



Psychological Factors effect on feedback to pain and chronic low back pain treatments: confrontation or withdrawal of pain?

Manijeh Firoozi^{1*}, Zahra Edalattmehr²

1. Assistant professor University of Tehran

2. Msc University of Tehran

ABSTRACT

Aims and background: Back pain is one of the most common health problems. Dysfunctions and inability due to pain, make serious troubles for patient, the family and the society. If the treatments have not been effective, the damages would increase. The main goal of this study was to investigate effects of psychological factors on feedback to pain and its treatment in patients with chronic back pain.

Materials and methods: In this descriptive study, 120 patients participated with chronic back pain who underwent the surgery. According to the criteria of the study, the participants has been referred from private specialized clinic in Dezful,. The Illness Attitude (IA) Scale, Revised NEO personality inventory (NEO PI-R), Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-DV), and Death Anxiety Scale (DAS) applied for assessing the variables. Data were analyzed using SPSS-22 software by multiple regression analysis.

Findings: Multiple regression coefficients showed that fear of death 11%, and Kinesiophobia 15% predict the response to pain and its treatment. Also, extroversion predicts 11%, openness 3%, and agreement ability 3% of response to treatment.

Conclusions: Findings of the research showed that the feedback to treatment (such as frequency to refer different practitioners) and pain would increas when the patient with chronic pain tends to accept, and the treatments are less effective when the patient experiences avoidable behaviors.

Keywords: Back Pain, treatment, fear of movement, fear of death, extraversion, agreement ability, openness to experience

► Please cite this paper as:

Firozi M, Edalattmehr Z[Effect of Psychological Factors on feedback to pain and its treatments: avoidance or approaching to pain? (Persian)]. J Anesth Pain 2019;10(1):50-62.

Corresponding Author: Manijeh Firoozi, Assistant professor University of Tehran.

Email: mfiroozy@ut.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸

عوامل روان شناختی در باز خورد به درد و درمان کمر درد مزمن: گریز از درد یا رویارویی با درد؟

منیژه فیروزی^{۱*}، زهرا عدالت مهر^۲

۱. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۶

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۱۰/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: کمر درد شیوع بسیار بالایی دارد و به دلیل ایجاد ناتوانی هزینه‌های سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند و اگر درمان‌ها اثر بخش نباشند، آسیب‌ها افزایش می‌یابد. هدف اصلی این پژوهش، بررسی عوامل روان شناختی موثر بر اثربخشی درمان و فراوانی مراجعات پزشکی و شدت درد ادراک شده پس از عمل جراحی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بود. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، از نوع توصیفی بود. ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، با در نظر گرفتن ملاک‌های پژوهش به صورت نمونه گیری در دسترس از کلینیک خصوصی در شهر دزفول انتخاب شدند. مقیاس نگرش نسبت به بیماری IAS برای بازخورد به درد و درمان، فرم بلند پرسشنامه NEO-PI-R، پرسشنامه ترس از حرکت تمپا (Tampa) و مقیاس اضطراب مرگ تمپلر مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS22 به روش رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: ضریب همبستگی چندگانه نشان داد که ترس از مرگ ۱۱ درصد، و ترس از حرکت ۱۵ درصد پاسخگویی به درمان را تبیین می‌کند. همچنین، برونگرایی ۱۱ درصد، گشودگی به تجربه ۳ درصد و توافق ۳ درصد پاسخگویی به درمان را پیش‌بینی کرد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان داد وقتی بیمار مبتلا به درد مزمن گرایش‌های پذیرنده دارد اثربخشی درمان افزایش می‌یابد و وقتی بیمار رفتارهای اجتنابی در پیش می‌گیرد، درمان درد کم اثر تر می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کمر درد، درمان، ترس از حرکت، ترس از مرگ، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و گشودگی به تجربه

مقدمه

روزمره و ناتوانی عملکردی در افراد زیر ۴۵ سال است و این موضوع هزینه‌های گزافی به صورت مستقیم و غیر

کمر درد یکی از شایع‌ترین دلایل محدودیت فعالیت‌های

نویسنده مسئول: منیژه فیروزی، استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

پست الکترونیک: mfiroozy@ut.ac.ir

است به حساس شدن مراکز مغزی دخیل در درد بینجامد^(۱۱) تیپودو و همکاران به تفاوت ادراک درد در دو جنس اشاره کردند و اینکه اضطراب در مردان بیش از زنان روی ادراک درد تاثیر می‌گذارد، اضطراب مرتبط با درد (مانند ترس از درد و حساسیت به درد ناشی از اضطراب بالا) با ادراک درد بیشتر در مردان همراه است^(۱۲).

پولورس و همکاران گزارش کردند بین فاجعه آفرینی و ادراک درد رابطه مثبت معناداری وجود دارد و بین ویژگی‌های روان شناختی مثبت و فاجعه آفرینی درد رابطه معکوس است^(۱۳).

