درد مزمن با ماهیت پیچیده، طولانی مدت و سبب‌شناسی مبهم و چندبعدی و مقاوم به درمان مشخص می‌شود. درد مزمن اثرات منفی بر عملکرد روان‌شناختی و جسمانی و اجتماعی دارد. انجمن جهانی مطالعه درد در تعریف درد اشاره می‌کند که درد یک تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی بیان شده بر اساس چنین آسیبی است. این تعریف انجمن جهانی درد علاوه بر پذیرش ذهنی بودن درد به عنوان یک ویژگی ذاتی، به اهمیت عوامل هیجانی به‌اندازه عوامل حسی اهمیت قائل شده است. این تعریف در طی سالیان متمادی دچار تغییر و دگرگونی شده است و در آخرین بازنگری از تعریف درد استرنکه و همکاران^(۱۲) با تأکید بر تجربه بودن درد آن را بازتعریف مجدد کرده‌اند. در تعریف اخیر اشاره می‌کنند که درد یک تجربه پریشان‌کننده همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی است که دارای مؤلفه‌های حسی، هیجانی، شناختی و اجتماعی است. این تعریف جدید به‌صراحت بر نقش و مشارکت عوامل روان‌شناختی و بافتاری در تجربه درد تأکید زیادی کرده است.

همان‌طور که در تعریف مذکور اشاره شده درد و پسایندهای آن را تجربه ادراکی پیچیده معرفی می‌کنند که به‌وسیله عوامل روانی-اجتماعی گسترده تحت تأثیر قرار می‌گیرد و برای تبیین درد بجای الگوی زیستی از الگوی چندوجهی یا الگوی زیستی-روانی-اجتماعی استفاده می‌گردد. در طول زمان عوامل روانی-اجتماعی از جمله حمایت ادراک‌شده و فاجعه‌سازی ممکن است نقش مهمی را در مسیر این اختلال ایفا کند. بر این اساس امروزه برای تبیین درمان درد مخصوصاً درد مزمن مدل‌های زیستی روانی اجتماعی گسترش یافته‌اند که بروز و تداوم درد را نه تنها بر اساس عوامل زیستی تبیین می‌کنند بلکه سهم عوامل روانی و اجتماعی را نیز در این اختلال مورد توجه قرار داده‌اند^(۱۳). بر اساس این مدل افراد مبتلا به درد مزمن اغلب گزارش می‌کنند که درد با توانایی آن‌ها برای شرکت در فعالیت‌های شغلی، اجتماعی یا

ایجاد می‌گردد^(۱۴). همچنین پدیده‌های روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی و شفقت به خود هم در ایجاد و. هم در تداوم درد می‌توانند نقش داشته باشند. به همین منظور هدف پژوهش حاضر مقایسه اضطراب و افسردگی و شفقت به خود بین بیماران مبتلابه درد مزمن و افراد عادی است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای است. در مطالعات علی-مقایسه امکان دست‌کاری متغیر مستقل وجود ندارد. جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده بیماران مبتلابه درد مزمن است که از فرودین ۹۸ تا بهمن ۹۸ به مدت ۱۱ ماه به مراکز بهداشت شهرستان خوی مراجعه کرده بودند. برای مطالعه حاضر ۲۰۸ نفر به‌طور در دسترس انتخاب شدند.

