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

بررسی مدل پیش‌بینی افسردگی براساس ادارک درد و کیفیّت خواب با واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد در مبتلایان به رماتیسم مفصلی سالمند

مینا وصال*[۱]، جواد ملازاده[۲]، محمّدرضا تقوی[۳]، محمّدعلی 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 دریافت: ۹۴/۱/۸ **تاریخ بازبینی: ۹۴/۱/۱۰** **تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۱۴**

چکیده

زمینـه و هـدف: هـدف پژوهـش حاضـر، پیش‌بینـی افسـردگی در سـالمندان مبتـلا بـه رماتیسـم مفصلـی براسـاس ادراک درد و کیفیّـت خـواب و هم‌چنیـن بررسـی نقـش واسـطه‌ای فاجعه‌سـازی درد به‌صـورت یـک مـدل بـود. پژوهش‌هـای انجـام شـده در ایـن خصـوص، ناکافـی بـوده و نتایـج در ایـن زمینـه هم‌چنـان مبهـم اسـت.

مـواد و روش‌هـا: طـرح پژوهـش از نـوع همبسـتگی و جامعـه آمـاری، کلیـه بیمـاران سـالمند مبتـلا بـه رماتیسـم مفصلـی مراجعـه کننـده بـه کلینیـک روماتولـوژی بیمارسـتان حافـظ شـیراز بودنـد. بدیـن منظـور ۱۵۰ بیمـار، بـه‌روش نمونه‌گیـری در دسـترس در پژوهـش شـرکت کردنـد. ابزارهـای پژوهـش شـامل مقیـاس افسـردگی سـالمندان، پرسـش‌نامه درد مک-گیـل، پرسـش‌نامه کیفیّـت خـواب پیتسـبرگ و پرسـش‌نامه فاجعه‌سـازی درد بودنـد. به‌منظـور تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا از روش تحلیـل مسـیر به‌وسـیله نرم‌افـزار AMOS و روش رگرسـیون چندگانـه بـه‌روش گام بـه گام بـا نرم‌افـزار SPSS اسـتفاده شـد.

یافته‌هـا: نتایـج نشـان داد کـه کیفیّـت خـواب و ادراک درد می‌تواننـد به‌طـور معنـی‌داری فاجعه‌سـازی درد و افسـردگی را به‌طـور مسـتقیم پیش‌بینـی کننـد و در نهایـت بـا توجّـه بـه مـدل پیشـنهادی، مشـخّص گردیـد کـه کیفیّـت خـواب و ادراک درد بـا واسـطه‌گری فاجعه‌سـازی درد، توانسـتند به‌طـور معنـی‌داری افسـردگی را پیش‌بینـی کننـد.

نتیجه‌گیـری: براسـاس نتایـج حاصـل از ایـن پژوهـش، می‌تـوان بـا اسـتفاده از درمان‌هـای مناسـب هم‌چـون درمـان شـناختی‌رفتاری، درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهّـد، انجـام مداخـلات لازم بـرای بهبـود کیفیّـت خـواب و کاهـش درد در ایـن بیمـاران و تعدیـل افـکار فاجعه‌آمیـز، از ابتـلای ایـن بیمـاران بـه افسـردگی جلوگیـری کـرد.

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

مقدمه

هرچنـد افزایـش امیـد بـه زندگـی و شـمار سـالمندان از ویژگی‌هـای مهّـم جمعیّت‌شـناختی در دهه‌هـای اخیـر بـوده، در عیـن حـال سـالمند شـدن افـراد در جهـان بـه یکـی از مهّم‌تریـن چالش‌هـای بهداشـت عمومـی تبدیـل شده‌اسـت. شـیوع بیماری‌هـای مزمـن جسـمانی و ناتوانی‌هـای ناشـی از آن در دوران سـالمندی به‌گونـه‌ای اسـت کـه سـازمان جهانـی بهداشـت، بیماری‌هـای مزمـن را دو سـوم تمـام بیماری‌هـا و اصلی‌تریـن دلیـل مـرگ و میـر و ناتوانـی

نویسنده مسئول: مینا وصال، کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز
ایمیل: m69vesal@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

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 عضلانی‌اسکلتی، 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 (اِدم) 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، بی‌تحرّکی، 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 وضعیّت 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 سنّی در کل جمعیّت دو برابر است(۳). برآورد انجام شده در انگلستان نشان داد که هزینه سالانه رماتیسم مفصلی رقمی بیش از ۱/۲ بیلیون 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 فعالیّت 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 نشان می‌دهد که حدود (۲۰-۱۳٪) بیماران رماتیسم مفصلی از افسردگی رنج می‌برند، البتّه باید اشاره شود که برخی از تحقیقات این رقم را تا ۴۰٪ هم تخمین زده‌اند، این مسأله زمانی اهمیّت خود را نشان می‌دهد که با آمارهای شیوع افسردگی در جمعیّت 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[۴و۱۳]. هم‌چنین افسردگی، مدّت زمان بیماری رماتیسم مفصلی را افزایش داده و باعث کاهش کیفیّت 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 به‌دستیابی به اطلاعات کافی درباره بیماری رماتیسم مفصلی، بر پیامدهای بیولوژیکی این بیماری مؤثر است[۱۵].

