

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵

پیش‌بینی درد مزمن بر مبنای طرحواره‌های ناسازگار اولیه

رسول حشمتی*

۱- دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۲۳

تاریخ بازبینی: ۹۵/۳/۱

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات فراوانی وجود دارد که رابطه بین درد مزمن و تجارب تروماتیک کودکی را بررسی کرده‌اند. با این حال، تحقیقات در زمینه درد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه اندک است و روابط آنها روشن نیست. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه درد مزمن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه است.

مواد و روش‌ها: در یک پژوهش توصیفی-همبستگی و مقطعی، ۱۰۰ بیمار مبتلا به درد مزمن از جامعه دانشجویان دانشگاه بر مبنای نقطه برش پرسشنامه درد مک‌گیل غربال و به عنوان نمونه پژوهش به شکلی داوطلبانه انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های درد مک‌گیل و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره ناسازگارانه اولیه یانگ (YSQ-SF) استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل رگرسیون به روش گام به گام نشان داد که طرحواره محرومیت بیشترین توان پیش‌بینی درد مزمن را دارد و بعد از آن طرحواره اطاعت قادر به پیش‌بینی درد مزمن می‌باشد. طرحواره‌های اطاعت و رهاشدگی به ترتیب توان تبیین، قادر به پیش‌بینی درد عاطفی هستند. طرحواره‌های محرومیت و بازداری قادر به تبیین درد نوروپاتیک است. همچنین، طرحواره محرومیت قادر به پیش‌بینی درد پیوسته و طرحواره‌های اطاعت و بازداری نیز می‌تواند درد متنوع را پیش‌بینی کند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که چهار طرحواره محرومیت هیجانی، اطاعت، رهاشدگی و بازداری از حوزه‌های بریدگی/اطرد، دیگر جهت‌مندی و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تعیین‌کننده‌های مهم درد مزمن می‌باشد. لازم است در مدیریت درد بیماران مبتلا به درد مزمن از طرحواره درمانی جهت کاهش و مدیریت درد استفاده گردد. **واژه‌های کلیدی:** طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درد مزمن، درد عاطفی، درد نوروپاتیک، درد پیوسته، درد متنوع.

مقدمه

دوره‌های این گونه آسیب‌های بافتی به وجود می‌آید^(۱). درد به دو گروه دسته‌بندی می‌شود: درد مزمن و درد حاد. درد حاد با شروع سریع و ناگهانی و با مدت کوتاه و درد مزمن

درد عبارتست از یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است و یا در

نویسنده مسئول: رسول حشمتی، دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

پست الکترونیک: psy.heshmati@gmail.com

است، و در نهایت ۵) حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری که دربرگیرنده طرحواره‌های بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه/عیب‌جویی افراطی، منفی‌گرایی و تنبیه می‌باشد.

تحقیقات انگشت شماری وجود دارد که رابطه بین درد مزمن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بررسی کرده است. ساریاهو و همکاران^(۲۰) در تحقیق خود نشان دادند که بیماران مبتلا به درد مزمن از اکثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و این طرحواره‌ها در وضعیت کنونی درد در آنها تاثیر دارد. همچنین در این تحقیق، طرحواره خودقربانی در زنان و محرومیت هیجانی در نمونه کلی ناتوانی ناشی از درد، شدت درد و تعداد نواحی درگیر درد را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، ساریاهو و همکاران^(۲۱) در یک تحقیق تحلیل عاملی برای بیماران مبتلا به درد مزمن دو عامل طرحواره را نشان دادند که عامل یک شامل طرحواره‌های شرم و تردید، انزوای اجتماعی، شکست، بازداری هیجانی، اطاعت و عامل دوم شامل تاییدطلبی، خودقربانی کردن و تنبیه است. بر اساس تحقیقات انجام شده می‌توان گفت که یافته‌ها در خصوص رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد مزمن متناقض است و هنوز روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد روشن نیست و اینکه هنوز مشخص نیست که کدام یک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی کننده بهتری برای درد مزمن می‌باشد. براین اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی و تعیین نقش پیش بین هیجده طرحواره ناسازگار اولیه در درد مزمن است.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی، مقطعی و گذشته‌نگر است.

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بودند. انتخاب نمونه در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول ابتدا از جامعه آماری دانشجویان دانشگاه تبریز تعداد ۲۷۰ نفر از دانشکده‌های مختلف و مقاطع تحصیلی لیسانس، فوق

با ماهیت پیچیده، طولانی مدت، با سبب شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان مشخص می‌شود^(۲۲ و ۲۳). درد مزمن اثرات منفی و زیان باری بر عملکرد روان‌شناختی و جسمانی دارد. وجود درد مزمن و شدت آن با افسردگی^(۲۴ و ۲۵)، اضطراب^(۲۶) و ناتوانی‌های جسمی^(۲۷ و ۲۸) در ارتباط است. اغلب درد منجر به تخریب رفتار فرد^(۲۹) و مانع دستیابی فرد به اهداف و ارزش‌ها^(۱۱ و ۱۲) می‌گردد.