ابتدا ۱۰۴ نفر از بیماران مبتلابه درد مزمن که به مراکز بهداشتی شهرستان خوی مراجعه کرده بودند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. با همکاری پزشک مرکز افرادی که شکایت‌هایی درباره احساس درد در قسمت‌هایی از بدن خود داشتند برای بررسی معیارهای ورود و خروج به اتاق کارشناس سلامت روان ارجاع داده می‌شدند. سپس پژوهشگر بعد از معرفی خود، ملاک‌های ورود و خروج را بررسی کرده و درباره پژوهش مطالب کلی را بیان می‌کرد بعد از بیان منطق پژوهش، پرسشنامه‌ها به بیماران ارائه می‌شد و به بیماران توضیح داده شد که برای پاسخگویی دقیق و بهتر، دستورالعمل هر پرسشنامه را قبل از پاسخگویی به‌دقت مطالعه نمایند بعد نسبت به پاسخگویی اقدام کنند. در ابتدا یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی درباره سن، جنس، تحصیلات، نوع درد، مدت‌زمان درد، مصرف قرص و ناحیه درد به بیماران داده می‌شد سپس بقیه پرسشنامه‌ها که به‌صورت تصادفی جایگذاری شده بودند به بیماران ارائه می‌شد. بعد از تکمیل گروه دارای درد مزمن از روی متغیرهای سن و جنس و تحصیلات گروه همگن از افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت دارای معیارهای ورود با کسب رضایت آگاهانه

به‌دست‌آمده^(۱۳) و مداخلات مبتنی بر شفقت نشان‌دهنده مفید بودن آن هست^(۱۳). گش در تعریف خود از شفقت آن را یک سازه چندبعدی در نظر می‌گیرد که این سازه شامل چهار مفهوم کلیدی هست که شامل (۱) آگاهی از رنج (عنصر شناختی)، (۲) نگرانی و دلواپسی همدلانه نسبت به رنج کشیدن بیمار (عنصر عاطفی) (۳) آرزو و امیدواری برای رهایی از رنج (عنصر هدفمندانه) و مسئولیت‌پذیری یا آمادگی برای کمک به رهایی از رنج (عنصر انگیزشی)^(۱۳). پائول گیلبرت، کسی که درمان مبتنی بر شفقت را طراحی کرده، شفقت را به‌عنوان «حساس بودن به درد و رنج خود و دیگران همراه با تعهدی عمیق نسبت به تلاش برای رفع آن»^(۱۴) تعریف کرده است. نف یکی از پیشگامان مطالعه درباره شفقت ورزی به خود بوده است او نشان می‌دهد که شفقت به خود مؤلفه جدای از عزت‌نفس هست و بهتر از آن مؤلفه‌های بهزیستی را پیش‌بینی می‌کند. ادبیات پژوهشی نشان‌دهنده ارتباط قوی بین شفقت به خود با سایکوپاتولوژی پایین است^(۱۵). در واقع یک فرا تحلیل اندازه اثر بالایی را بین شفقت به خود و اضطراب و افسردگی در ۲۰ مطالعه به دست آورده است^(۱۶). همان‌طور که در تعریف درد به آن اشاره شده درد پدیده ذهنی است پس بیماران موقع درد با توجه به موقعیت و شرایط آن را ارزیابی کرده و پاسخ می‌دهند. افراد دارای مشکلات مزمن پیشینه مملو از استرس داشته و این پیشینه بر رشد روان‌شناختی و جسمی تأثیر دارد^(۱۶). درد مزمن به خاطر ایجاد محدودیت‌هایی که در حوزه شغلی و عملکردی و تحصیلی برای فرد ایجاد می‌کند؛ باعث می‌شود که فرد دائم دنبال پیام‌های طرد شونده و وبال خانواده یا جامعه بودن داشته باشند به همین خاطر بعد از مدتی دچار خجالت و سرافکنگی می‌گردند برای همین برخی مواقع این افراد از خود متنفرند؛ برای این افراد سخت است که مهربانی دیگران را قبول کرده و یا با خود مهربان باشند^(۱۷). به دنبال ارزیابی اجتماعی منفی از خود علاوه بر ایجاد و افزایش شرم و خود انتقادگری هیجان‌های منفی مثل اضطراب و افسردگی