همانطور که نتایج بالینی تاکید می‌کنند، تعداد زیادی از بیماران سالانه به دلیل کمر درد تحت اعمال جراحی قرار می‌گیرند، اما بهبودی چندانی به دست نمی‌آورند. در فضای بالینی، علاوه بر کوشش فراوان جراحان، تعدادی از بیماران از عمل جراحی در ستون فقرات سودی نمی‌برند. عوامل متعددی در این امر نقش دارند، اما به نظر می‌رسد نقش ترس‌های بنیادین در پاسخگویی به درمان نیز اثرگذار باشد. پژوهش‌های بسیاری انجام پذیرفته که ادراک بیماران را از اثربخش بودن جراحی نشان می‌دهد، اما کمتر به علت‌های زیربنایی روان‌شناختی مرتبط با بیماران در پاسخگو بودن به جراحی پرداخته شده است. در این مطالعه، پاسخگویی به درمان، به میزان موفقیت جراحی از دیدگاه بیمار اشاره دارد. این که آیا جراحی توانسته است انتظارات بیمار برای کاهش درد و ناتوانی را بر طرف کند، از دیدگاه این پژوهش به عوامل روان شناختی مرتبط است.

روش بررسی

تحقیق حاضر، با توجه به هدف، از نوع کاربردی و با توجه به نحوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را تمام بیمارانی تشکیل دادند که با مشکل کمردرد در بازه زمانی شش ماهه به کلینیک خصوصی متخصص و جراح مغز و اعصاب در شهر دزفول مراجعه کردند. درمان انتخابی

مستقیم بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند (۱). در حال حاضر کمردرد مزمن در میان بیماریها از شیوع بالاتری برخوردار است؛ گزارشات نشان می‌دهند ۶۷/۷ درصد بیمارانی که به دلیل کمر درد تحت اعمال جراحی قرار می‌گیرند، درد و ناتوانی‌شان همچنان ادامه می‌یابد^(۲). در دهه‌های گذشته، متخصصان به پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در درک مکانیسم زیر بنایی درد دست یافتند و روش‌های تشخیصی پیشرفته و مدرنی برای مهار درد به کار گرفته می‌شوند، ولی با این حال تسکین درد از دیدگاه بیماران پیشرفت چشمگیری نداشته است^(۳) به طور کلی اخیرا درمان‌های در دسترس، بهبود متوسطی در درک درد فراهم و حداقل بهبودی را در عملکرد جسمی و روانی ایجاد کرده‌اند^(۴).

یکی از دلایلی که دردهای مزمن، به ویژه کمردرد مزمن را در زمره مسئله سازترین بیماریهای عصر حاضر قرار داده، همبودی آن با بسیاری از بیماریهای جسمی و اختلالات روانپزشکی است^(۵). با توجه به این نکته، عواملی نظیر ژنوتیپ منحصر به فرد افراد، تاریخچه یادگیریهای گذشته، منابع اقتصادی و محیطی^(۶)، شناخت، هیجان، عوامل رفتاری^(۷) و عوامل اجتماعی مانند محروم کردن زنان از تحصیل و مشارکت‌های اجتماعی^(۸) به عنوان میانجی بین آسیب جسمی و تجربه درد شناسایی شده‌اند. از این میان، واکنش‌های فردی به تجربه درد، به عنوان مکانیسم‌های مداخله گر روانشناختی، در ادراک درد با اهمیت‌اند^(۹).

برخی از روان شناسان درد معتقدند که تفسیرهای روانشناختی و برانگیختگی عاطفی افراد به طور مستقیم از طریق افزایش تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، شدت درد ادراک شده را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این عامل تفاوت‌های فردی را در واکنش به درد توضیح دهد^(۱۰).

تحقیقات زیادی در زمینه نقش عوامل روانشناختی و جمعیت شناختی در نتایج درمان‌های پزشکی انجام شده است، روسل و همکاران نشان دادند ویژگی‌های شناختی، مانند عقاید نامناسب در مورد درد و فاجعه‌آفرینی ممکن

برای سنجش الگوی پنج عاملی شخصیت (روان آزرده‌گی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و با وجدان بودن) تنظیم شد. برای هر عبارت پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی پنج رتبه‌ای وجود دارد که ارزش صفر تا ۴ است. ترتیب سوال‌ها در NEO-PI-R به گونه‌ای است که هر سطر پاسخنامه شامل ۸ مورد برای پاسخ به عبارت برای یک مقیاس منظور شده، بدین ترتیب که سطر اول پاسخنامه مرتبط به شاخص N1 و سطر دوم مربوط به شاخص E1 و سطر سوم مربوط به شاخص O1 و ... است. تقریباً نیمی از ماده‌های نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه شخصیتی NEO نمره گذاری وارونه دارند یعنی هر چه نمره کمتر باشد بیشتر معرف صفت مورد نظر است. این کار برای رفع سوگیری تصدیق یا رد انجام شده است. ضریب آلفای گزارش شده توسط آنان ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ با میانگین ۰/۸۱ متغیر بوده است. در حالیکه در تحقیقی^(۱۵) این ضریب در روان آزرده‌گی ۰/۸۵، در برون‌گرایی ۰/۷۲، در گشودگی ۰/۶۸، برای توافق‌پذیری ۰/۶۹ و برای با وجدان بودن ۰/۷۹ بوده است.