در طول دودهه اخیر، اهمیت تجارب تروماتیک اولیه و آشفتگی هیجانی در ایجاد و حفظ درد مزمن و ناتوانی ناشی از درد از جمله موضوعات داغ و مورد علاقه پژوهشگران بوده است^(۱۳ و ۱۴)، به خصوص از زمانی که تصویربرداری‌های عصبی تغییراتی را در نواحی مهم درگیر در هیجانات سیستم عصبی مرکزی در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند^(۱۵). یانگ^(۱۶) با بسط رفتاردرمانی شناختی طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مطرح ساخت. به اعتقاد بک طرحواره ساختاری شناختی است برای گزینش، رمزگردانی و ارزیابی محرک‌هایی که بر ارگانیزم اثر می‌گذارند^(۱۷). بر اساس نظریه طرحواره^(۱۸ و ۱۹) تجارب اولیه کودکی منجر به شکل‌گیری باورهای بنیادین در خصوص خود، دیگران و دنیا می‌شود. یانگ مطرح ساخت که موقعیت‌ها و تجارب ناخوشایند زندگی باعث می‌شود که این باورهای بنیادین ناسازگارانه، بدعملکرد، نافذ و رنج‌آور شوند. بر اساس دیدگاه یانگ ای ام اس‌ها بیانگر الگوهای روانی اساسی هستند که نیازهای ارضا نشده مهم و بنیادین کودک را متبلور می‌سازند. هم‌اکنون هیجده طرحواره ناسازگار اولیه وجود دارد که در پنج حوزه دسته بندی شده‌اند که عبارتند از: ۱) حوزه بریدگی و طرد که شامل طرحواره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی و نقص/شرم است، ۲) حوزه خودگردانی و عملکرد مختل که شامل طرحواره‌های شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به زیان یا بیماری و خودتحوّل نیافته/گرفتار می‌باشد، ۳) حوزه محدودیت‌های مختل که دربرگیرنده طرحواره‌های استحقاق/بزرگ منشی و خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی است، ۴) حوزه دیگر جهت‌مندی شامل طرحواره‌های توجه طلبی، اطاعت و از خودگذشتگی

که برابر با ۱۶/۲ درصد پاسخگویان می‌باشد را افراد متأهل و ۸۳ نفر از آزمودنی‌ها که برابر با ۷۹ درصد می‌باشند را افراد مجرد تشکیل داده است و نیز ۹ نفر از آزمودنی‌ها یعنی ۸/۳ درصد فوق دیپلم، ۷۷ نفر یعنی ۷۳/۳ درصد لیسانس و ۱۳ نفر یعنی ۱۲/۴ درصد دانشجویان فوق لیسانس و بالاتر می‌باشند. به لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی نیز ۶ نفر از دانشجویان برابر با ۵/۷ درصد، از وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا، ۸۲ نفر یعنی ۷۸/۱ درصد از وضعیت متوسط و ۱۱ نفر یعنی ۱۰/۵ درصد از وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین برخوردارند.

لیسانس و دکتری به روش نمونه‌گیری داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند. در مرحله دوم، جهت تعیین و انتخاب افرادی که از درد مزمن در یک یا چند ناحیه بدنشان رنج می‌برند از پرسشنامه درد مک‌گیل استفاده شد. بر اساس نقطه برش این پرسشنامه ۱۰۰ نفر مبتلا به درد مزمن غربال و به عنوان نمونه نهایی تحقیق انتخاب شدند. مشخصه‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان تحقیق در جدول ۱ نشان داده شده است. ۴۷ نفر از آزمودنی‌ها (۴۴/۸ درصد) دختر و ۵۳ نفر (۵۰/۵ درصد) پسر بودند. همچنین ۱۷ نفر از آزمودنی‌ها

جدول ۱. جدول فراوانی درصدی متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش

متغیر	وضعیت	F	%
جنسیت	پسر	۵۳	۵۰/۵
	دختر	۴۴/۸	
	کل	۹۵/۲	
تاهل	متاهل	۱۷	۱۶/۲
	مجرد	۷۹	
	کل	۹۵/۲	
تحصیلات	فوق دیپلم	۹	۸/۳
	لیسانس	۷۳/۳	
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۲/۴	
	کل	۹۹	۹۴/۳
وضعیت اجتماعی - اقتصادی	بالا	۶	۵/۷
	متوسط	۸۲	۷۸/۱
	پایین	۱۱	۱۰/۵
	کل	۹۹	۹۴/۳

درد نمره صفر تا ۱۰ داده می‌شود. یافته‌های حاصل از این پرسشنامه بر روی ۸۸۲ بیمار دارای درد متنوع و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به درد نوروپاتی حاکمی از اعتبار و پایایی قابل قبول آن است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکمی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتی و درد عاطفی بود و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران نشان داده شده است که ضریب آلفای این مقیاس برابر با ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها برابر با ۰/۸۰ بوده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد. قبل از تحلیل، داده‌های گم شده مورد بررسی قرار گرفت و از طریق روش ای ام لگاریتم جایگزین شدند. برای توصیف داده‌های آماری ابتدا از روش آماری توصیفی درصد و فراوانی جهت تعیین مشخصه‌های دموگرافیک استفاده شد. جهت بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. برای آزمون این فرض که کدام یک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی کننده بهتری برای هر یک از دردهای عاطفی، نوروپاتی، پیوسته و متنوع است از رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های مدل رگرسیون چند متغیره یعنی مفروضه نرمال بودن، خطی بودن، هم چندخطی و همگنی واریانس باقیمانده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. تمامی مفروضه‌ها مورد تایید بود.

بعد از انتخاب آزمودنی‌ها در مرحله دوم نمونه‌گیری، محقق فرم کتبی رضایت نامه شرکت در مطالعه را که در ابتدای پرسشنامه قرار داشت به بیماران خواند و از آن‌ها رضایت کتبی و شفاهی دریافت کرد و پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آن‌ها، فرم کوتاه پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پرسشنامه درد مک گیل را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سؤال‌ها را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌ها، باورها، احساسات، تجارب و رفتار خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند.

ابزارهای سنجش

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF): این پرسشنامه متشکل از ۷۵ گویه است و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. هر گویه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت (کاملاً غلط، تقریباً غلط، کمی درست، تقریباً درست، کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. تمامی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه شامل ۵ گویه است. اگر فرد در دو تا یا بیشتر از دو گویه نمره ۵ یا ۶ بگیرد مبتلا به آن طرحواره است و آن طرحواره در رفتار فرد تاثیر دارد. این پرسشنامه در ایران توسط فتی و همکاران^(۳۳) هنجاریابی شده است. در تحقیق آنها میزان همسانی درونی برای ۱۵ طرحواره بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش نموده اند. در بررسی دیگر اعتبار بازآزمایی با فاصله ۱۵ روز برای ۱۵ طرحواره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ بدست آمد^(۳۳). ضرایب روایی همگرا و واگرای طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سیاهه افسردگی، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسشنامه اعتماد به نفس و چک لیست بازنگری شده علائم ۹۰ (SCL-90) به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۹، ۰/۳۶ و ۰/۳۸ گزارش شده است^(۳۳).

