

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۳، بهار ۱۳۹۶

## تأثیر شدت درد و نوع درد مستمر و عودکننده بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات: نقش میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه آفرین درد



مهتاب بازی میمند<sup>۱\*</sup>، احمد علی پور<sup>۲</sup>، علی پولادی ریشه‌ری<sup>۳</sup>، مجتبی حبیبی عسگر آبادی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، مرکز تحصیلات تکمیلی دکتری، دانشگاه پیام نور تهران

۲. استاد، گروه روانشناسی، مرکز تحصیلات تکمیلی دکتری، دانشگاه پیام نور تهران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور بوشهر

۴. استادیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی تهران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱۷

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۵/۸/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۲۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** خودمدیریتی درد مزمن یکی از برنامه‌های بهبود، توانبخشی و پیشگیری از وخامت درد به منظور سازگاری با درد و بیماری محسوب گردیده، تحت تأثیر عوامل مختلفی می‌باشد. در این راستا هدف پژوهش حاضر بررسی عامل شدت درد و نوع درد مزمن و مستمر از طریق عوامل شناختی افکار فاجعه آفرین و خودکارآمدی درد می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۰۱ بیمار مبتلا به دردهای مزمن ستون فقرات به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انجام گردیده و از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی همچون همبستگی، شاخص‌های برازش و ضرایب مسیر در تحلیل مسیر استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد شاخص‌های برازش از وضعیت مطلوبی برخوردار بوده و آزمون ضرایب مسیر بیانگر اثرات مستقیم خودکارآمدی (به طور مثبت) و افکار فاجعه آفرین (به طور منفی) بر خودمدیریتی است. همچنین شدت درد به طور غیرمستقیم از طریق متغیر خودکارآمدی و افکار فاجعه آفرین بر خودمدیریتی درد تأثیر دارد، البته این تأثیرگذاری توسط درد مستمر و عودکننده معنادار به دست نیامد.

**نتیجه‌گیری:** در خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات علاوه بر خصوصیات بیماری باید به عوامل خودکارآمدی و افکار فاجعه آفرین درد توجه خاصی معطوف داشت تا زمینه‌های افزایش خودمدیریتی درد فراهم گردد.

**واژه‌های کلیدی:** خودمدیریتی درد مزمن، شدت درد، درد مستمر و عودکننده، افکار فاجعه آفرین، خودکارآمدی درد

### مقدمه

سراسر جهان با شیوعی سالانه بین ۱۵ تا ۴۵ درصد تأثیر گذاشته، هزینه‌های اقتصادی سنگینی را بر جامعه تحمیل کرده<sup>(۱)</sup> و اکثر افراد در آغاز دهه‌ی سوم زندگی از ضایعات و دردهای مختلف این ناحیه شکایت می‌کنند<sup>(۲)</sup>. نکته‌ای

درد مزمن ستون فقرات یکی از فراگیرترین انواع دردها و از جمله چالش برانگیزترین مشکلات پزشکی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه می‌باشد که بر میلیون‌ها نفر در

نویسنده مسئول: مهتاب بازی میمند، دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، مرکز تحصیلات تکمیلی دکتری، دانشگاه پیام نور

پست الکترونیک: meimandmahtab@yahoo.com

اجتنابی منجر می‌شود<sup>(۸)</sup>. محققان در بیماران مبتلا به دردهای نوروپاتی نشان دادند که باورهای فاجعه‌آفرین درباره‌ی درد حتی بیشتر از شدت درد بر ناتوانی بیمار تأثیر می‌گذارد<sup>(۹)</sup>. بنابراین متغیر فاجعه‌سازی درد نیز به عنوان یکی از متغیرهای نظام باورها بر خودمدیریتی درد تأثیر دارد. فاجعه‌آفرینی درد از طریق نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی نسبت به فرایندهای دردناک باعث ناتوانی در کنترل درد در افراد شده، بر اساس مدل اجتناب-ترس، زمینه اجتناب از درد را تحریک می‌نماید<sup>(۸)</sup>. این امر در برخی از فعالیت‌های بهینه برای خودمدیریتی درد (به عنوان مثال پرهیز از استراحت طولانی مدت و ملزم نمودن خود به انجام فعالیت‌های روزمره و معمولی و ...) تأثیر زیادی دارد. عامل خودکارآمدی نیز می‌تواند پیش‌بینی کننده معناداری برای رفتار خودمدیریتی محسوب گردد<sup>(۱۰)</sup>. از نظر بندورا خودکارآمدی یک سازه محوری نظریه شناخت اجتماعی است<sup>(۱۱)</sup> که در زمینه رفتارهای سلامت به عنوان باور فرد نسبت به توانایی خود در سازماندهی موفقیت‌آمیز، توانایی کنترل بر عادات سلامت، انجام و دست‌یابی به پیامدهای ارزشمند سلامت در موقعیت‌ها و زمینه‌های مختلف تعریف شده است<sup>(۱۲)</sup>. اهمیت باورهای خودکارآمدی در مطالعه درد به این جهت است که این سازه تعیین می‌کند فرد در مواجهه با مشکلات و تجربیات آزاردهنده چه مقدار تلاش خواهد کرد و تا چه وقت از خود پایداری نشان می‌دهد<sup>(۱)</sup>. تحقیقات نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدی توانسته است بسیاری از رفتارهای خاص و توجیه درد را در میان مبتلایان به درد مزمن تبیین کند<sup>(۱۳)</sup>. ولز فدرمن، آرنستین و کادیل در تحقیق خود بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند که افزایش خودکارآمدی با کاهش درماندگی هیجانی و ناتوانی در برابر درد رابطه دارد<sup>(۱۴)</sup>. بر اساس بررسی‌های دورکین و بریت بارت (۲۰۰۴) و مطابق با نظریه شناختی اجتماعی، افرادی که دارای سطوح بالای خودکارآمدی درد می‌باشند بیشتر می‌توانند منابع مطلوب را برای کاهش درد و ناراحتی و در نتیجه کنترل