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است.

این مقیاس، پرسشنامه‌ای خود اجرایی متشکل از پانزده سوال بلی-خیر است. این پرسشنامه توسط رجبی و بحرانی^(۱۶) به فارسی برگردانده شده است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ، نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. ساینو و کلاین ۴۲ (۱۹۹۶)، ضرایب آلفای کرانباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آمده‌اند، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند.

تمپلر^(۱۷) ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. در پژوهش رجبی و بحرانی برای بررسی روایی،

آنها جراحی بود. به منظور تعیین حجم نمونه در این پژوهش از جدول مورگان استفاده شد که با توجه به نتایج حاصل از بررسی جدول برای به دست آوردن نتایج معتبر و تعمیم‌پذیر می‌بایست حدود ۱۱۵ نمونه انتخاب می‌شد، از آنجا که فرهنگ در شرایط پاسخگویی مشارکت‌کنندگان در پژوهش تاثیرگذار است، با در نظر گرفتن پرسشنامه‌هایی که ممکن بود ناقص پاسخ داده شوند، ۲۵۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۱۳۰ آزمودنی پرسشنامه‌های خود را ناقص پاسخ دادند که این نمونه‌ها از پژوهش حذف شدند.

ملاک ورود به پژوهش عبارت بودند از بیمارانی که تحت عمل جراحی کمر قرار گرفته بودند، بیمارانی که بیش از سه مراجعه جهت دارو درمانی به پزشک معالج داشته‌اند، بیمارانی که همگی توسط یک جراح تحت عمل جراحی و دارو درمانی قرار گرفته بودند، سن انتخابی بین ۲۵ تا ۶۰ سال قرار داشت، بیمارانی که حداقل تحصیلات متوسطه داشتند، بیماری خاص دیگری نداشتند در پژوهش شرکت کردند. همچنین، بیمارانی که بیسواد بودند، بیماری خاص دیگری نداشتند، بیمارانی که توسط پزشک دیگری جراحی شده بودند (زیرا عامل مهارت جراح می‌تواند در تجربه درد اثرگذار باشد) و بیمارانی که در طی مدت درمان توسط پزشک دیگری ویزیت شده بودند از فرایند پژوهش کنار گذاشته می‌شدند. از نکات اخلاقی که در پژوهش لحاظ شد می‌توان به اخذ رضایت برای شرکت در پژوهش، محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات شخصی بیماران و صداقت در گردآوری و تحلیل بدون پیش داوری داده‌ها اشاره کرد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شخصیتی نئو (NEO-PI-R)

این پرسشنامه توسط مک کرا و کاستا^(۱۴) در اصل برای جمعیت بهنجار تهیه شد و طی دهه گذشته بیشترین استفاده در کاربست‌های پژوهشی و بالینی داشته است. نسخه اصلی آن در سال ۱۹۹۲ توسط کاستا و مک کرا

است. همه همبستگی‌ها به جز یک مورد بالاتر از ۰/۷۵ بوده است. مهدیه عطری فرد و همکاران (۲۰) در هنجاریابی این آزمون در نمونه‌های ایرانی شواهدی برای صحت ساخت عاملی و پایایی قابل قبول عامل‌های IAS ارائه کردند.

یافته‌ها

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، شرکت کننده‌های در پژوهش، بیشتر از هر سنی در رده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال قرار داشتند (۳۶/۷ درصد شرکت کنندگان)، ۵۵/۸ درصد آنها زن بودند، ۳۷/۵ درصد آنها بیکار بودند که با محاسبه بازنشستگی و مشارکت کننده‌هایی که پاسخ ندادند، این مقدار افزایش می‌یابد. حدود ۳۹/۲ درصد آنها تحصیلات پایینی داشتند (زیر دیپلم بودند)، ۴۵ درصد آنها سابقه جراحی دیگری را داشتند و ۲۶/۷ درصد آنها این جراحی را در کمتر از شش ماه گذشته انجام دادند.

از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجه ۰/۳۴ همبستگی را نشان داد. همچنین پایایی پرسشنامه در پژوهش قاسم پور و همکاران^(۱۸) با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۶۵ به دست آمد. در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۵ بدست آمده است.

پرسشنامه ترس از حرکت تمپا (Tampa)

این پرسشنامه ۱۱ سوال داشته و هدف آن ارزیابی میزان ترس از حرکت از ابعاد مختلف (باور به آسیب دیدگی، اجتناب از فعالیت) است.