پرسشنامه شفقت به خود نسخه کوتاه: نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که توسط نف^(۱۹) طراحی شده است. این پرسشنامه هم در نسخه اصلی و کوتاه دارای ۶ خرده مقیاس در سه محور که شامل مهربانی با خود- قضاوت درباره خود، احساسات مشترک انسانی- منزوی سازی و ذهن آگاهی- بزرگنمایی مشکلات است. نمره گذاری در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً هیچ‌گاه (۰) تا تقریباً همیشه^(۴) است. برای نسخه اصلی و بلند نف آلفای ۰/۹۲ را گزارش می‌کند و باز آزمایی در فاصله دو هفته‌ای را نیز ۰/۹۳ گزارش کرده است. در نسخه فارسی پرسشنامه بلند و اصلی بجای ۶ عامل ۴ عامل به دست آمده است و پایایی همسانی درونی این عامل‌ها از ۰/۶۵ برای بزرگنمایی تا ۰/۷۵ برای منزوی سازی متغیر است^(۲۰)، نسخه کوتاه این پرسشنامه باز توسط نف طراحی شده است که پایایی همسانی درونی این نسخه نیز ۰/۸۶ به دست آمده است همبستگی تقریباً کاملی با نسخه اصلی (۰/۹۷ = r) با پرسشنامه بلند دارد؛ که باز این نسخه هم همان ۶ عامل را در برمی‌گیرد^(۲۱).

پرسشنامه تشخیص شدت درد: اولین پرسشنامه دردی است که در ایران مورد استفاده قرار گرفته است در این پرسشنامه مقیاس‌ها بین ۰ تا ۱۰ درجه بندی شده‌اند؛ و پایایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی ۰/۷ برآورد شده است^(۲۲).

یافته‌ها

بر اساس داده‌های حاصل از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، از بین ۲۰۸ نفر شرکت کننده در این پژوهش ۱۰۴ نفر مبتلا به درد مزمن و ۱۰۴ نفر فرد عادی بودند که نتایج تفکیکی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول زیر آمده است.

و توضیح کلی درباره پژوهش ۱۰۴ نفر نیز برای گروه کنترل انتخاب شدند. بعد از گردآوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS شدند. ابتدا پیش فرض‌های آماری آزمون t مستقل مثل مقیاس فاصله‌ای بودن، توزیع بهنجار داده‌ها و همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفتند بعد از تأیید مفروضه‌های آزمون t، داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل؛ ۱- وجود درد مزمن در گروه آزمایشی و نبود درد مزمن برای گروه کنترل در ۲ سال گذشته ۲- سن آزمودنی‌ها بین ۱۸-۶۰ سال ۳- مدرک تحصیلی بالاتر از سوم راهنمایی ۴- مراجعه به متخصص حداقل یک‌بار در ۶ ماه گذشته برای کاهش و برطرف کردن درد مزمن برای گروه آزمایش

ملاک‌های خروج هم شامل: ۱- ابتلا به افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی که دارای تابلو تشخیصی هستند ۲- عدم بینش کافی ۳- مصرف قرص‌های اعصاب و روان ۴- دریافت مداخله روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته

ابزار

پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) برای سنجش سازه‌های روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. نسخه اصلی این مقیاس دارای ۴۲ سؤال است که افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد. بعدها، نسخه کوتاه شده این مقیاس به نام DASS-21 توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. این پرسشنامه در هر بعد اضطراب و افسردگی و استرس دارای ۷ گویه است. آزمودنی پس از خواندن هر سؤال شدت یا فراوانی علامت مطرح شده را در طول هفته در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (۰-۳) درجه بندی می‌کند. مطالعات خارجی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. در ایران نیز بررسی اعتبار سنجی این پرسشنامه توسط اصغری مقدم و همکاران^(۱۸) صورت گرفته است که ضریب همسانی درونی برای مقیاس افسردگی ۰/۹۳، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۲ به دست آمده است.