پرسشنامه درد مک گیل: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران^(۳۴) بر اساس پرسشنامه قدیمی مک گیل تنظیم شد که درد نوروپاتی و غیرنوروپاتی را می‌سنجد این پرسشنامه ۲۲ ماده دارد که به هر ماده بر مبنای شدت

یافته‌ها

جدول ۲. ماتریس همبستگی گشتاوری پیرسون برای بررسی رابطه درد و انواع آن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
محرومیت	۱														
رهاشستگی	۰/۴۱**	۱													
بی‌اعتمادی	۰/۵۰**	۰/۷۱**	۱												
انزوای اجتماعی	۰/۶۳**	۰/۴۸**	۰/۷۰**	۱											
نقص/شرم	۰/۶۶**	۰/۴۸**	۰/۵۳**	۰/۷۰**	۱										
وابستگی	۰/۳۱**	۰/۴۰**	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۰/۶۵**	۱									
آسیب‌پذیری	۰/۴۰**	۰/۵۲**	۰/۴۵**	۰/۴۴**	۰/۶۳**	۰/۶۸**	۱								
گرفتار	۰/۴۰**	۰/۵۹**	۰/۴۳**	۰/۳۵**	۰/۴۸**	۰/۴۶**	۰/۵۲**	۱							
اطاعت	۰/۵۶**	۰/۵۵**	۰/۵۴**	۰/۵۲**	۰/۶۶**	۰/۶۴**	۰/۷۰**	۰/۶۲**	۱						
ایثار	۰/۲۰*	۰/۳۷**	۰/۳۱**	۰/۲۴*	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۳۰**	۰/۲۸**	۱					
بازداری	۰/۶۰**	۰/۵۴**	۰/۷۰**	۰/۶۰**	۰/۳۸**	۰/۵۱**	۰/۴۸**	۰/۶۲**	۰/۵۱**		۱				
معیارهای سرسختانه	۰/۲۷**	۰/۱۹	۰/۳۲**	۰/۳۴**	۰/۰۶	-۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۲۶**	۰/۵۹**	۰/۵۳**		۱			
استحقاق	۰/۳۱**	۰/۴۱**	۰/۴۷**	۰/۳۱**	۰/۲۱*	۰/۰۲	۰/۲۲*	۰/۲۸**	۰/۵۹**	۰/۶۰**	۰/۷۱**		۱		
خوب‌نشن‌داری	۰/۴۰**	۰/۴۶**	۰/۴۶**	۰/۳۱**	۰/۴۲**	۰/۴۸**	۰/۶۰**	۰/۴۷**	۰/۳۶**	۰/۵۹**	۰/۴۴**	۰/۵۱**		۱	
شکست	۰/۳۴**	۰/۳۶**	۰/۳۵**	۰/۳۹**	۰/۷۱**	۰/۷۵**	۰/۶۴**	۰/۵۵**	۰/۶۱**	۰/۰۶	۰/۴۴**	-۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۴۷**	
درد مزمن	۰/۵۴**	۰/۳۸**	۰/۳۴**	۰/۳۶**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۳۵**	۰/۴۹**	۰/۲۳*	۰/۴۷**	۰/۱۵	۰/۲۵*	۰/۳۸**	۱

برای بررسی رابطه بین متغیر درد و مؤلفه‌های درد عاطفی، حسی و نوروپاتی با انواع مختلف طرحواره‌های ناسازگار اولیه از روش همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد (جدول ۱). یافته‌های ضریب همبستگی نشان داد که درد کلی با طرحواره‌های محرومیت ($p < 0/01$ و $r = 0/54$)، رهاشستگی / بی‌ثباتی ($p < 0/01$ و $r = 0/38$)، بی‌اعتمادی ($p < 0/01$ و $r = 0/34$)، انزوای اجتماعی ($p < 0/01$ و $r = 0/36$)، نقص/شرم ($p < 0/01$ و $r = 0/48$)، وابستگی ($p < 0/01$ و $r = 0/36$)، آسیب‌پذیری ($p < 0/01$ و $r = 0/38$)، گرفتار ($p < 0/01$ و $r = 0/35$)، اطاعت ($p < 0/01$ و $r = 0/49$)، ایثار ($p < 0/01$ و $r = 0/24$)، بازداری ($p < 0/01$ و $r = 0/48$)، خوب‌نشن‌داری ناکافی ($p < 0/01$) و شکست ($p < 0/01$ و $r = 0/38$) و استحقاق ($p < 0/01$) و $r = 0/25$) رابطه مثبت و معنادار دارد. بدین معنا که با افزایش این طرحواره‌ها میزان درد نیز در افراد مبتلا به آنها افزایش می‌یابد. تنها طرحواره معیارهای سرسختانه و ناعادلانه با درد رابطه معنی‌دار ندارد. بر این اساس می‌توان گفت که تمامی طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه به جزء معیارهای سخت‌گیرانه و ناعادلانه با درد همبسته و مرتبط هستند. درد عاطفی به جز طرحواره ناسازگار معیارهای سخت‌گیرانه با تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. درد پیوسته نیز به جز طرحواره ناسازگار معیارهای سخت‌گیرانه با تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه مثبت و معنی‌دار