این پرسشنامه همچنین، دو بعد باور به آسیب دیدگی (سوالات ۱ تا ۶) و اجتناب از فعالیت (سوالات ۷ تا ۱۱) بازنمایی می‌کند. در پژوهش رحمتی و همکاران (۱۸) روایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. میزان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمد که نشانگر پایایی خوب این مقیاس است.

مقیاس بازخورد نسبت به بیماری IAS

مقیاس نگرش نسبت به بیماری در سال ۱۹۸۵ توسط کلنر^(۱۹) به منظور ارزیابی خودبیمارانگاری ساخته شد. به بیان دقیقتر، این پرسشنامه یک ابزار ۲۸ عبارت است که جهت سنجش نگرشها، ترس‌ها و باورهای مرتبط با روان شناسی خودبیمارانگاری و رفتارهای نابهنجار مرتبط با بیماری طراحی شده است. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: "ترس از بیماری و احساسات ناخوشایند"، "فراوانی درمان"، "باورهای خودبیمارپندارانه و آثار و نشانه‌ها" و "رفتارهای سلامتی" ابزار مناسبی برای بازبینی تغییرات مرتبط با نگرش خود بیمارانگاران و ترس در اثر درمان است.

مقیاس نگرش نسبت به بیماری از پایایی نسبتاً خوبی برخوردار است پایایی حاصل از روش بازآزمایی آن در فاصله زمانی بین ۱ تا ۴ هفته در گروه آزمودنیهای بهنجار برای زیر مقیاسهای مختلف بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان پژوهش

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد معتبر	درصد
سن	کمتر از ۲۵ سال	۷	۶/۷
	بین ۲۶ تا ۳۵ سال	۳۲/۲	۳۰/۸
	بین ۳۶ تا ۴۵ سال	۳۸/۳	۳۶/۷
	بین ۴۶ تا ۵۵ سال	۱۴/۸	۱۴/۲
	بین ۵۶ تا ۶۵ سال	۶/۱	۵/۸
	۶۶ سال و بیشتر	۱/۷	۱/۷
	بی پاسخ	-	۴/۲
جنسیت	مرد	-	۴۴/۲
	زن	-	۵۵/۸
شغل	کارمند	۲۳/۹	۲۱/۷
	آزاد	۲۹/۴	۲۶/۷
	بازنشسته	۵/۵	۵/۵
	بیکار	۴۱/۳	۳۷/۵
	بدون پاسخ	-	۹/۲
تحصیلات	زیردیپلم	۴۱/۶	۳۹/۲
	دیپلم	۳۱/۱	۲۹/۲
	کارشناسی	۲۱/۲	۲۰/۱
	کارشناسی ارشد به بالا	۶/۲	۵/۸
سابقه جراحی دیگر	با سابقه جراحی	۴۵	۴۵
	بدون سابقه جراحی	۵۵	۵۵
مدت زمان سپری شده از جراحی قبلی	۶ ماه	۵۷/۱	۲۶/۷
	۶ ماه تا یک سال	۱۶/۱	۷/۵
	بیش از یک سال	۲۶/۸	۱۲/۵

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار برای ترس از حرکت برابر با ۲۸/۵۵ و ۵/۹۲، برای ترس از مرگ برابر با ۹/۹۵ و ۳/۰۵، برای برونگرایی برابر با ۳۷/۵۰ و ۶/۰۲، برای گشودگی به تجربه پاداش برابر با ۳۱/۲۰ و ۵/۶۰، و برای توافق پذیری برابر با ۳۶/۶۰ و ۹/۶۴ می باشد. همچنین در این جدول حداقل و حداکثر نمره کسب شده در هر متغیر نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
ترس از حرکت	۲۸/۵۵	۵/۹۲	۱۲	۳۸
ترس از مرگ	۹/۹۵	۳/۰۵	۱	۱۵
برونگرایی	۳۷/۵۰	۶/۰۲	۱۴	۵۱
گشودگی به تجربه	۳۱/۲۰	۵/۶۰	۱۲	۵۲
توافق‌پذیری	۳۶/۶۰	۹/۶۴	۱۳	۵۵

پیش از این که داده‌ها از طریق رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گیرند، لازم بود تا از نرمال بودن داده‌ها اطمینان حاصل کنیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف که در جدول ۳ آورده شده، نشان دهنده توزیع نرمال داده‌های پژوهش است.