جدول ۱: شاخص‌های جمعیت شناختی

بالاتر از لیسانس	لیسانس	تحصیلات دیپلم	سیکل	جنسیت زن	مرد	گروه دارای درد مزمن
۱۱	۵۳	۳۳	۷	۵۸	۴۶	
۱۸	۶۳	۱۸	۵	۶۶	۳۸	گروه عادی

به اینکه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای حجم نمونه بالای ۷۵ معنادار به دست می‌آید از آزمون چولگی استفاده شده است در آزمون چولگی اگر چولگی بین -۱ و ۱ باشد نرمال بودن توزیع تأیید می‌گردد که در پژوهش حاضر چولگی برای اضطراب (۰/۹۲)، افسردگی (۰/۸۶) و شفقت به خود (۰/۲۵) به دست آمد که نشان‌دهنده توزیع بهنجار داده‌ها است. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده که برای شفقت به خود همگنی تأیید شده ولی در افسردگی و اضطراب همگنی تأیید نشد نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد که برای هر سه متغیر اضطراب و افسردگی و شفقت به خود تفاوت بین میانگین گروه بیماران دارای درد مزمن و افراد عادی در سطح $p=0/001$ معنادار است.

شاخص‌های آماری شامل میانگین و انحراف معیار نمرات برای مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی و شفقت به خود برای آزمودنی‌های دو گروه مبتلابه درد مزمن و افراد عادی در جدول ۲ ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که اضطراب و افسردگی در گروه بیماران دارای درد مزمن بیشتر بوده و شفقت به خود در افراد عادی بیشتر از گروه بیمار است. برای بررسی اینکه آیا این تفاوت بین میانگین گروه‌ها معنی‌دار است یا نه از آزمون t مستقل استفاده شده است. برای استفاده از آزمون t باید ابتدا مفروضه‌های آن بررسی شود که اولین مفروضه مقیاس فاصله‌ای متغیرهاست که در پژوهش حاضر متغیرها فاصله‌ای می‌باشند؛ پیش‌فرض دوم نرمال بودن توزیع هست با توجه

جدول ۲: مقایسه خود شفقتی و اضطراب و افسردگی بین دو گروه

P	T	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	
۰,۰۰۱	۷,۳۷	۵,۳۰ ۳,۳۷	۷,۸۳ ۳,۳۰	۱۰۴ ۱۰۴	دارای درد بدون درد	اضطراب
۰,۰۰۱	۷,۳۸	۸,۲۳ ۳,۵۰	۸,۲۳ ۳,۵۰	۱۰۴ ۱۰۴	دارای درد بدون درد	افسردگی
۰,۰۰۱	-۵,۸۰	۴,۳۴ ۳,۸۰	۳۱,۷۸ ۳۵,۰۷	۱۰۳ ۱۰۴	دارای درد بدون درد	شفقت به خود

را نسبت به افراد سالم تجربه می‌نمایند. درد مزمن غالباً با پیامدهای روان‌شناختی مثل افسردگی، اضطراب، ناامیدی، ناکامی و خشم هم‌پایند است^(۱۶). در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در قسمت قبلی بیان شد بیماران دارای درد مزمن اضطراب و افسردگی بیشتر و خود شفقتی کمتری