که در این خصوص حائز اهمیت است وجود واکنش‌های متفاوت بیماران مبتلا به دردهای مزمن ستون فقرات در برابر درمان پزشکی است که این امر به دلیل تفاوت‌های فردی بیماران در امر خودمدیریتی بیماری و درد ناشی از آن می‌باشد. به طور کلی خودمدیریتی روشی را برای مراقبت از سلامتی ارائه می‌کند که در آن بیمار در ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بیماری و کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود، نقش محوری ایفا می‌کند<sup>(۳)</sup>. از این رو، فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود، این فرایند شامل فعالیت‌ها و مهارت‌های پیش رفتاری در زمینه ارتقا سلامت و بهزیستی، پیشگیری از عوارض بیماری، تعامل با ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، مقابله با حالات هیجانی منفی و ایجاد و تداوم نقش‌های سازنده اجتماعی در روابط بین فردی و موقعیت‌های شغلی به منظور دست‌یابی به اهداف خودمدیریتی بیماری و درد ناشی از آن است<sup>(۴)</sup>.

از نظر پاتوفیزیولوژیکی، درد ستون فقرات فرایند چند عاملی و پیچیده‌ای است که عوامل زیستی- مکانیکی، عصبی- فیزیولوژیکی، ایمنی شناختی، روانشناختی و اجتماعی در ایجاد و تداوم آن دخالت دارند<sup>(۵)</sup>، لذا مطابق با دیدگاه زیستی- روانی- اجتماعی، برای شناخت پاسخ‌های خودمدیریتی و خودمراقبتی بیمار به شرایط درد مزمن، ضروری است که تمام عوامل زیستی و غیر زیستی (همچون عوامل روانشناختی، اجتماعی و ...) مد نظر قرار گیرد. یکی از عوامل روانشناختی موثر بر خودمدیریتی درد، نظام شناختی بیمار همچون افکار فاجعه‌آفرین درد و خودکارآمدی درد (باور فرد به توانایی خود در کنترل و مدیریت درد) می‌باشد. پیشینه پژوهشی موجود در حوزه درد مزمن بر خودکارآمدی و فاجعه‌آفرینی به عنوان دو متغیر شناختی مهم تأکید می‌کند<sup>(۶)</sup>. فاجعه‌آفرینی فرایند شناختی اغراق یا بزرگ‌نمایی تهدید ادراک شده از احساسات درد است<sup>(۷)</sup> که به تمرکز بیشتر روی جنبه‌های منفی موقعیت، تفسیر برانگیختگی‌های جسمی به نشانه‌های درد، ترس از درد و در نهایت رفتارهای

دردشان به کار گیرند<sup>(۱۵)</sup>.

علاوه بر موارد مزبور، عوامل مربوط به خصوصیات بیماری از جمله شدت درد و درد مستمر و عودکننده (ثابت یا متناوب بودن درد) نیز اهمیت و تاثیر زیادی بر خودمدیریتی درد دارد. در خصوص شدت درد، بررسی‌ها نشان داده است شدت درد می‌تواند هم بر عوامل موثر بر خودمدیریتی درد مزمن تاثیر بگذارد و هم از آن‌ها تاثیر بپذیرد. شدت درد زیاد منجر به عملکرد ضعیف‌تر در اکثر مولفه‌های سلامت روان از جمله سلامت کلی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی می‌شود<sup>(۱۶)</sup>. علاوه بر شدت درد، نوع درد مزمن مستمر و عودکننده بر خودمدیریتی درد تاثیر دارد. در درد مزمن عودکننده، درد در بیمار برای مدتی ظاهر شده، سپس در نتیجه درمان و یا بدون درمان برای مدتی بهبود یافته، دوباره درد شروع می‌گردد<sup>(۱۷)</sup>، این درد تحت شرایط بی‌خطر و بی‌ضرر ایجاد شده<sup>(۱۸)</sup>، به تدریج نیز بدتر نمی‌گردد بلکه بروز حملات درد و تسکین آن به طور متناوب از ویژگی‌های آن است<sup>(۱۹)</sup>. درد مزمن مستمر نیز دردی است که دست کم به مدت ۶ ماه به طور مستمر ادامه داشته، در طول این مدت هیچ‌گاه به طور کامل بهبود نمی‌یابد. درد مزمن مستمر، بخش‌های گوناگون زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده و الگوی شناختی و رفتاری خاصی را پدید می‌آورد<sup>(۱۷)</sup> که می‌تواند بر روند زندگی، فعالیت‌های روزمره و سلامت روانی افراد تاثیر منفی بر جای گذارد<sup>(۲۰)</sup>. دردی که علی‌رغم انجام اقداماتی برای تسکین آن، ماه‌ها و سال‌ها ادامه می‌یابد ممکن است فرد را به دلیل ناتوانی در برخورداری از عملکردی مطلوب و همچنین سرخوردگی از اقدامات درمانی (به دلیل شکست‌های درمانی متعدد) بسیار دلسرد و ناامید نموده و منجر به افسردگی و احساس یاس در وی گردد<sup>(۱۹)</sup>. با ادامه یافتن درمان‌های ناکارآمد دردهای مستمر (که اکثراً ماهیت انفعالی دارد)، نه تنها باورهای مخرب (انتظار پیدا شدن راه حلی بیرونی برای مشکل درد) تقویت می‌شود، بلکه بیمار از به عهده گرفتن نقشی فعال در فرایند توانبخشی خود باز