برای بررسی رابطه بین متغیر درد و مؤلفه‌های درد عاطفی، حسی و نوروپاتی با انواع مختلف طرحواره‌های ناسازگار اولیه از روش همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد (جدول ۱). یافته‌های ضریب همبستگی نشان داد که درد کلی با طرحواره‌های محرومیت ($p < 0/01$ و $r = 0/54$)، رهاشستگی / بی‌ثباتی ($p < 0/01$ و $r = 0/38$)، بی‌اعتمادی ($p < 0/01$ و $r = 0/34$)، انزوای اجتماعی ($p < 0/01$ و $r = 0/36$)، نقص/شرم ($p < 0/01$ و $r = 0/48$)، وابستگی ($p < 0/01$ و $r = 0/36$)، آسیب‌پذیری ($p < 0/01$ و $r = 0/38$)، گرفتار ($p < 0/01$ و $r = 0/35$)، اطاعت ($p < 0/01$ و $r = 0/49$)، ایثار ($p < 0/01$ و $r = 0/24$)، بازداری ($p < 0/01$ و $r = 0/48$)، خوب‌نشن‌داری ناکافی ($p < 0/01$) و شکست ($p < 0/01$ و $r = 0/38$) و استحقاق ($p < 0/01$) و $r = 0/25$) رابطه مثبت و معنادار دارد. بدین معنا که با افزایش این طرحواره‌ها میزان درد نیز در افراد مبتلا به آنها افزایش می‌یابد. تنها طرحواره معیارهای سرسختانه و ناعادلانه با درد رابطه معنی‌دار ندارد. بر این اساس می‌توان گفت که تمامی طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه به جزء معیارهای سخت‌گیرانه و ناعادلانه با درد همبسته و مرتبط هستند. درد عاطفی به جز طرحواره ناسازگار معیارهای سخت‌گیرانه با تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه مثبت و معنی‌دار

معیارهای سخت‌گیرانه و ناعادلانه با تمامی طرحواره‌ها رابطه مثبت و معنی‌دار دارد.

درد نوروپاتی با تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جز طرحواره‌های ایشار و معیارهای سخت‌گیرانه رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. در نهایت درد متنوع نیز به جزء طرحواره

جدول ۳. ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام جهت پیش‌بینی درد کلی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مدل	متغیر	R ²	Adj R ²	B	SE β	B	T	Sig.
گام ۱	محرومیت	۰/۵۴	۰/۲۹	۲/۹۰۷	۰/۴۵۲	۰/۵۴۵	۶/۶۲	۰/۰۰۰
	محرومیت			۲/۰۹۲	۰/۵۲۷	۰/۳۹۲	۳/۹۷	۰/۰۰۰
گام ۲	اطاعت	۰/۵۹	۰/۳۳	۱/۸۶۷	۰/۶۷۲	۰/۲۷۴	۲/۷۸	۰/۰۰۷

واحد در متغیر محرومیت ۰/۳۹ واحد متغیر درد افزایش می‌یابد؛ این در حالی است که طرحواره ناسازگار اطاعت دارای ضریب پیش‌بینی‌کنندگی ۰/۲۷ می‌باشد بدین معنا که با افزایش ۱ واحد تغییر در متغیر اطاعت ۰/۲۷ واحد بر متغیر درد اضافه می‌گردد.

به طور کلی بر اساس یافته‌های جدول فوق می‌توان گفت که در پیش‌بینی درد کلی طرحواره ناسازگار اولیه محرومیت نقش بسیار اساسی دارد و در گام بعدی طرحواره ناسازگار اطاعت قرار دارد. همچنین بر اساس یافته‌های رگرسیون گام به گام می‌توان نتیجه گرفت که سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقشی در پیش‌بینی درد کلی ندارند.

برای پیش‌بینی درد کلی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه از روش رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد (جدول ۲).

یافته‌ها نشان داد که در گام اول طرحواره ناسازگار محرومیت بیشترین قدرت تبیین‌کنندگی را دارد (یعنی قادر به تبیین ۰/۲۹ از واریانس درد کلی را دارد). در گام دوم با اضافه شدن طرحواره ناسازگار اطاعت قدرت پیش‌بینی‌کنندگی به ۰/۳۳ درصد افزایش می‌یابد. با در نظر گرفتن تفاضل دو گام می‌توان گفت که طرحواره اطاعت تنها قادر به پیش‌بینی ۰/۴ از واریانس متغیر درد کلی می‌باشد. با در نظر گرفتن ضرایب می‌توان گفت که ضریب پیش‌بینی‌کنندگی طرحواره محرومیت برابر ۰/۳۹ می‌باشد. بدین معنا که با افزایش ۱

جدول ۴-۵. ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام جهت پیش‌بینی درد عاطفی از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مدل	متغیر	R ²	Adj R ²	B	SE β	B	T	Sig.
گام ۱	اطاعت	۰/۴۶	۰/۲۱	۱/۴۷	۰/۲۸۳	۰/۴۶	۲/۵	۰/۰۰۶
	اطاعت			۱/۰۲	۰/۳۳۱	۰/۳۲	۳/۱	۰/۰۰۳
گام ۲	رهاشده‌گی	۰/۵۱	۰/۲۵	۰/۵۶	۰/۲۲۷	۰/۲۶	۲/۴۵	۰/۰۱۶

توان تبیین ۰/۲۱ از واریانس درد عاطفی می‌باشد. در گام دوم با اضافه شدن طرحواره ناسازگار رهاشده‌گی توان تبیین به ۰/۲۵ درصد افزایش می‌یابد. با در نظر گرفتن تفاضل دو گام می‌توان گفت که طرحواره رهاشده‌گی تنها قادر به پیش‌بینی

جدول ۴ نتایج رگرسیون به روش گام به گام برای پیش‌بینی درد عاطفی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه را نشان داده است. همان طوری که مشاهده می‌شود در گام اول طرحواره ناسازگار اطاعت بیشترین قدرت تبیین‌کنندگی را دارد و دارای

منجر به ۰/۲۶ واحد تغییر در درد عاطفی می‌گردد. این یافته بیانگر اهمیت طرحواره‌های اطاعت و رهاشدگی در درد عاطفی می‌باشد. همچنین، براساس یافته‌های رگرسیون گام به گام می‌توان گفت که سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقشی در پیش‌بینی درد عاطفی ندارند.