جدول ۳: نتایج نرمال بودن توزیع نمرات مورد مطالعه

شاخص‌ها	مقدار آماره	سطح معنی داری
ترس از حرکت	۰/۵۶	۰/۷۸۱
ترس از مرگ	۰/۳۹	۰/۹۳۴
برونگرایی	۰/۵۱	۰/۸۵۶
گشودگی به تجربه	۰/۷۷	۰/۵۷۵
توافق‌پذیری	۰/۶۹	۰/۷۱۴

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین ترس از حرکت، ترس از مرگ و عوامل شخصیتی (برونگرایی، گشودگی به تجربه و توافق‌پذیری) با پاسخگویی به درد رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

شاخص‌ها	باز خورد نسبت به درد و درمان	
	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
ترس از حرکت	۰/۳۹	۰/۰۰۱
ترس از مرگ	۰/۳۳	۰/۰۰۱
برونگرایی	-۰/۳۴	۰/۰۰۱
گشودگی به تجربه	-۰/۳۷	۰/۰۰۱
توافق‌پذیری	-۰/۱۸	۰/۰۰۵

همچنین، برون‌گرایی ۱۱ درصد، گشودگی به تجربه ۳۷ درصد و توافق ۳ درصد از رابطه را تبیین می‌کند.

ضریب همبستگی چندگانه نشان می‌دهد که ترس از مرگ ۱۱ درصد، ترس از بیماری درصد و ترس از حرکت ۱۵ درصد پاسخگویی به درد را تبیین می‌کند.

جدول ۵: نتایج رگرسیون چندگانه برای بررسی نقش پیش‌بینی کنندگی ترس از مرگ، ترس از آسیب، ترس از حرکت، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و گشودگی به تجربه در بازخورد نسبت به درد

P	T	Beta	F	R ²	R	پیش‌بین	ملاک
۰/۰۰۱	۳/۷۷	۰/۳۲۹	۱۴/۲۸	۰/۱۱	۰/۳۳	ترس از مرگ	بازخورد نسبت به درد و درمان
۰/۰۰۱	۴/۶۳	۰/۳۹۲	۲۱/۴۳	۰/۱۵	۰/۳۹	ترس از حرکت	
۰/۰۰۱	۳/۸۸	۰/۳۳۷	۱۵/۱۲	۰/۱۱	۰/۳۴	برون‌گرایی	
۰/۰۴۸	۳/۹۷	۱/۹۹	۳/۹۷	۰/۳	۰/۱۸	توافق‌پذیری	
۰/۰۴۸	۳/۹۷	۱/۹۹	۳/۹۷	۰/۳	۰/۱۸	گشودگی به تجربه	

از حرکت بیشتری را نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند ترس از حرکت عامل پیش‌بینی کننده مهمی برای افسردگی و ناتوانی جسمی به شمار می‌رود. حتی برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترس از حرکت ناتوان کننده تر از خود درد است^(۲۹). می‌توان در مجموع چنین نتیجه گرفت که ترس از حرکت و شدت درد در یک چرخه معیوب همدیگر را تقویت می‌کنند. ترس از حرکت باعث می‌شود بیمار درد بیشتری ادراک کند و درد بیشتر موجب ترس از حرکت و رفتارهای اجتنابی خواهد شد.

نتایج حاصل نشان دادند که ترس از مرگ، پاسخگویی به درد را پیش‌بینی می‌کند. نتایج این فرضیه با پژوهش‌های^(۲۸، ۲۵) همسو است، به این معنا که بازخورد نسبت به درد می‌تواند از طریق ترس از مرگ پیش‌بینی شود. در تبیین این فرضیه می‌توان بیان نمود که اضطراب مرگ و ترس از مرگ که از ترس‌های بنیادین است با فکر نابودی از طریق آسیب دیدن برانگیخته می‌شود. به خصوص در بیمارانی که تجربه از دست دادن عزیزان خود را دارند واکنش شدیدتر است^(۲۵). سطح اضطراب مرگ در

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ترس از حرکت پیش‌بینی کننده بازخورد نسبت به درد و درمان است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش پیشین همسو و مطابق است^(۲۴، ۲۲، ۲۱) به این معنا که بازخورد نسبت به درد می‌تواند از طریق شدت درد و ناتوانی‌های مربوط به درد مانند ترس از حرکت در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی شود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که بیماران مبتلا به درد مزمن مستعد ناتوانی‌های جسمی و دامنه‌ای از مشکلات روانشناختی هستند. در میان نتایج درد مزمن، ترس از حرکت به عنوان موضوعی با اهمیت در پژوهش‌های مرتبط با درد مطرح بوده و انتظار می‌رود حدود ۳۰٪ از افراد مبتلا به درد مزمن این ترس را تجربه کنند^(۲۶، ۲۵). در پژوهش دیگری نشان داده شد که مدل اجتنابی ترس از حرکت بیشتر با ناتوانی در ارتباط است تا این که با عدم فعالیت مرتبط باشد. بدین منظور که بیمارانی که ناتوان از حرکت هستند این ترس را بیشتر تجربه می‌کنند^(۲۸، ۲۷). چنین تبیین می‌شود که بیمارانی که ناتوانی را تجربه کرده‌اند ترس