می‌ماند<sup>(۲۱)</sup>، لذا مطابق با نظریه درماندگی آموخته شده، بیمار دست از تلاش برای مقابله با بیماری بر می‌دارد که این امر بر خودکنترلی و خودمدیریتی درد تاثیر منفی می‌گذارد. البته در مورد دردهای مزمن عودکننده نیز به نظر می‌رسد به دلیل وجود دوره‌ی بهبودی و بدون درد، فرد بیمار از خودمدیریتی نسبتاً بهتری برخوردار باشد. با توجه به شیوع بالای آمار اختلالات ستون فقرات (کمر درد و گردن درد) و نقش مهم خصوصیات بیماری و عوامل شناختی (به عنوان متغیر میانجی) بر خودمدیریتی درد مزمن و از طرفی ضرورت خودمدیریتی این اختلال بالاحص درد ناشی از آن جهت پیشگیری از پیشرفت بیماری و درد، کاهش درد و سازگاری با آن، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر عوامل مزبور بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات به ارائه چهار فرضیه پرداخت که عبارتند از: (۱) بالا بودن خودکارآمدی درد، خودمدیریتی درد در بیماران مبتلا به اختلالات ستون فقرات را افزایش می‌دهد. (۲) افکار فاجعه‌آفرین درد باعث کاهش خودمدیریتی درد در بیماران مبتلا به اختلالات ستون فقرات می‌شود. (۳) شدت درد به طور غیرمستقیم از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات تاثیر دارد. (۴) نوع درد مستمر و عودکننده به طور غیرمستقیم از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین درد بر خودمدیریتی درد ستون فقرات تاثیر دارد. نتایج تحقیق حاضر می‌تواند از طریق مشخص نمودن نقش مهم متغیرهای مورد بررسی پژوهش به منظور لحاظ نمودن آن در امر خودمدیریتی و خودکنترلی درد ستون فقرات یاری کننده باشد.

### روش مطالعه

پژوهش حاضر جزء طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به درد مزمن ناشی از اختلالات ستون فقرات شهرستان بوشهر می‌باشد که با استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۱ نفر (۱۴۸ مرد و ۱۵۳ زن) از بیماران مبتلا به

که روی یک مقیاس لیکرتی قرار دارد. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه‌های مقیاس لیکرتی تعیین می‌کند که آن جمله تا چه حد با ویژگی‌های او مطابقت دارد. یکی از این ابزارها، پرسشنامه خودکارآمدی درد نیکولاس می‌باشد. منظور از خودکارآمدی درد، ارزیابی و باور بیمار نسبت به توانایی‌اش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود درد می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۱۰ سؤال در مقیاس لیکرت عددی صفر تا شش (اصلاً مطمئن نیستم [۰] تا کاملاً مطمئنم [۶]) می‌باشد. جمع نمرات آزمودنی بیانگر میزان خودکارآمدی درد فرد است<sup>(۳۳)</sup>. نسخه فارسی آن از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. نتایج تحلیل عامل تأییدی انجام شده بر روی ۳۴۸ نفر از مبتلایان ایرانی درد مزمن نشان داد که این پرسشنامه دارای ضریب همسانی درونی بسیار خوب (۰/۹۲) و پایایی بازآزمایی زمانی مطلوبی (۰/۸۳) برخوردار است<sup>(۳۱)</sup>. رضایی (۱۳۹۰) نیز همسانی درونی این مقیاس را با آلفای ۰/۹۱، ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ و ضریب همبستگی گویه - نمره کل برای هر یک از گویه‌ها در دامنه‌ی ۰/۷۳ تا ۰/۷۸ به دست آورده، نتایج تحلیل عاملی بیانگر استخراج عامل خودکارآمدی درد بود که ۶۵/۱۶ درصد از کل واریانس را با حداقل بار عاملی ۰/۷۳ تبیین می‌نمود<sup>(۱)</sup>.

یکی دیگر از ابزارها، مربوط به افکار فاجعه‌آفرین درد می‌باشد. منظور از افکار فاجعه‌آفرین درد، بیش از حد برآورد کردن درد ۱ (و انتظارات منفی در مورد پیامدهای آتی درد است)<sup>(۳۴)</sup> که به عنوان یکی از روش‌های ناسازگارانه در مقابله با درد و بیماری محسوب می‌گردد<sup>(۳۵)</sup>. جهت بررسی آن از خرده مقیاس فاجعه‌آفرینی درد مربوط به مقیاس راهبردهای مقابله‌ای روزنشتایل و کیف استفاده گردید. خرده مقیاس افکار فاجعه‌آفرین دارای ۶ عبارت با مقیاس طیفی صفر (هیچ)، ۳ (گاهی) و ۶ (همیشه) بوده، نمره‌ی بالاتر معرف افکار فاجعه‌آفرینی زیاد در مواجهه با درد است که نوعی راهبرد مقابله‌ای محسوب می‌گردد<sup>(۳۱)</sup>. از بین سوالات مقیاس راهبردهای مقابله‌ای روزنشتایل و کیف سوالات (۵-۱۱-۱۳-۲۵-۳۳-۳۷) مربوط به خرده مقیاس