تحقیقات انجام شده درباره ادراک درد و کیفیّت خواب نامناسب در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله رماتیسم مفصلی، نشان داده‌است که بین پیشرفت درد و کیفیّت 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 تحمّل 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 نامنظّم خواب و بیداری، کم شدن طول مدّت خواب و خواب آلودگی در طول مدّت 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]. بررسی 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

ایرانی بوده‌است[۲۰و۲۱]. در تبیین ارتباط بین درد و افسردگی، وجود افسردگی و اضطراب، موجب کاهش آستانه درد شده و شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری‌های مزمن، حساس‌تر می‌شود[۲۲]. ترکیب درد مزمن و افسردگی نسبت به هر کدام از این شرایط به تنهایی، با ناتوانی بیش‌تر در بیماران دارای درد مزمن ارتباط دارد[۲۳].

فاجعه‌سازی، یک مجموعه ذهنی منفی اغراق‌آمیز است که در طول تجربه دردناک واقعی یا مورد انتظار بر فرد وارد می‌شود[۲۴]. فاجعه‌سازی نیز یکی از پیش‌بینی کننده‌های مهّم و اصلی درد، نوع خُلق و میزان ناتوانی در بیماران سالمند است، به‌طوری که نمره‌ی بالا در فاجعه‌سازی با شدّت بالای درد، اختلالات خلقی هم‌چون افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری پیش از خواب همراه است[۲۵-۲۸]، به‌علاوه، میزان فاجعه‌سازی یکی از مهّم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده در درمان درد به‌حساب می‌آید[۲۹].

با توجّه به مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین درباره روابط میان این متغیّرها و لزوم کمک به ارتقاء کیفیّت زندگی بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی از راه تبیین صحیح این روابط و ناکافی و مبهم بودن بررسی‌های انجام شده، پژوهش حاضر درصدد بررسی یک مدل پیشنهادی بوده که به‌وسیله آن بتوان با ادراک درد و کیفیّت خواب و واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد، افسردگی را پیش‌بینی کرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع همبستگی-توصیفی است که در تحلیل داده‌های آن، از دو نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده شده‌است. با توجّه به‌عدم امکان انتخاب با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، از روش نمونه‌گیری 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. نمونه‌گیری از اسفند ۱۳۹۲ تا تیرماه ۱۳۹۳ به طول انجامید و افراد داوطلب از بین بیماران سرپایی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به‌مطالعه عبارت بودند از: سنّ بالاتر از ۵۰ سال، تشخیص 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 میلی‌گرم پردنیزولون در روز، ابتلا به هر بیمارهای کنترل نشده (مانند دیابت و فشارخون)، سابقه اختلالات روانی غیر از افسردگی، بیماران مبتلا به مشکلات عضلانی‌اسکلتی تشخیص داده نشده، سالمندان مشکوک به زوال عقل و افرادی که مایل به شرکت در پژوهش نبودند.

شدّت علائم افسردگی به‌وسیله مقیاس افسردگی سالمندان (شیخ و یاساواگی، ۱۹۸۶) اندازه‌گیری 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 می‌کند[۳۰و۳۱]. ملکوتی و همکاران[۳۲] گزارش کرده‌اند که این مقیاس دارای آلفای کرونباخ ۰/۹، تنصیف ۰/۸۹ و آزمون-بازآزمون ۰/۵۸ است. به‌منظور بررسی کیفیّت خواب بیماران، پرسش‌نامه کیفیّت خواب پیتسبرگ مورد استفاده قرار گرفت که دارای ۱۸ سوال و ۷ جزء می‌باشد که امتیاز هر جزء بین صفر تا ۳ و دامنه نمره کل ابزار از صفر تا ۲۱ است و نمره‌ی بالاتر از ۵ دلالت بر کیفیّت 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 شده‌است[۳۳].