۰/۴ از واریانس متغیر درد عاطفی می‌باشد. همچنین، ضریب پیش‌بینی‌کنندگی برای طرحواره اطاعت ۰/۳۲ است. بدین معنا که یک واحد تغییر برای در طرحواره اطاعت منجر به افزایش ۰/۳۲ تغییر در متغیر درد عاطفی می‌گردد. این درحالی است که یک واحد تغییر در طرحواره رهاشدگی

جدول ۴. ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام جهت پیش‌بینی درد نوروپاتیک از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مدل	متغیر	R ²	Adj R ²	B	SE β	B	T	Sig.
گام ۱	محرومیت	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۸۴	۰/۱۴۶	۰/۵	۵/۷۸۶	۰/۰۰۰
گام ۲	محرومیت	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۶	۰/۱۷۶	۰/۳۶	۳/۴۱	۰/۰۰۱
	بازداری			۰/۳۹	۰/۱۶۸	۰/۲۵	۲/۳۲۹	۰/۰۲۲

پیش‌بینی‌کنندگی طرحواره محرومیت ۰/۳۶ و طرحواره بازداری ۰/۲۵ می‌باشد. بدین معنا که با افزایش یک واحد در طرحواره محرومیت، ۳۶ درد نوروپاتیک/ واحد و با افزایش یک واحد در طرحواره بازداری، درد نوروپاتیک ۰/۲۵ واحد افزایش می‌یابد. این یافته حاکی از اهمیت اساسی طرحواره‌های محرومیت و بازداری در تعیین درد نوروپاتیک است. سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقشی در پیش‌بینی درد نوروپاتیک ندارند.

جدول ۴ نتایج ضرایب رگرسیون به شیوه گام به گام برای پیش‌بینی درد نوروپاتیک از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه را نشان داده است. یافته‌ها نشان داد که در گام اول طرحواره ناسازگار محرومیت بیشترین قدرت تبیین‌کنندگی را دارد. در گام دوم با اضافه شدن طرحواره ناسازگار بازداری قدرت تبیین‌کنندگی به ۰/۲۹ درصد افزایش می‌یابد. با در نظر گرفتن تفاضل دوگام می‌توان گفت که طرحواره بازداری تنها قادر به پیش‌بینی ۰/۴ از واریانس متغیر درد نوروپاتیک می‌باشد. ضریب

جدول ۵. ضرایب رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی درد پیوسته از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مدل	متغیر	R ²	Adj R ²	B	SE β	B	T	Sig.
گام ۱	محرومیت	۰/۵۵	۰/۳۳	۱/۰۴	۰/۱۵۸	۰/۵۵	۶/۵۸	۰/۰۰۰

۰/۵۵ می‌باشد که نشان می‌دهد با افزایش ۱ واحد تغییر در متغیر محرومیت، درد پیوسته ۰/۵۵ واحد افزایش می‌یابد؛ به طور کلی بر اساس یافته‌های جدول ۵ می‌توان گفت که در پیش‌بینی درد پیوسته، طرحواره ناسازگار اولیه محرومیت نقش بسیار اساسی دارد. سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقشی در پیش‌بینی درد حسی ندارند.

برای پیش‌بینی درد پیوسته از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه از روش رگرسیون چندگانه استفاده شد (جدول ۵). یافته‌ها نشان داد که طرحواره ناسازگار محرومیت بیشترین قدرت تبیین‌کنندگی را دارد (یعنی توان تبیین ۰/۳۳ از واریانس درد پیوسته را دارد). با در نظر گرفتن ضرایب می‌توان گفت که طرحواره محرومیت دارای توان پیش‌بینی‌کنندگی

جدول ۵-۴. ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام جهت پیش‌بینی درد متنوع از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مدل	متغیر	R ²	Adj R ²	B	SE β	B	T	Sig.
گام ۱	اطاعت	۰/۵۲	۰/۲۷	۱/۲۷	۰/۳۴۳	۰/۵۱	۳/۷۰	۰/۰۰۰
	بازداری	۰/۵۷	۰/۳۱	۱/۰۱	۰/۳۳۲	۰/۳۸	۳/۰۴	۰/۰۰۰
گام ۲	بازداری			۰/۵۲	۰/۲۲۴	۰/۳۲	۲/۳۲	۰/۰۲۶

نیافته‌های مربوط به رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی درد متنوع از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جدول ۶ نشان داده شده است. براساس یافته‌های رگرسیون طرحواره اطاعت بیشترین قدرت تبیین درد متنوع را دارد و قادر به تبیین ۰/۲۷ درصد از واریانس درد عاطفی است. در گام بعدی با اضافه شدن طرحواره ناسازگار بازداری توان تبیین به ۰/۳۱ درصد افزایش می‌یابد. براساس تفاضل دو گام می‌توان گفت که طرحواره بازداری تنها قادر به پیش‌بینی ۰/۴ از واریانس درد متنوع است. همچنین، ضریب پیش‌بینی‌کنندگی برای طرحواره اطاعت ۰/۳۸ است. بدین معنا که یک واحد تغییر برای در طرحواره اطاعت منجر به افزایش ۰/۳۸ واحد تغییر در متغیر درد متنوع می‌گردد. در حالی که یک واحد تغییر در طرحواره بازداری منجر به ۰/۳۲ واحد تغییر در درد متنوع می‌گردد. این یافته بیانگر اهمیت طرحواره‌های اطاعت بازداری در درد متنوع می‌باشد. همچنین، براساس یافته‌های رگرسیون گام به گام می‌توان گفت که سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقشی در پیش‌بینی درد متنوع ندارند.