موارد فوق به همراه پی آمده‌ای جسمی و روان‌شناختی درد باعث می‌شوند تا فرد، در خود تجدیدنظر کند؛ اسمیت و آز برن^(۲۶) این وضعیت را با اصطلاح خود عجین با درد توصیف کرده‌اند- خودی که از لحاظ اجتماعی نامطلوب و شرم‌آور است و بیشتر اوقات به هنگام برقراری تعامل اجتماعی، خود را با سماجت بر هوشیاری فرد تحمیل می‌کند. خود عجین با درد از اهمیت تکاملی موقعیت و مرتبه اجتماعی مشاء می‌گیرد^(۲۷) و با خود انتقادگری و سرافکندگی سازگار است. به دنبال ارزیابی اجتماعی منفی از خود، نه تنها خود انتقادگری بلکه فعال‌سازی هیجان‌های برخاسته از تهدید (مانند اضطراب و هیجان‌های منفی اجتماعی پیچیده) تسریع می‌شود^(۲۴) و تداوم و تشدید درد تداوم خواهد یافت.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر با توجه به کمبود مراجع و مراجعه به مراکز بهداشت عدم دخالت نوع، محل و شدت درد در افراد مختلف بود پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی محل و شدت درد نیز به‌عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شود. همچنین در پژوهش حاضر مؤلفه‌های روان‌شناختی دیگر مثل رضایت از زندگی و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیرهای کنترل در نظر نگرفته است بهتر است در پژوهش‌های آتی با توجه به نقش متغیرهای دیگر روان‌شناختی آن‌ها نیز مورد بررسی قرار بگیرند. با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی نسل سوم رفتاردرمانی که جلسات کوتاه و مبتنی بر هیجان‌ات هست و همچنین با توجه به نتیجه پژوهش حاضر که خود شفقتی در بیماران مبتلابه درد مزمن نسبت به افراد عادی کمتر بود می‌توان برای روان‌درمانی این بیماران از روش درمانی متمرکز بر شفقت استفاده نمود. در آخر از تمام بیمارانی و دوستانی که ما را در انجام این پژوهش کمک کردند کمک تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع وجود ندارد و پژوهش حاضر بدون تأمین اعتبار از طرف دانشکده علوم پزشکی خوی و با حمایت‌های معنوی و همکاری واحد سلامت روان معاونت بهداشت دانشکده علوم پزشکی خوی صورت گرفته است.

بیماران دارای درد مزمن نشانگان روان‌شناختی معناداری را تجربه می‌نمایند. شواهد و مدارک قدرتمندی درباره ارتباط بین درد مزمن و افسردگی وجود دارد و بین این دو مؤلفه رابطه دوسویه‌ای به‌دست آمده است. مطالعات مختلفی گزارش داده‌اند که بیماران درد مزمن اضطراب و افسردگی بالایی را نشان می‌دهند که نتایج پژوهش حاضر نیز در همین راستا است. مثلاً در مطالعه روس ماکویچ و همکاران^(۲۳) ۵۴ درصد بیماران اضطراب و افسردگی را گزارش کرده بودند. در پژوهش بنور و همکاران^(۲۴) رابطه بین اضطراب و درد مزمن معنادار بوده و افزایش اضطراب منجر به افزایش شدت درد گردیده است. در پژوهش دیگر کسلر و همکاران^(۲۵) نشان دادند که اضطراب و افسردگی در افراد دارای درد مزمن نسبت به افراد سالم بیشتر است. ناهم‌سویی نتایج در این حوزه یافت نشد. ارتباط بین درد مزمن و افسردگی و اضطراب در چارچوب نظریه شناختی رفتاری توضیح داده شده است و طبق این رویکرد راهبردهای مقابله‌ای، نگرش‌ها و رفتارها که مؤلفه اصلی رویکرد شناختی رفتاری هستند، نقش مهمی در سازگاری بیماران مبتلابه درد مزمن ایفا می‌کند. نتیجه دیگر پژوهش تفاوت دو گروه دارای درد مزمن و افراد سالم در خود شفقتی است. افراد دارای درد مزمن خود شفقتی پایینی را تجربه می‌نمایند. واریس و همکاران^(۲۶) در مطالعه خود شفقتی، شواهد گسترده‌ای از رابطه شفقت (به‌ویژه خود شفقتی) و درد مزمن را نشان می‌دهند. درد مزمن در بافتار اجتماعی محدودیت‌های جسمی گسترده‌ای به وجود می‌آورد که ایفای نقش‌های اجتماعی بیماران مبتلابه درد مزمن را به‌طور منفی متأثر می‌کند^(۲۶). بیماران درد مزمن به‌طور مرتب محیط را برای یافتن پیام‌هایی حاکی از طردشدگی مورد واریس قرار می‌دهند زیرا بر این باورند که اجتماع، باوری نسبت به آن‌ها و دردشان ندارد و به آن‌ها به‌عنوان عناصری غیر مؤلّد و وبال جامعه می‌نگرد^(۲۶). این بیماران ممکن است احساس کنند نادیده انگاشته شده‌اند، موجب خجالت و سرافکندگی خود و دیگران هستند و به‌وسیله دیگران تحقیر می‌شوند یا بی‌ارزش شمرده می‌شوند.