درد مزمن ناشی از اختلالات ستون فقرات با دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۶۰ سال که در سال ۱۳۹۳ به مراکز درمانی (بیمارستان سلمان فارسی، بیمارستان شهدای خلیج فارس، مراکز فیزیوتراپی و مطب پزشکان ارتوپد و طب فیزیکی و توانبخشی اختلالات ستون فقرات) مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نظر هزارده، دین و کونلاز آنجایی که حجم نمونه ۲۰۰ نفر در استفاده از چنین روش‌هایی مناسب است<sup>(۳۲)</sup>، بنابراین حجم نمونه در نظر گرفته شده برای چنین بررسی کافی می‌باشد. روش اجرای پرسشنامه‌ها بدین صورت بود که بعد از شناسایی بیماران مبتلا به درد مزمن ستون فقرات، ایجاد انگیزه برای مشارکت در پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از ایشان جهت همکاری و ارائه توضیحات لازم، مقیاس مورد نظر به طور انفرادی و محرمانه (بدون ذکر نام و نام خانوادگی به منظور رعایت اصل رازداری و حفظ اطلاعات شخصی آزمودنی) بر روی آن‌ها اجرا گردید. بیماران براساس ملاک‌های ورود و خروج و عدم شرکت در پژوهش مقدماتی، در پژوهش اصلی شرکت کردند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارتند از: ۱) تشخیص ابتلا به اختلالات ستون فقرات حداقل شش ماه قبل از پژوهش. ۲) قرار گرفتن گروه هدف در دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۶۰ سال. ۳) مراجعه به یکی از پزشکان متخصص و یا مراکز فیزیوتراپی و داشتن پرونده پزشکی در مراکز درمانی. ۴) توانمندی در فهم زبان فارسی و داشتن سواد خواندن و نوشتن (سوم راهنمایی). ۵) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش حاضر عبارتند از: ۱) تجربه کردن دردهای حاد ناشی از اختلالات ستون فقرات. ۲) ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن به جز بیماری اختلالات ستون فقرات. ۳) وجود عقب ماندگی ذهنی و یا تشخیص ابتلا به اختلالات روانشناختی. ۴) مصرف داروهای روان گردان.

جهت سنجش و ارزیابی متغیرهای پژوهش حاضر چندین ابزار (پرسشنامه) مورد استفاده قرار گرفت هر کدام از پرسشنامه‌های حاوی یکسری جملات پرسشی می‌باشند

دو مرحله ارزیابی یک هفته ای، پایایی این ابزار را ۰/۹۶ به دست آوردند<sup>(۳۱)</sup>. هم چنین زرگر، معماریان و رفیعی در تحقیق شان بر روی افراد مبتلا به فتق دیسک بین مهره‌ای کمر، پایایی این ابزار از طریق آزمون هم زمان، ۰/۹۴ به دست آوردند<sup>(۳۲)</sup>.

جهت سنجش میزان خودمدیریتی درد مزمن در گروه هدف نیز از مقیاس خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات استفاده گردید. این مقیاس دارای ۲۵ سوال با طیف چند گزینه‌ای هیچ وقت<sup>(۱)</sup>، به ندرت<sup>(۲)</sup>، گاهی<sup>(۳)</sup>، اکثر اوقات<sup>(۴)</sup> و همیشه<sup>(۵)</sup> بوده که در مجموع سه عامل خودمدیریتی عملکردی (سوالات ۱ تا ۱۴)، خودمدیریتی هیجانی (سوالات ۱۵ تا ۱۹) و خودمدیریتی پزشکی (سوالات ۲۰ تا ۲۵) را مورد بررسی قرار می‌دهد. لازم به ذکر است سوالات ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۴ نیز به صورت معکوس نمره گذاری گردیده، نمره بالاتر معرف خودمدیریتی بیشتر درد مزمن ستون فقرات می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی این مقیاس بیانگر مقبولیت مقادیر شاخص‌های برازندگی آنها بوده، روایی محتوا (۰/۸۰)، روایی همگرا (با مقیاس‌های خودمدیریتی درد مزمن نیکولاس، سرسختی روانشناختی، خودکارآمدی درد، افکار فاجعه‌آفرین درد و باورها و ادراک‌های درد به ترتیب با ضرایب ۰/۶۸، ۰/۴۷، ۰/۵۰، ۰/۲۶- و ۰/۳۳-)، پایایی باز آزمایی (۰/۸۷) و پایایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۷۹) مقیاس نیز مورد تایید قرار گرفته است<sup>(۳۳)</sup>.

بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی جهت محاسبه‌ی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و از آمار استنباطی نیز به منظور بررسی همبستگی، شاخص‌های برازش، ضرایب استاندارد نشده، ضرایب مسیر و معناداری آن‌ها در تحلیل مسیر استفاده شد. جهت انجام محاسبات آماری مزبور، دو نرم‌افزار SPSS 21 و AMOS 20 مورد استفاده قرار گرفت.

افکار فاجعه‌آفرین درد می‌باشد. ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی درد در تحقیق اصغری مقدم و گلک ۰/۸۰<sup>(۲۶)</sup>، رضایی ۰/۸۵<sup>(۳۷)</sup> و داودی و نسیمی فر ۰/۸۵<sup>(۲۶)</sup> به دست آمد. همچنین اعتبار این خرده مقیاس از طریق سنجش همبستگی آن با سوالات کیفیت زندگی ارزیابی شده، همبستگی منفی و معناداری  $r = -0/47$  در سطح  $p < 0/05$  ارزیابی گردید<sup>(۲۸)</sup>.