بحث

در تحقیق حاضر رابطه بین پانزده طرحواره ناسازگار اولیه با درد مزمن بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره محرومیت هیجانی قدرت بالایی در تبیین درد مزمن دارد. همچنین، طرحواره اطاعت نیز قادر به تبیین درد مزمن می‌باشد. این یافته با یافته‌های ساریو و همکاران^(۲۰) همسو و هماهنگ می‌باشد. به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به طرحواره ناسازگار محرومیت به دلیل تجربه بالای درد بیشتر رنج می‌برند و این می‌تواند زمینه ناتوانی را فراهم کند و فرد

نتواند از راهکارهای مطلوب جهت مقابله با درد استفاده کند. افراد مبتلا به طرحواره ناسازگار محرومیت کمتر به دنبال کمک برای کاهش درد هستند و معتقدند که کسی نمی‌تواند به آنها کمک کند. یانگ و همکارانش^(۱۸) در این زمینه بیان داشته‌اند که این افراد ممکن است شکایت‌های جسمانی و نشانه‌های روان تنی داشته باشند که می‌تواند سود ثانوی جهت بدست آوردن توجه و مراقبت توسط سایرین باشد. در دیدگاه آنها این کارکرد تقریباً خارج از حیطه آگاهی افراد است. سود ثانوی می‌تواند به عنوان تقویت‌کننده مثبت عمل کند و باعث تداوم درد در این افراد گردد. عدم آگاهی و بینش از چنین فرایندی نیز می‌تواند یک عامل تداوم بخش باشد. به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به طرحواره ناسازگار محرومیت گرایشی ناهشیار به تجربه درد دارند. به نظر می‌رسد سطوح بالای درد در افراد مبتلا به طرحواره ناسازگار اطاعت که در این تحقیق نشان داده شد، ناشی از کنترل احساسات منفی و درونی سازی آن باشد. این افراد تسلیم کنترل دیگران می‌شوند چون حس می‌کنند در غیر این صورت از طریق تنبیه یا رها شدن، تحت فشار قرار می‌گیرند. دو شکل از این طرحواره وجود دارد: اطاعت از نیازها، که طی آن بیماران تمایلات و آرزوهای خود را واپس زنی می‌کنند و اطاعت از هیجان‌ها، که بیماران به دلیل ترس از انتقام‌گیری دیگران، احساسات خود به ویژه خشم را واپس زنی می‌کنند. به نظر می‌رسد که تمایلات و احساسات خشم و نفرت واپس رانی شده به دلیل اینکه مسیری در سیستم پردازش عاطفی مغز پیدا نمی‌کنند، به مسیرهای جسمانی تغییر مسیر می‌دهند و باعث تولید درد در بدن می‌گردند. یانگ و همکارانش^(۱۹) نیز در تبیینی مشابه گفته‌اند که این

نیازهای هیجانی خود مربوط گردد. آن‌ها به نیازهای خود ارزش قایل نیستند و معتقدند که افراد قدرتمند به این چیزها نیاز ندارند. از اینکه از دیگران بخواهند نیازهای هیجانی اشان را ارضا کنند خوششان نمی‌آید و این کار را امری ناخوشایند و نشانه ضعف می‌نگرند. عدم ابراز نیازها و انباشه شدن آنها ممکن است فرد را دچار تنش فزاینده‌ای کند و چنین تنشی نیز زمینه‌های درد نوروپاتیک در این افراد گردد. به عقیده یانگ و همکارانش^(۱۸) نیز این افراد ممکن است مشکلات جسمانی زیادی مثل علایم روان تنی داشته باشند که با جلب توجه دیگران و وادار کردن دیگران به مراقبت از خود، از این علایم نفع ثانوی ببرند. این فرایند در این افراد کاملا ناهشیار می‌باشد. در خصوص رابطه بین طرحواره بازداری و درد نوروپاتیک باید گفت که به نظر می‌رسد مکانیسم تاثیرگذار در ایجاد و تداوم درد در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک به خود عامل بازداری بر می‌گردد. این افراد در حوزه‌های مختلف بازداری انجام می‌دهند: بازداری از بروز خشم و پرخاشگری، بازداری از بیان تکانه‌های مثبت، بازداری از بیان آسیب‌پذیری و تاکید افراطی به عقلانیت و نادیده گرفتن هیجانات. بازداری این هیجانات منفی و مثبت و دفاع در برابر آنها با گرایش به عقلانیت سبب انباشت بیش از حد آنها می‌گردد که می‌تواند باعث ایجاد درد نوروپاتیک و یا تشدید آن در بیماران مبتلا به درد مزمن گردد.

از یافته‌های دیگر پژوهش این بود که بین درد پیوسته و طرحواره ناسازگار محرومیت رابطه وجود داد. ضرایب رگرسیون حاکی از توان بالای این طرحواره در تبیین درد پیوسته دارد. به نظر می‌رسد که مکانیسم تاثیرگذار در ایجاد و تداوم درد پیوسته در بیماران مبتلا طرحواره ناسازگار محرومیت هیجانی ناشی از جستجوی مداوم محبت از اطرافیان و عدم دریافت آن باشد. این بیماران رفتارهای خاصی دارند مثل عدم ابراز تمایل به محبت، عدم درخواست از افراد مهم زندگی برای رفع نیازهای هیجانی آن‌ها، و انجام رفتارهایی برخلاف احساسات زیربنایی. مجموعه این ویژگی‌ها شرایطی را فراهم می‌کنند که باعث در خلاء ماندن نیازهای عاطفی این افراد می‌گردد. این نیازهای برآورده نشده مدام در پی آمدن به