سنجش ابعاد درد به‌وسیله پرسش‌نامه درد مک‌گیل 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 پرسش‌نامه، ۸۵٪ و ضریب پایایی آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۸ محاسبه شد[۳۴]. نمرات به‌دست آمده از پرسش‌نامه فاجعه‌سازی درد (سالیوان و همکاران[۳۵]، ۱۹۹۵)، به‌منظور سنجش فاجعه‌سازی درد مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه‌ی ۱۳ ماده‌ای به حداقل ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد. تحلیل عوامل نشان داده که این مقیاس شامل خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی (سوالات ۸ تا ۱۱)، بزرگ‌نمایی (سوالات ۶، ۷، ۱۳) و درماندگی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

(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 به‌ترتیب 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 به‌ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد، ۰/۸۴ به‌دست آمد.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات دموگرافیک نشان داد که دامنه سنّی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بین ۷۵-۵۰ سال و میانگین سن آنان ۵۷/۲ سال بوده‌است. 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 متغیّرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیّرهای پژوهش

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

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

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیّرهای پژوهش

متغیّرها	افسردگی	کیفیّت خواب	ادراک درد	فاجعه‌سازی درد
افسردگی	۱	۰/۳۸**	۰/۴۱**	۰/۵۵**
کیفیّت خواب		۱	۰/۲۶**	۰/۴۲**
ادراک درد			۱	۰/۴۰**
فاجعه‌سازی درد				۱

** P< ۰/۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

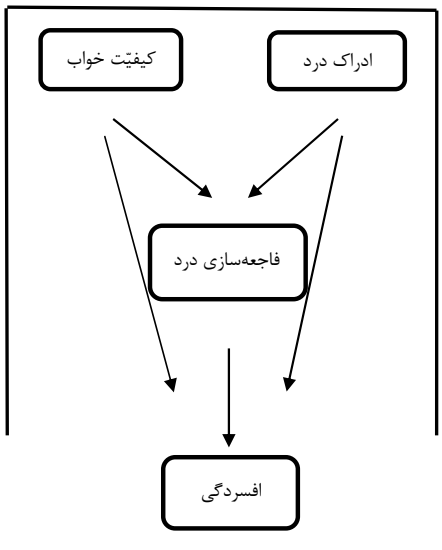
جدول ۳: خلاصه مدل‌های پیش‌بینی فاجعه‌سازی درد و افسردگی براساس کیفیّت خواب و ادراک درد

			R	R^2	R^2 تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
مدل پیش‌بینی فاجعه‌سازی	۱	ادراک درد	۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۱۷	۷/۸۶
	۲	کیفیّت خواب	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۲۶	۷/۴۳
مدل پیش‌بینی افسردگی	۱	کیفیّت خواب	۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۱۶	۲/۸۲
	۲	ادراک درد	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۴	۲/۶۹

جدول۴ : خلاصه مدل پیش‌بینی افسردگی براساس فاجعه‌سازی درد

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

در گام شناسایی مدل، مدل پیشنهادی برطبق فرضیه‌های پژوهش سازماندهی می‌شود. ابتدا با ارائه داده‌های شرکت‌کنندگان در تحقیق به برنامه AMOS -۱۸ و محاسبه رابطه بین کیفیّت خواب، ادراک درد و افسردگی با میانجی‌گری فاجعه‌سازی درد، نحوه پردازش مدل پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. شکل ۱، مدل پیشنهادی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۱: مدل پیشنهادی پژوهش حاضر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

مـدل مطـرح شـده در بردارنـده چهـار متغیّـر اسـت. کیفیّت خـواب و ادراک درد به‌عنـوان متغیّرهـای بـرون‌زا، فاجعه-سـازی درد به‌عنـوان متغیّـر میانجـی و افسـردگی به‌عنـوان متغیّـر درون‌زا مطـرح شـده‌اند. جـدول ۵ مسـیرها و ضرائـب اسـتاندارد مـدل پیشـنهادی رابطـه‌ی علّـی بیـن کیفیّـت خـواب و ادراک درد بـا افسـردگی از طریـق واسـطه-گری فاجعه‌سـازی درد، را نشـان می‌دهـد.

جدول ۵ : شاخص‌های اثرات مستقیم متغیرها در مدل پژوهش

مسیرها / پارامترها	ضریب استاندارد (β)	S.E	P
کیفیّت 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
کیفیّت 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 مسیرها معنی‌دار هستند.