جهت بررسی نوع درد مستمر (درد مداوم و پیوسته) و درد عود کننده (درد متناوبی که با دوره‌هایی از بهبود و برگشت مجدد درد همراه باشد) نیز از دو سوال مرتبط با این متغیر در بخش سوم مقیاس تاریخچه‌ی درد استفاده شد. لازم به ذکر است پرسشنامه تاریخچه‌ی درد دارای ۴۵ سؤال و ۳ بخش می‌باشد. دو سوال مزبور، میزان شیوع درد و حالت استمرار یا عودکنندگی بیماری در ۶ ماه گذشته را می‌سنجد که عبارتند از: «در ۶ ماه گذشته به صورت مداوم (گاهی کم و گاهی زیاد) درد داشته‌ام بدون اینکه دوره‌ی بی دردی داشته باشم» و «در ۶ ماه گذشته گاهی (حداقل یکبار) دردم برای مدتی خوب می‌شد ولی دوباره عود می‌کرد»<sup>(۳۰)</sup>.

در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری شدت درد از مقیاس درجه بندی عددی جانسون استفاده شد. این مقیاس متکی به خودگزارشی بیمار بوده و شامل خط مدج ۱۰ سانتی‌متری است که اعدادی بر روی آن از صفر (اصلاً دردی ندارم) تا ده (شدیدترین درد ممکن) درجه‌بندی شده است<sup>(۳۷)</sup>. از نظر ویژگی‌های روانسنجی، پایایی و روایی این ابزار به عنوان استاندارد طلایی در اندازه‌گیری شدت درد، تأیید شده است<sup>(۳۹)</sup>. در سال ۲۰۱۰ برونلی و همکارانش در تحقیق خود بر روی افراد مبتلا به درد مزمن سرطانی، روایی این ابزار را در درد پس زمینه‌ای ۰/۷۷ و در درد شدید (پیک درد) ۰/۸۶ و پایایی آن را با روش باز آزمایی در درد پس زمینه‌ای ۰/۸۰ و در درد شدید (پیک درد) ۰/۸۶ به دست آوردند<sup>(۳۰)</sup>. یعقوبی، امینی، احمدی نیز در تحقیق خود با محاسبه‌ی ضریب همبستگی پیرسون بین

## یافته ها

نتایج حاصل از بررسی خصوصیات جمعیت شناختی نشان داد از لحاظ متغیر جنسیت ۵۱٪ از آزمودنی‌ها مرد و ۴۹٪ از آن‌ها زن بوده، میانگین سنی آن‌ها نیز ۴۰ سال (با انحراف استاندارد ۶/۹) می‌باشد که کمترین سن مربوط به ۲۵ سال و بیشترین سن مربوط به ۵۷ سال بوده است. از لحاظ تاهل نیز ۸۸٪ متاهل و ۱۲٪ مجرد و از

لحاظ میزان تحصیلات نیز، ۶۶٪ دارای تحصیلات لیسانس و فوق دیپلم، ۱۸٪ بالاتر از لیسانس و ۱۶٪ نیز تحصیلاتی در حد دیپلم و دبیرستان بودند. نظر به این که اساس مدل‌سازی معادلات ساختاری بر مبنای ماتریس وارینانس-کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است، لذا در جدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

خودمدیریتی درد	درد مستمر / عودکننده	شدت درد	افکار فاجعه آفرین درد	خودکارآمدی درد	
-	-	-	-	۱	خودکارآمدی درد
-	-	-	۱	۰/۴۱**	افکار فاجعه آفرین درد
-	-	۱	۰/۳۶**	۰/۳۱**	شدت درد
-	۱	۰/۲۵**	۰/۱۸**	۰/۱۱*	درد مستمر و عودکننده
۱	-۰/۰۲	۰/۳۵**	-۰/۳۸**	۰/۴۸**	خودمدیریتی درد

درد مستمر و عودکننده و نقش میانجی خودکارآمدی درد و افکار فاجعه‌آفرین در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ستون فقرات مهمترین شاخص‌های آزمون برازش مدل مفهومی پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

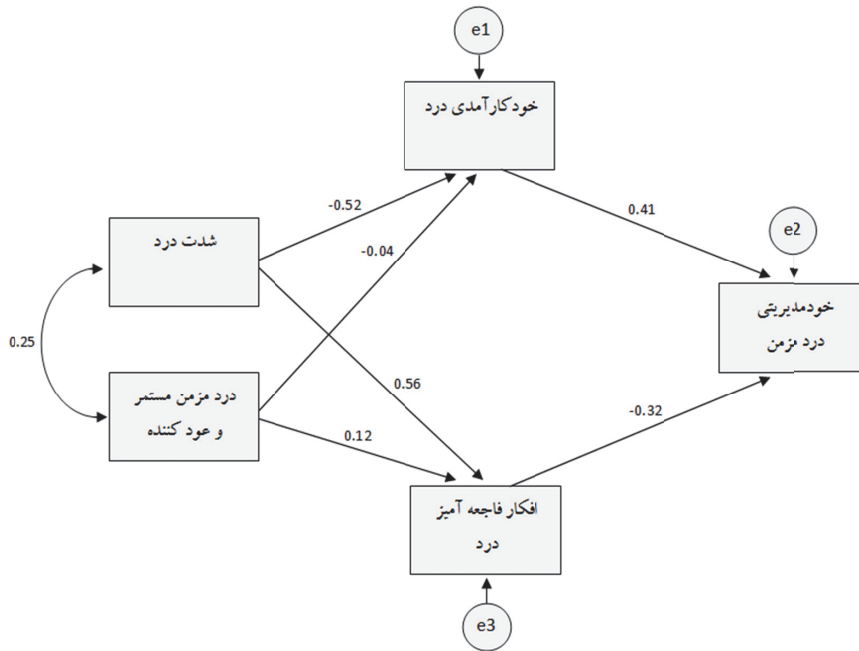
نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد رابطه بین خودکارآمدی، شدت درد، درد مستمر و افکار فاجعه‌آفرین با خودمدیریتی درد، در سطح اطمینان ۹۵٪ ( $p > ۰/۰۵$ ) معنادار می‌باشند. به منظور بررسی برازش تبیین خودمدیریتی درد با دادهای تجربی از طریق تحلیل مسیر با توجه به شدت درد و نوع

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	df/χ	RMSEA	NFI	NNFI	CFI	GFI	AGFI
مقدار به دست آمده	۲/۱۷	۰/۰۷	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۴
حد مجاز	کمتر از ۳	کمتر از ۰/۱	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹

بنابراین پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع می‌باشد. در ادامه شکل ۱ مسیرهای نهایی تبیین موثر بر خودمدیریتی درد در پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل مسیر، در حالت ضرایب استاندارد نشده و ضرایب مسیر ( $\beta$ ) نشان شده است.