همرنگ با اجتماع است^(۳۷). افرادی که نمره پایینی در این صفت می‌گیرند، خودخواه و فاقد همدلی هستند^(۳۸). افراد توافق‌پذیر به دلیل این که همدلی بالایی دارند، کمتر حاضرند که به رفتارهای درد روی بیاورند زیرا نگران هستند باعث آزار دیگران شوند. این سوال مطرح است که میزان توافق‌پذیری بیماران درد تا چه میزان بالا است. پاسخ این سوال در این پژوهش جستجو نشده است اما به نظر می‌رسد که عدم انطباق‌پذیری توجیه کننده تداوم درد و حتی عاملی برای مزمن شدن آن باشد. ممکن است افراد خودشیفته که همدلی پایینی دارند، برای حفظ توجه دیگران، درد را در خود تداوم دهند و کمتر به درمان پاسخ گویند.

مهمترین یافته پژوهش این بود که وقتی بیمار مبتلا به درد مزمن گرایش‌های پذیرنده دارد (به دلیل تجربه‌پذیری، برون‌گرایی و توافق‌پذیری) اثربخشی درمان افزایش می‌یابد و وقتی بیمار رفتارهای اجتنابی (مانند ترس از حرکت و ترس از مرگ) در پیش می‌گیرد، درمان درد کم اثرتر می‌شود. بر اساس این پژوهش، پذیرندگی درد و مواجهه شدن با آن درمان را تسهیل می‌کند و گریختن از درد، مانع درمان درد خواهد شد. باورهای لذت‌جویانه عاملی است که ترس افراد از درد را افزایش می‌دهد. رسیدن به این باور که به هر طریق باید درد را دور کرد و به حالت بی‌دردی رسید یکی از باورهای اشتباه بیماران مبتلا به درد مزمن است^(۳۹). ممکن است در دردهای مزمن هرگز تجربه بی‌دردی حاصل نشود و درد کماکان ادامه یابد. پس بیماری که از پذیرش درد طفره می‌رود ناکام و ناامید می‌شود. بیماری که درد را تنبیهی الهی در نظر می‌گیرند و درد را نتیجه گناهان خود می‌دانند بیشتر تلاش می‌کنند از آن بگریزند تا بیماری که درد را تنها چالشی در زندگی می‌بینند. به عبارت دیگر، نزدیک شدن به درد معنای ترسناک بودن را از بین می‌برد و به این ترتیب درد قابل تحمل می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که با صبوری و آرامش درد خود را می‌پذیرند، راهبردهای مقابله پخته‌تری را به

افراد می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فردی و بسیاری از عوامل اجتماعی متفاوت باشد. ترس از مرگ سبب می‌شود حساسیت به درد افزایش یابد. حساسیت به درد به دلیل برانگیخته شدن اعصاب سمپاتیک اتفاق می‌افتد. نتایج حاصل نشان دادند که برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و توافق‌پذیری توانسته‌اند پاسخگویی به درمان را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند. نتایج این فرضیه با پژوهش‌های دیگر همسو است (مانند ۳۰، ۳۱، ۳۲ و ۳۳) به این معنا که پژوهش‌های انجام شده نشان دهنده نقش تبیین کننده عوامل شخصیتی در رابطه پاسخگویی به درمان درد است.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که این ویژگی‌ها با پذیرش درد مرتبط هستند. این متغیرها در دو مورد شباهت دارند. اول آنها کمک می‌کنند تا بیمار به جای اجتناب از درد با آن مواجه شود. دوم، افرادی با این ویژگی‌ها، تعاملات اجتماعی مثبت و کم‌تنشی را تجربه می‌کنند که هر دو مورد به کاهش ادراک درد می‌انجامد. افراد برون‌گرا، توجه خود را به خارج از خود و به سوی رویدادها، اشخاص و موقعیت‌های خارجی معطوف می‌کنند. این عامل سبب می‌شود تمرکز از نشانه‌های درونی مانند درد، به سمت عوامل بیرونی برگردانده شود که خود کاهنده درد است^(۳۴، ۳۵). افراد برون‌گرا مردم‌آمیز و دارای اعتماد به نفس هستند که این عوامل به کاهش درد کمک می‌کند و درمان درد را اثربخش‌تر می‌سازد. افرادی که به تجربه گشوده هستند، تجربه درد برای آنها کمتر آزار دهنده است. آنها درد را به عنوان یک چالش و تجربه در زندگی می‌پذیرند و آماده هستند تا آن را به خوبی تحمل کنند^(۳۶). عمل جراحی برای کسی که تجربه‌پذیر است، کمتر ترسناک خواهد بود و با تنش‌های مرتبط با آن آسانتر کنار می‌آید. به همین دلیل ممکن است، درمان برای چنین فردی موثرتر باشد. افراد توافق‌پذیر با ویژگی‌هایی مانند مهربان بودن، همدلی، همکاری‌کننده، گرم و با ملاحظه شناخته می‌شوند. از ویژگی برجسته آنها همکاری کننده و

کنند. این روش حتی می‌تواند در مواردی از مزمن شدن درد پیشگیری کند. پژوهش حاضر محدودیتهایی داشت که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را دشوار می‌کرد. مسائل فرهنگی مانند بافت سنتی و بالا بودن نرخ بیکاری در منطقه پژوهش، می‌توانست نتایج را تحت تاثیر قرار دهد.