References

1. Lumley, M A. et al. "Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research." *Journal of clinical psychology* 67.9 (2011): 942-968.
2. Sternke, E.A. Kathleen A, & Matthew J. B. "Comorbid chronic pain and depression: patient perspectives on empathy." *Pain management nursing* 17.6 (2016): 363-371.
3. Turk, D C. & Ronald M, eds. *Handbook of pain assessment*. Guilford Press, 2011.
4. Keefe, F J. et al. "Psychological aspects of persistent pain: current state of the science." *The Journal of Pain* 5.4 (2004): 195-211.
5. Turk, De C. and Akiko O. "Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution." *Journal of consulting and clinical psychology* 70.3 (2002): 678.
6. Thorn, B E. *Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide*. Guilford Publications, 2017.
7. Gadermann, M. et al. "Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)." *Depression and anxiety* 29.9 (2012): 797-806.
8. Feingold, D et al. "Depression and anxiety among chronic pain patients receiving prescription opioids and medical marijuana." *Journal of affective disorders* 218 (2017): 1-7.
9. Arnow, B A. et al. "Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care." *Psychosomatic medicine* 68.2 (2006): 262-268.
10. Greenberg, P E. et al. "The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010)." *The Journal of clinical psychiatry* 76.2 (2015): 155-162.
11. Linton, S J. & Sofia B. "Understanding the link between depression and pain." *Scandinavian Journal of Pain* 2.2 (2011): 47-54.
12. MacBeth, A, & Andrew G. "Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology." *Clinical psychology review* 32.6 (2012): 545-552.
13. Jazaieri, H, et al. "Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program." *Journal of Happiness Studies* 14.4 (2013): 1113-1126.
14. Gilbert, P. "The origins and nature of compassion focused therapy." *British Journal of Clinical Psychology* 53.1 (2014): 6-41.
15. Barnard, Laura K. and John F. Curry. "Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions." *Review of general psychology* 15.4 (2011): 289-303.
16. Asghari A, Nicholas MK Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain*. 94. (2001): 85-100
17. Gilbert, P. & Procter, S.. *Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, (2006) 353– 379.
18. Asghari M, M; Saed, F; Dibajnia, P, Zankaneh, p. Preliminary review of the validity and reliability of depression, anxiety and stress scales in non-clinical samples. [*Journal of Behavioral Knowledge*]. 15(2008)Y No. 31(Persian)
19. Neff, K. D. & Germer, C. K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, (2013)28-44.
20. Momeni, F; Shahidi, Sh; Mutabi, F& Heidari, M Psychometric properties of the Persian version of the self-compassion scale. *Journal of Contemporary Psychology*. 8, 2(2013) - pp. 27-40(Persian)
21. Raes, F, Pommier, E, Neff, K. D. & Van Gucht, D.. Construction and factorial validation of a short form of the self compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 2008) 250-255.
- 22- Vakilzadeh, P; Nakhaei, N. Reliability and validity of

- the Persian version of the short pain questionnaire in cancer patients. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 5, 4(2006), pp. 253-258(Persian)
23. Rus Makovec, M. Vintar, N. & Makovec, S. Self-Reported Depression, Anxiety and Evaluation of Own Pain in Clinical Sample of Patients with Different Location of Chronic Pain. *Slovenian Journal of Public Health*. (2015)1-10, (1) 54 و
 24. Benore, E. D'Auria, A. Banez, Ga. Worley, S. & Tang, A. The influence of anxiety reduction on clinical response to pediatric chronic pain rehabilitation. *The Clinical Journal of Pain*(2015). 31 (5), 375-383.
 25. Kessler RC, Berglund P, Demler OR, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, et al The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication(NCS-R). *J Am Med Assoc*.2003. 289:95-105.
 26. Smith, Jonathan A. and Mike Osborn. "Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain." *Psychology and health* 22.5 (2007): 517-534.
 27. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*.. (2008)