با توجه به اینکه هر یک از شاخص‌های به دست آمده برازش مدل به تنهایی دلیل برازندگی مدل و یا عدم برازندگی آن نیستند، نیاز است که این شاخص‌ها را در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازش مدل در مجموع از وضعیت مطلوبی برخوردار شده اند،



شکل ۱. ضرایب استاندارد شده مسیرهای نهایی تبیین خودمدیریتی درد

فاجعه‌آفرین درد- بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات موثرند. علاوه بر این، ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات در جدول ۳ آورده شده است.

شکل ۱، الگوی تحلیل مسیر پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد متغیرهای شدت درد و درد مزمن مستمر/ عود کننده به‌طور غیر مستقیم - از طریق تاثیرگذاری بر متغیرهای میانجی خودکارآمدی درد و افکار

جدول ۳. ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر خودمدیریتی درد

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	$\beta$ استاندارد شده	آماره معناداری	sig
خودمدیریتی درد	خودکارآمدی	مستقیم	۰/۴۹	۰/۴۱	۷/۹۷	۰/۰۰۱
	افکار فاجعه آفرین	مستقیم	-۰/۴۲	-۰/۳۲	-۴/۳۴	۰/۰۰۱
	شدت درد	غیرمستقیم (از طریق خودکارآمدی)	-۰/۵۳	-۰/۲۱	-۲/۶۳	۰/۰۳
		غیرمستقیم (از طریق افکار فاجعه آفرین)	-۰/۳۲	-۰/۱۸	-۲/۸۶	۰/۰۴
	درد مزمن مستمر و عود کننده	غیرمستقیم (از طریق افکار فاجعه آفرین)	-۰/۵۶	-۰/۰۴	-۰/۷۲	۰/۴۷
		غیرمستقیم (از طریق خودکارآمدی)	-۰/۲۵	-۰/۰۲	-۰/۷۸	۰/۵۱

خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین درد می‌باشد که نتایج حاصله نشان داد اندازه اثر غیرمستقیم متغیر شدت درد بر خودمدیریتی درد از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی درد با  $(\beta = -0/21)$  و از طریق متغیر میانجی افکار فاجعه‌آفرین با  $(\beta = -0/18)$  در سطح ۹۵ درصد اطمینان، معنادار بوده است. چهارمین فرضیه پژوهشی مربوط به بررسی اثر غیرمستقیم متغیر درد مستمر و عودکننده بر خودمدیریتی درد از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین درد می‌باشد که نتایج نشان داد اندازه اثرات غیر مستقیم آن از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد.

#### بحث

در تحقیق حاضر با طرح چهار فرضیه به بررسی تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مزبور بر امر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات پرداخته شده است. مطابق با فرضیه اول یکی از عوامل موثر بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات، خودکارآمدی درد (باور فرد به توانایی خود در کنترل و خودمدیریتی درد) می‌باشد که افزایش و کاهش آن به طور مثبت می‌تواند مستقیماً بر خودمدیریتی درد در

آزمون ضرایب مسیر شکل ۱ و نتایج جدول ۳ نشان داد ضریب استاندارد شده مسیر اثرات مستقیم خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار بوده است  $(p > 0/05)$ . نکته‌ای که در این خصوص بایستی مورد توجه قرار داد مثبت بودن ضریب مسیر مربوط به متغیر خودکارآمدی می‌باشد که نشانگر تأثیر مستقیم این متغیر می‌باشد به طوری که با افزایش خودکارآمدی، خودمدیریتی درد افزایش می‌یابد، لذا فرضیه اول (خودکارآمدی بالا باعث افزایش خودمدیریتی درد در بیماران مبتلا به اختلالات ستون فقرات می‌شود) تایید گردید. علاوه بر این با توجه به شکل ۱ و جدول ۳ ضریب مسیر مربوط به متغیر افکار فاجعه‌آفرین، منفی بوده که این بیانگر این مطلب است که با افزایش افکار فاجعه‌آفرین، خودمدیریتی درد کاهش می‌یابد، لذا فرضیه دوم (افکار فاجعه‌آفرین باعث کاهش خودمدیریتی درد در بیماران مبتلا به اختلالات ستون فقرات می‌شود) نیز تایید گردید. سومین فرضیه پژوهشی، مربوط به بررسی اثر غیرمستقیم متغیر شدت درد بر خودمدیریتی درد از طریق متغیر میانجی

#### مقیاس مورد استفاده در پژوهش

##### عوامل جمعیت شناختی

• سن: .....