تقدیر و سپاسگذاری

از همه کسانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند و بیمارانی که با صبر و حوصله پاسخگوی سوالات ما بودند صادقانه تشکر می‌کنیم. الزم به ذکر است که هزینه پژوهش از طرف هیچ ارگانی تامین نشده است.

کار می‌گیرند^(۲۶). به علاوه، ترس از درد، موجب انتظار درد می‌شود. انتظار کشیدن برای این که درد هر لحظه ممکن است هجوم بیاورد، بدن را حساس‌تر می‌کند و حساسیت به درد را افزایش می‌دهد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به سطح پایین تحصیلات، گرایش فرهنگ جنوب و احساس درد شدید که سبب می‌شود یافته‌های پژوهش با احتیاط بیشتری تعمیم داده شود. به عنوان پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده می‌توان پروتکل‌های درمانی تهیه کرد تا به کمک آن بیماران ترغیب شوند به جای رفتارهای اجتنابی با درد خود مواجه شوند و به این ترتیب درد کمتری را تجربه

References

1. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann. Intern. Med.* 2017 4;166(7):514-30.
2. Denk F, McMahon SB, Tracey I. Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nat. Rev. Neurosci.* 2014 1;17(2):192-200.
3. Viniol A, Jegan N, Leonhardt C, Brugger M, Strauch K, Barth J, Baum E, Becker A. Differences between patients with chronic widespread pain and local chronic low back pain in primary care—a comparative cross-sectional analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013 Dec 13;14(1):351.
4. Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook.* Guilford publications; 2013; 30.
5. Karoly P, Jensen MP. *Multimethod Assessment of Chronic Pain: Psychology Practitioner Guidebooks.* Elsevier; 2013 24.
6. Bushnell MC, Čeko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat. Neurosci.* 2013 1;14(7):502-11.
7. Goesling J, Clauw DJ, Hassett AL. Pain and depression: an integrative review of neurobiological and psychological factors. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 1;15(12):421.
8. Farioli A, Mattioli S, Quagliari A, Curti S, Violante FS, Coggon D. Musculoskeletal pain in Europe: role of personal, occupational and social risk factors. *Scand. J. Work Environ. Health.* 2014;40(1):36.
9. Darlow B, Perry M, Dean S, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Putting physical activity while experiencing low back pain in context: balancing the risks and benefits. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016; 29;97(2):245-51.
10. Facchin F, Barbara G, Saita E, Erzegovesi S, Martoni RM, Vercellini P. Personality in women with endometriosis: temperament and character dimensions and pelvic pain. *Hum. Reprod.* 2016; 1;31(7):1515-21.
11. Osborn M, Smith JA. The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *Br. J. Pain.* 2015 Feb 1;9(1):65-83.
12. Vohs KD, Baumeister RF. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications.* Guilford Publications; 2016.
13. Booker SQ. African Americans' Perceptions of Pain and Pain Management A Systematic Review. *J Transcult Nurs.* 2016;27(1):73-80.
14. de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC, Ribeiro KG, Koller TS, Cruz FN, Atun R. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet.* 2015 10;385(9975):1343-51.
15. Yılmaz A, Cumurcu BE, Etikan I, Hasbek E, Doruk S. The effect of personality disorders on asthma severity and quality of life. *Iran J Allergy Asthma Immunol.* 2014;13(1):47-54.
16. Burns JW, Gerhart JI, Bruehl S, Peterson KM, Smith DA, Porter LS, Schuster E, Kinner E, Buvanendran A, Fras AM, Keefe FJ. Anger arousal and behavioral anger regulation in everyday life among patients with chronic low back pain: Relationships to patient pain and function. *Health Psychology.* 2015; 34(5):547.
17. Iglesias-Rey M, Barreiro-de Acosta M, Caamaño-Isorna F, Rodríguez IV, Ferreira R, Lindkvist B, González AL, Dominguez-Munoz JE. Psychological factors are associated with changes in the health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2014 1;20(1):92-102.
18. Roussel NA, Nijs J, Meeus M, Mylius V, Fayt C, Oostendorp R. Central sensitization and altered central pain processing in chronic low back pain:

- fact or myth? *Eur J Pain* 2013; 29(7):625-38.
19. Thibodeau MA, Welch PG, Katz J, Asmundson GJ. Pain-related anxiety influences pain perception differently in men and women: A quantitative sensory test across thermal pain modalities. *PAIN®*. 2013; 154(3):419-26.
 20. MARTÍNEZ MP, MIRó EL, Sanchez AI, Mundo A, Martinez E. Understanding the relationship between attachment style, pain appraisal and illness behavior in women. *Scand J Psychol*. 2012; 53(1):54-63
 21. Pulvers K, Hood A. The role of positive traits and pain catastrophizing in pain perception. *Current pain and headache reports*. 2013; 17(5):1-1.
 22. Pavony MT, Lenzenweger MF. Somatosensory processing and borderline personality disorder: Pain perception and a signal detection analysis of proprioception and exteroceptive sensitivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2014; 5(2):164.
 23. Hodges PW, Smeets RJ. Interaction between pain, movement, and physical activity: short-term benefits, long-term consequences, and targets for treatment. *The Clinical journal of pain*. 2015; 31(2):97-107.
 24. den Hollander M, Goossens M, de Jong J, Ruijgrok J, Oosterhof J, Onghena P, Smeets R, Vlaeyen JW. Expose or protect? A randomized controlled trial of exposure in vivo vs pain-contingent treatment as usual in patients with complex regional pain syndrome type 1. *Pain*. 2016;157(10):2318-29.
 25. Barnhoorn KJ, Staal JB, van Dongen RT, Frólke JP, Klomp FP, van de Meent H, Samwel H, Nijhuis-van der Sanden MW. Are pain-related fears mediators for reducing disability and pain in patients with complex regional pain syndrome type 1? An explorative analysis on pain exposure physical therapy. *PloS one*. 2015; 10(4): e0123008.
 26. Karayannis NV, Smeets RJ, van den Hoorn W, Hodges PW. Fear of movement is related to trunk stiffness in low back pain. *PloS one*. 2013; 8(6): e67779.
 27. Meulders A, Meulders M, Vlaeyen JW. Positive affect protects against deficient safety learning during extinction of fear of movement-related pain in healthy individuals scoring relatively high on trait anxiety. *Pain*. 2014; 15(6):632-44.
 28. Gatchel RJ, Neblett R, Kishino N, Ray CT. Fear-avoidance beliefs and chronic pain. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*. 2016; 46(2):38-43.
 29. Trost Z, France CR, Vervoort T, Lange JM, Goubert L. Learning about pain through observation: the role of pain-related fear. *Int. J. Behav. Med*. 2014; 37(2):257-65.
 30. Claes N, Crombez G, Vlaeyen JW. Pain-avoidance versus reward-seeking: an experimental investigation. *Pain*. 2015; 156(8):1449-57.
 31. Glombiewski JA, Riecke J, Holzapfel S, Rief W, König S, Lachnit H, Seifart U. Do patients with chronic pain show autonomic arousal when confronted with feared movements? An experimental investigation of the fear-avoidance model. *Pain*. 2015; 156(3):547-54.
 32. Hooley JM, Franklin JC, Nock MK. Chronic pain and suicide: understanding the association. *Curr. Pain Headache Rep*. 2014; 18(8):1-6.
 33. Wideman TH, Asmundson GG, Smeets RJ, Zautra AJ, Simmonds MJ, Sullivan MJ, Haythornthwaite JA, Edwards RR. Re-thinking the fear avoidance model: toward a multi-dimensional framework of pain-related disability. *Pain*. 2013; 154(11):2262.
 34. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AE, Downe S, Cacciatore J, Siassakos D. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride—a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16(1):9.
 35. Mueller SR, Koester S, Glanz JM, Gardner EM, Binswanger IA. Attitudes toward naloxone prescribing in clinical settings: a qualitative study of patients prescribed high dose opioids for chronic non-cancer pain. *J. Gen. Intern. Med*. 2017; 32(3):277-83.
 36. Carleton RN. Fear of the unknown: One fear to rule

- them all? *J. Anxiety Disord.* 2016; 41:5-21.
37. Jansen W. Null findings on the relationship between extraversion and pain and itch sensitivity (Bachelor's thesis).
38. Ruffle JK, Farmer AD, Kano M, Giampietro V, Aziz Q, Coen SJ. The influence of extraversion on brain activity at baseline and during the experience and expectation of visceral pain. *Pers. Individ. Dif.* 2015; 74:248-53.
39. Jensen MP, Ehde DM, Day MA. The behavioral activation and inhibition systems: implications for understanding and treating chronic pain. *J. Pain.* 2016; 17(5):529-e1.
40. Ashton MC, Lee K, de Vries RE. The HEXACO Honesty-Humility, Agreeableness, and Emotionality factors: A review of research and theory. *Personality and Social Psychology Review.* 2014; 18(2):139-52.
41. Hilbig BE, Zettler I, Leist F, Heydasch T. It takes two: Honesty–Humility and Agreeableness differentially predict active versus reactive cooperation. *Pers. Individ. Dif.* 2013; 54(5):598-603.