طرحواره همیشه منجر به افزایش خشم می‌شود و به صورت علایم ناسازگاری مانند علایم روان تنی بروز می‌کند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که درد عاطفی با طرحواره‌های اطاعت و رها شدگی رابطه دارد. طرحواره اطاعت بیشترین توان تبیین‌کنندگی را در پیش‌بینی درد عاطفی دارد و بعد از آن طرحواره رهاشدگی قرار دارد. سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادر به پیش‌بینی درد عاطفی نیستند. رنج عاطفی ناشی از درد مزمن در بیماران مبتلا به طرحواره اطاعت نیز می‌تواند با سرکوبی عواطف منفی مثل خشم و نفرت در ارتباط باشد. با توجه به اینکه هیجانات نفرت و خشم سرکوب شده در این بیماران بسیار خطرناک تلقی می‌شود و تجربه آنها در سطح هشپاری علامت خطری برای ذهن محسوب می‌شود، می‌تواند مسیرهای جسمانی جهت ابراز بار منفی این هیجانات پیدا کند و به درد جسمانی عاطفی منجر گردد. همچنین، در خصوص رابطه بین طرحواره ناسازگار رها شدگی و درد عاطفی می‌توان گفت که افراد مبتلا به این طرحواره معتقدند که بالاخره افراد نزدیکشان را از دست خواهند داد. هیجان معمول این افراد در برابر فقدان، اضطراب، ناراحتی و افسردگی مزمن است؛ چه این فقدان واقعی باشد یا خیالی. این بیماران مدام افراد نزدیک خود را می‌پایند تا از دستشان ندهند و اگر افراد نزدیکشان برای مدت کوتاهی آنها را تنها بگذارند، آشفته می‌شوند. به نظر می‌رسد که مکانیسم رابط این طرحواره با درد مزمن عاطفی به پایش مداوم نزدیکان و ترس ناشی از دست دادن مربوط گردد. چرا که ترس ناشی از طرد شدن و از دست دادن می‌تواند منجر به تشدید درد در بیماران مبتلا به درد مزمن گردد و به درد جنبه عاطفی ترس و آشفتگی دهد.

از جمله یافته‌های دیگر پژوهش رابطه بین درد نوروپاتیک و طرحواره‌های محرومیت و بازداری بود. طرحواره محرومیت قادر به تبیین درصد بیشتری از واریانس درد نوروپاتیک هست. طرحواره بازداری نیز در گام دوم با درصد تبیین‌کنندگی کمتری نسبت به طرحواره محرومیت می‌تواند درد نوروپاتیک را پیش‌بینی کند. به نظر می‌رسد که سطوح بالای طرحواره محرومیت در افراد مبتلا به درد نوروپاتیک به نفی ارزش

عامل زمینه ساز مهمی برای تجربه درد باشد. به نظر می‌رسد که در تمامی این چهار طرحواره تاثیر گذار در درد، یک عامل مشترک زمینه‌های ایجاد درد یا تشدید آن را فراهم می‌کند. این عامل، بازداری و سرکوبی فزاینده و مداوم هیجانات، تکانه‌ها و امیال و جسمانی سازی آن از طریق مسیرهای بدنی است. بنابراین، به نظر می‌رسد که سرکوبی و جسمی سازی مؤلفه مشترک این چهار طرحواره است.

به‌طور کلی می‌توان گفت که از پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برخی از طرحواره‌های مربوط به سه حوزه با درد رابطه دارد. این سه حوزه عبارتند از حوزه بریدگی و طرد، حوزه دیگر جهت‌مندی و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری. لازم است که در انجام مداخلات درمانی و مدیریت درد به نقش اساسی و تاثیر گذار چهار طرحواره مرتبط با درد توجه شود. در طرحواره درمانی بیماران مبتلا به درد مزمن توجه به این چهار طرحواره و استفاده از روش‌های شناختی، تجربه‌ای، ارتباطی و رفتاری جهت اصلاح این طرحواره‌ها می‌تواند نقش موثری در کاهش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن داشته باشد. تحقیق حاضر دارای محدودیت‌هایی است. در تحقیق حاضر عامل شدت درد سنجیده نشد. بهتر بود رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شدت درد نیز سنجیده می‌شد تا تاثیر هر طرحواره بر میزان درد نیز تعیین گردد. همچنین، بهتر بود عوامل فرهنگی، قومی و مذهبی که عواملی موثر در برچسب زنی به درد و درک درد هستند، و نیز عوامل مربوط به متغیرهای دموگرافیک تاهل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، تحصیلات و سن نیز کنترل می‌شد تا یافته‌های مطمئن‌تر و معتبرتر حاصل گردد. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی محدودیت‌های این پژوهش جبران گردد. با توجه به پژوهش انجام گرفته شده در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد مزمن ضرورت یک پژوهش فراتحلیل برای روشن سازی یافته‌ها و جمع‌بندی نتایج حاصله از پژوهش‌های متعدد لازم است.

سطح هشیاری ذهن و برآورده شدن دارند که از طرف بخشی از وجود فرد واپس رانده می‌شوند و باعث تشدید تنش عاطفی و عضلانی می‌گردند. این تنش نیز می‌تواند زمینه‌های ایجاد درد را فراهم کند و یا درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن تشدید دهد.

در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین درد متنوع و طرحواره‌های ناسازگار اطاعت و بازداری رابطه معنی‌داری وجود دارد. طرحواره ناسازگار اطاعت بیشترین توان تبیین‌کنندگی درد متنوع را دارد. همان طوری که قبلاً نیز بیان شد طرحواره ناسازگار اطاعت با درد مزمن رابطه دارد که یانگ و همکاران (۱۹) نیز آن را در یافته‌های خود تایید کرده‌اند. در خصوص رابطه بین درد متنوع و طرحواره اطاعت می‌توان گفت که به نظر می‌رسد تبعیت افراطی از خواست‌های دیگران و سرکوبی تمایلات درونی و هیجانات منفی خود به شکلی طولانی مدت منجر به تنیدگی فزاینده در بدن می‌گردد. این تنیدگی می‌تواند باعث تجمع درد در ناحیه خاصی از بدن و یا تشدید آن گردد. همچنین طرحواره ناسازگار بازداری نیز از طریق مکانیسم کنترل هیجانات منفی خشم و نفرت و درون‌ریزی آن تنیدگی را افزایش داده و می‌تواند درد را در افراد مبتلا به درد مزمن تشدید کند و یا حتی زمینه‌های ایجاد آن را فراهم نماید.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که چهار طرحواره ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، اطاعت، رهاشدگی/بی‌ثباتی و بازداری هیجانی تعیین‌کننده‌های مهم درد مزمن و دردهای عاطفی، نوروپاتی، پیوسته و متنوع می‌باشد. طرحواره محرومیت بالاترین توان تبیین را برای درد مزمن کلی، درد نوروپاتی، و درد پیوسته دارد که حاکی از اهمیت آن در تجربه درد است. طرحواره ناسازگار اطاعت نیز توان بالایی در تبیین دردهای مزمن کلی، درد عاطفی، و درد متنوع دارد که البته نسبت به طرحواره محرومیت در اولویت دوم قرار دارد. طرحواره بازداری هیجانی نیز گرچه توان اندکی در تبیین دردهای نوروپاتی و متنوع دارد اما به نظر می‌رسد