• جنسیت: مرد  زن

• میزان تحصیلات: بیسواد  ابتدایی  راهنمایی  دبیرستان  لیسانس  بالاتر از لیسانس

• وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  مطلقه / همسر فوت شده  سایر

• میزان تحصیلات: بیسواد  ابتدایی  راهنمایی  دبیرستان  لیسانس  بالاتر از لیسانس

شیوه‌ی زندگی با خودمدیریتی بیماری‌ها می‌باشد<sup>(۳۷)</sup>. علاوه بر خودکارآمدی، در دو دهه گذشته افکار فاجعه‌آفرین تبدیل به پیش‌بینی‌کننده قوی و قابل اعتماد روان‌شناختی و تجربه درد شده است<sup>(۴۱)</sup>. افکار فاجعه‌آفرین به نوعی ارزیابی منفی در مورد درد است که به طور بالقوه منجر به گوش به زنگی آنها نسبت به احساسات دردناک یا تهدیدآمیز و ترس مرتبط با درد در آینده شده و در نتیجه رفتار گریز - اجتناب و متعاقباً عدم مبادرت به فعالیت‌های روزمره (که از مولفه‌های خودمدیریتی درد است) و ناتوانی و درد بیشتر بیمار در پی دارد<sup>(۴۲)</sup>. افکار فاجعه‌آفرین، شیوه‌ای ناسازگارانه و منفعل برای مقابله و مدیریت کردن موقعیت‌هایی مثل درد مزمن محسوب می‌گردد<sup>(۲۵)</sup> و در این راستا ادبیات پژوهشی نیز موید تاثیر بسیار زیاد آن بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات می‌باشد، از جمله این تحقیقات می‌توان به تحقیق سالیوان و همکارانش<sup>(۴۱)</sup> اشاره کرد، آن‌ها در تحقیق شان، یک مدل توجیهی را پیشنهاد کردند که طبق آن افکار فاجعه‌آفرین درد، توجه فرد را به درد تجربه شده افزایش داده، لذا ظرفیت پرداختن به وظایف یا محرک‌های محیطی دیگر (که از نموده‌های خودمدیریتی است) کاهش می‌یابد. علاوه بر این تحقیق دیگر نشان داد افکار فاجعه‌آفرین درد به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده در افزایش کمردرد مزمن، قادر است تا ۴۷ درصد از واریانس کمردرد را برآورد نماید<sup>(۵)</sup>. بنابراین فاجعه‌آفرینی درد به عنوان خطای شناختی، تأثیر زیادی بر شدت ناتوانی جسمانی، رفتارهای درد، کناره‌گیری از فعالیت‌های روزانه، عواطف و تمایلات منفی به خود و جهان (نگرانی و ناامیدی) دارد<sup>(۴۳)</sup>، به عبارتی می‌تواند به عنوان ناکارآمدترین راهبرد مقابله در کنترل درد<sup>(۴۴)</sup> بر خودمدیریتی بیماری و درد تأثیر بسیار منفی‌ای بگذارد. در خصوص بررسی تأثیر غیر مستقیم دو متغیر شدت درد و نوع درد مستمر و عودکننده از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد، فرضیه سوم (شدت درد به طور غیر مستقیم از طریق

بیماران مبتلا به اختلالات ستون فقرات تاثیر بگذارد. در این راستا شواهد آزمایشگاهی و بالینی نشان می‌دهد که احساس خودکارآمدی به مثابه یک عامل شناختی مهم در کنترل درد، در عملکردهای روانشناختی انطباقی، ناتوانی، آسیب دیدگی و برآیند درمان عمل می‌کند<sup>(۳۴)</sup>. هم‌چنان که ووبی، راج و آرمستون نشان دادند سطوح پایین‌تر باورهای خودکارآمدی در کنترل درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن با تحمل کمتر درد و ناتوانی جسمی بالاتر همراه است<sup>(۲۵)</sup>. نتایج تحقیق مک‌گیلیون و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۸ بیانگر این است که خودکارآمدی با رفتارهای خودمدیریتی بیماری و درد ارتباط دارد<sup>(۳۶)</sup>. در این راستا تحقیقات فراتحلیلی نشان می‌دهد که خودکارآمدی به طور معنادار در رفتارهای سلامت‌سهمیم است و عامل پیش‌بین معنادار در رفتار خودمدیریتی بیماری محسوب گردیده، افراد دارای خودکارآمدی بالا بهتر به خودمدیریتی بیماری مبادرت می‌ورزند<sup>(۳۷)</sup>. تحقیقات دیگر نشان دادند که خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده معنادار رفتارهای مدیریت بیماری قلبی در زنان سالمند است، این رفتارها شامل مصرف داروهای تجویز شده، ورزش، مدیریت استرس و تبعیت از برنامه غذایی بود<sup>(۱۱)</sup>. نتایج سایر تحقیقات نیز بیانگر این است افرادی که باورهای خودکارآمدی بیشتری داشتند تعداد روزهای توقف فعالیت‌های شان کمتر بوده<sup>(۳۸)</sup> همچنین خودکارآمدی در افراد مبتلا به درد مزمن با راهبردهای مقابله‌ای با درد همچون پشتکار و انجام وظایف، ورزش کردن و گفتگوی مثبت با خود ارتباط مستقیم و معناداری دارد<sup>(۳۹)</sup>. از دیدگاه تبیینی این پژوهشگران، خودکارآمدی معمولاً با روش مقابله‌ای فعال و سازگارانه و یا به عبارتی با خودمدیریتی درد همراه است که باعث می‌شود که فرد به جای اجتناب از موقعیت‌ها به آن‌ها گرایش پیدا کند و پشتکار و تلاش بیشتری از خود نشان دهد<sup>(۳۹)</sup>. بنابراین خودکارآمدی نه تنها یک سازه خدشه‌ناپذیر دارای قدرت پیش‌بینی مسجّل شده در جنبه‌های گوناگون عملکردهای رفتاری بوده<sup>(۴۰)</sup> بلکه عامل مهم معناداری در انواع مختلف رفتارهای مربوط به