جدول ۶: شاخص‌های اثرات غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

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

بحث

درد اسـکلتی-عضلانی مزمـن یکـی از بیماری‌هـای شـایع در جمعیّـت عمومـی اسـت کـه در حـدود (۳۵-۱۷٪) از بزرگسـالان را درگیـر خود می‌کنـد[۳۷]. رماتیسـم مفصلـی، بیمـاری التهابـی، سیسـتمی، مزمـن و ناتوان‌کننـده بـا سبب‌شناسـی ناشـناخته اسـت کـه علائـم عمـده آن مفصلـی بـوده و شـامل خشـکی صبحگاهـی، تـورم مفاصـل مبتـلا و در نهایـت تغییـر شـکل مفاصـل اسـت. بیمـاران مبتـلا، به‌دلیـل وضعیّـت دشـوار خـود، معمـولاً بـا دامنـه وسـیعی از احساسـات منفی شـامل اضطـراب، خشـم و افسـردگی مواجـه هسـتند، به‌خصـوص هنگامـی کـه بیمـاری منجربـه کاهـش نقش‌هـا، فعالیّت‌هـای ارزشـمند و تغییـر در ارتباطـات اجتماعـی می‌شـود. چنان‌چـه مشـکلات و اختـلالات روانـی بیمـارِ مزمـن جسـمی به‌مـدّت طولانـی ادامـه پیـدا کنـد، موجـب وخامـت بیمـاری جسـمی شـده، بـا ایجـاد اختـلال در رونـد درمـان مانـع از تأثیـر روش‌هـای درمانـی می‌شـود. در تجزیـه و تحلیـل داده‌هـای پژوهـش، مـدل تأییـد شـده، نشـانگر نقـش واسـطه‌ای فاجعه‌سـازی درد، در پیش‌بینـی افسـردگی توسـط ادراک درد و کیفیّـت خـواب نامطلـوب اسـت. وجود مشـکلاتی هم‌چـون افسـردگی، اختـلالات خـواب، انـزوای اجتماعـی، کاهـش لـذّت از زندگـی، کاهـش تحـرّک و تغییـر در روابـط اجتماعـی از تبعـات زندگـی بـا درد مزمـن اسـت[۳۸]. خـواب ناکافـی در بسـیاری از مـوارد در عملکـرد اجرایـی فـرد اختـلال ایجـاد کـرده، موجـب ایجـاد خُلـق منفـی می‌گـردد و وجـود اختـلالات خـواب و افسـردگی بـا

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

کاهش آستانه تحمّل درد همراه است[۳۹-۴۱].

ادواردز و همکاران[۴۲] اعلام کردند که افسردگی و فاجعه‌سازی به‌طور مداوم با گزارش شدّت درد، حساسیّت نسبت به درد، ناتوانی جسمانی، نتایج ضعیف درمان، فعالیّت‌های التهابی بیماری و به‌صورت بالقوه با مرگ زود هنگام همراه است. نتایج تحقیق لینتون و برگبم[۴۳] برروی 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. تفکّر فاجعه‌سازی و افسردگی در تحقیق آرنو و همکاران[۴۴] پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار ثابت اختلال مرتبط با درد بودند، که در این بین تفکّر 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 شدّت درد و افسردگی گزارش کرده‌اند. تحقیقات طولی نیز نشان داده است که مشکلات خواب به طور خطی می‌تواند گزارش درد را در بیماران افسرده و سالمندان پیش‌بینی کند[۴۷و۴۸].

در تحقیقی که ایرون و همکاران[۴۹] بر روی گروهی از بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی و گروهی از افراد داوطلب انجام دادند، شواهد اولّیه‌ای مبنی بر افزایش اغراق آمیز خُلق 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 به صورت چند پاره شدن خواب یا زود از خواب برخاستن، به همراه نشخوار فکری و نگرانی می‌شود. به طوری که اختلال در خواب شبانه علّت 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 منجربه رفتار اجتنابی و گوش به زنگی نسبت به احساسات بدنی و درد می‌شود که یک الگوی مزمن و همیشگی از ناتوانی، عدم استفاده از اندام دردمند و افسردگی تداوم می‌یابد. افسردگی و عدم استفاده از اندام با کاهش تحمّل 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 محرّک مرتبط با درد منجر شود. افراد فاجعه‌ساز نمی‌توانند بر درد خویش تسلّط 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 کیفیّت زندگی این بیماران را ارتقاء داد[۵۵و۵۶].

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 تفکّرات فاجعه‌آمیز همراه شود، موجب افسردگی شده و هرچه خلق فرد افسرده‌تر شود، آستانه تحمّل درد در وی بیشتر کاهش می‌یابد و کیفیّت خواب وی بدتر می‌شود.

این پژوهش به‌دلیل شرایط خاص جسمی و روانی بیماران RA در چندین حوزه دارای محدودیّت‌هایی هم‌چون دشواری تعمیم‌دهی نتایج آن به سایر اقشار 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

معنویّت، به‌خصوص صبر و توکّل، 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 تعهّد (ACT) و انجام مداخلات لازم برای بهبود کیفیّت خواب و کاهش درد در این بیماران و از سوی دیگر تعدیل افکار فاجعه‌آمیز، از ابتلای 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 تشکّر

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 صحّت و سلامتی می‌نماییم.

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,

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

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 Rheumato, 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

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 Avanji 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, & Zendehdel 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, Dicken,s 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

"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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]

Journal of Anesthesiology and Pain *Summer* 2015, Vol 5, NO 4

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 Mollazade[2], MohamadReza Taghavi[3], MohamadAli Nazarinia[4]

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-04-17]