References

- 1- Ronald ,D.Miller. Miller's Anesthesia.Sanders. Seventh Edition.Chapter 70
- 2- Stevens RD, Van Gessel E, Flory N, Fournier R, Gamulin Z. Lumbar plexus block reduces pain and blood loss associated with total hip arthroplasty. *Anesthesiology*. 2000 Jul;93(1):115-21.
- 3- Modig, R.Regional anesthesia and blood loss. *Acta Anesthesiology Journal* .1998.32:44-48
- 4- Carr, DB. Goudas ,LC.Acute Pain. *Lancet*. 1999 Jun 12;353(9169):2051-8.
- 5- Liu ,S. Carpenter ,RI. Neal ,JM.Epidural anesthesia and analgesia. Their role in postoperative outcome. *Anesthesiology Journal* .1995. 82:1474
- 6- Timothy ,D. Recommendations for the management of pain by intrathecal (intraspinal) Drug Delivery. *Neuromodulation*. 2007;10:301-328
- 7- Ashburn ,MA.Postoperative pain. In Loeser JD (ed):Bonica's Management of pain 3edition. philadelphia .Lippincott Williams and Wilkins.2001.765-779.
- 8- Pioli G1, Barone A, Giusti A, Oliveri M, Pizzonia M, Razzano M, Palummeri E. Predictors of mortality after hip fracture: results from 1-year follow-up. *Aging Clin Exp Res*. 2006 Oct;18(5):381-7.
- 9- Furlaneto ,ME. Garcez-Leme ,LE. Impact of delirium on mortality and cognitive and functionalperformance among elderly people with femoral fractures. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007 Oct;62(5):545-52.
- 10- Tierney ,WM. Martin ,DK. Greenlee ,MC.The prognosis of hyponatremia at hospital admission. *J Gen Intern Med* .1986; 1:380-385.
- 11- Orosz ,GM. Magaziner ,J. Hannan ,EI.Association of timing of surgery for hip fractures andpatient outcomes. *JAMA* .2004; 291:1738-1743.
- 12- Rodgers ,A. Walker ,N. Schug ,S.Reduction in postoperative mortality and morbidity withepidural or spinal anesthesia: Results from overview of randomized trials. *BMJ* .2000; 321:1-12.
- 13- Dahl ,OE. Caprini ,J. Colwell ,CW. Fatal vascular outcomes following major orthopedic surgery. *ThrombHaemost*.2005; 93:860-866.
- 14- Sorenson ,RM.Pace ,NL. Anesthetic technique during surgical repair of femoral neck fractures. *Anesthesiology*.1992; 77:1095-1104.
- 15- Buller ,HR. Agneli ,G. Hull ,RD. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. The Seventh ACCP Conference on Anti thrombotic and Thrombotic Therapy. *Chest* .2004; 126:401S-428S.
- 16- BATRA, V.ARYA, R.MAHAJAN, P. CHARI ,P. Dose response study of caudal neostigmine for postoperative analgesia in pediatric patients undergoing genitourinary surgery. *Pediatric Anesthesia*. 2003. 13:515-521
- 17- TAN, P.KUO ,K. LU, K. Efficacy of intrathecal neostigmine for the relief of post inguinal herniorrhaphy pain. *Acta Anaesthesiol Scand*.2000. 44:1056-1060
- 18- KHAN, Z.AMIDI, A.MIRI, M. HAJEDI ,H. Post-operative pain relief following intrathecal injection of acetylcholine esterase inhibitor during lumbar disc surgery: a prospective double blind randomized study. *J Clin Pharm Ther*.2008. 33 669-675 2008

Predicting incidence of chronic pain based on early maladaptive schema

Rasoul Heshmati ^{*1}

1. Phd of Health Psychology, Assistant professor, Psychology department, Faculty of Psychology and education Sciences, Tabriz University, Tabriz

ABSTRACT

Aim and Background: There are many studies which have examined the relationship between chronic pain and childhood traumatic experiences. However, there are few researches on pain and early maladaptive schemas; and their relationship is not clear. The aim of this study was to examine the relationship between chronic pain and early maladaptive schemas.

Methods and Materials: In a descriptive-correlation and cross-sectional study, 100 patients with chronic pain of college students were selected based on cut-off point of McGill pain questionnaire. They were selected voluntarily as samples. For data collecting, Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) and McGill Pain Questionnaire were used.

Findings: The results of the stepwise regression showed that emotional deprivation schema has the most ability in prediction of chronic pain and then subjugation schema is most able to predict chronic pain. Subjugation schema and abandonment/instability schema are able to predict emotional pain regarding their descriptive ability, respectively. Emotional deprivation schema and emotional inhibition are able to predict neuropathic pain In the same manner. In the meanwhile, Emotional deprivation schema is able to predict intermittent pain and Subjugation schema and emotional inhibition are able to predict variant pain.

Conclusions: According to the results, we can conclude that Emotional deprivation, Subjugation, abandonment/instability and emotional inhibition schemas among the three schema domains of disconnection -rejection, other-directedness, and over vigilance/inhibition are the important determinants of chronic pain. So it seems necessary to use schema therapy in pain management of patients with chronic pain.

Keywords: early maladaptive schemas, chronic pain, emotional pain, neuropathic pain, intermittent pain, variant pain

► Please cite this paper as:

Heshmati R. [Predicting incidence of chronic pain based on early maladaptive schema (persian)]. J anesth pain 2016;6(4):49-60.

Corresponding Author: Rasoul Heshmati, Phd of Health Psychology, Assistant professor, Psychology department, Faculty of Psychology and education Sciences, Tabriz University, Tabriz

Email: psy.heshmati@gmail.com