پرداختن به فعالیتهای کارآمد مهار و خودکنترلی درد) را اغلب از طریق انحراف توجه (منظور انحراف توجه فرد از فعالیتهای کارآمد حل استرس و درد) مختل سازد. البته استرس همچنین ممکن است موجب جلب توجه ما بالاخص به طرف عامل استرسزا (درد شدید) نیز شود و باعث شود هنگام شدت گرفتن درد بیشتر به آن توجه کنیم<sup>(۴۷)</sup>. تأثیر غیرمستقیم شدت درد مزمن به عنوان یک منبع استرسزا بر خودمدیریتی درد از طریق تأثیر بر متغیرهای شناختی بیمار از جمله حافظه، توجه، نوع تفکر و ادراکات، پردازش اطلاعات، تصمیم‌گیری و ... بیمار می‌باشد، به عنوان نمونه شدت درد می‌تواند توجه فرد را از مراقبت نسبت به خود منحرف کرده و باعث شود فرد فرصت کافی برای رفتارهای سالم (تمرینات نرمشی، استراحت کافی و ...) نداشته باشد و دست به رفتارهای ناسالم بزند<sup>(۴۸)</sup>. همچنین شدت درد مزمن به عنوان استرس مزمن، قدرت تفکر انسان را دچار اختلال کرده و باعث نقص و ناتوانی در حافظه می‌شود. در حقیقت هورمون‌های ناشی از استرس می‌تواند روی ناحیه پیش پیشانی کورتکس مغزی تأثیر منفی بگذارد، این ناحیه از مغز، عملکردهای اجرایی سطح بالا نظیر کارایی حافظه و تصمیم‌گیری، توجه و انعطاف‌پذیری روانی را کنترل می‌کند<sup>(۴۹)</sup>. استرس با ایجاد اختلال در حافظه و توجه افراد می‌تواند مشکلات شناختی‌ای ایجاد نماید. افراد دارای استرس زیاد، افکار نامربوط، ذهن آنها را اشغال کرده که این امر با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی باعث می‌شود افراد تصمیمات اشتباهی بگیرند، بدین صورت که با احتمال کمتری جوانب مختلف را در نظر می‌گیرند و در اتخاذ تصمیمات، بسیار تکانشی عمل می‌کنند<sup>(۱۸)</sup> تصمیماتی که در خودمدیریتی بیماری و درد مزمن تأثیرگذار است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد از جمله این که تحقیق صرفاً بر روی افراد دارای سواد خواندن و نوشتن (داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی) اجرا شده است، علاوه بر این، محدود بودن دامنه‌ی سنی

متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات تأثیر دارد) و فرضیه چهارم پژوهشی (نوع درد مستمر و عود کننده به طور غیر مستقیم از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات تأثیر دارد) نیز مطرح گردید که بر اساس نتایج آنالیز آماری، سومین فرضیه تأیید و چهارمین فرضیه رد شد. در خصوص سومین فرضیه پژوهشی حاضر بایست به این نکته اشاره کرد که اگرچه مقادیر به دست آمده از نتایج آماری دارای ضریب مسیر استاندارد شده نسبتاً ضعیفی است ولی از سطح معناداری قابل قبولی برخوردار می‌باشد، به عبارتی شدت درد می‌تواند هم از طریق تأثیر بر خودکارآمدی و هم از طریق تأثیر بر افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد ستون فقرات اثرگذار باشد، بدین معنی که افزایش شدت درد بر کاهش خودکارآمدی و افزایش افکار فاجعه‌آفرین و در نتیجه کاهش خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات تأثیر دارد و بالعکس. در این راستا جهت تأیید نتیجه حاصله، مسگریان، اصغری مقدم و شعیری در تحقیق خود نشان دادند بین شدت درد و خودکارآمدی رابطه غیرمستقیم و بین شدت درد و افکار فاجعه‌آفرین رابطه مستقیمی وجود دارد<sup>(۳۳)</sup>، علاوه بر این نتایج تحقیق بوئناور، ادوارد و همکارانش بیانگر این بود که شدت درد با راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال خصوصاً فاجعه‌آفرینی و طول دوره ابتلا به درد رابطه دارد<sup>(۴۵)</sup>. محققان در مطالعه‌ی دیگر بر روی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن دریافتند که بین احساس خودکارآمدی برای مقابله با درد و شدت درد ارتباط منفی وجود دارد<sup>(۴۶)</sup>، در این راستا جهت تبیین این مساله می‌توان از مفهوم استرس زا بودن آن استفاده کرد، به عبارتی یکی از راه‌های بررسی تأثیر شدت درد بر روی نظام شناختی فرد استفاده از مفهوم استرس زا بودن بیماری و درد است. به طور کلی یکی از منابع عمده استرس، بروز وقایع و شرایط تهدید کننده و زیان‌بخشی همچون ابتلا به بیماری مزمن و شدت دردهای ناشی از آن است. استرس می‌تواند فعالیتهای ذهنی (همچون

فردی با درد (کاهش خودکارآمدی درد و افزایش افکار فاجعه‌آفرین) بر کاهش خودمدیریتی درد تاثیر داشته باشد که نتیجه آن عدم اقدامات خودمدیریتی و اتخاذ رفتار غیر سلامتی (و احتمالاً برگشت به سبک زندگی غیر سلامتی قبلی) می‌باشد. بدیهی است. نتایج این تحقیق می‌تواند اساس قابل قبول و مناسبی جهت توسعه و تکرار مطالعات مشابه در سطح کشور را فراهم نماید.

#### تقدیر و تشکر

بدین وسیله پژوهشگر مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه افرادی که در انجام تحقیق حاضر یاریگر و همراه بودند (از جمله پرسنل و متخصصین مرتبط در مراکز درمانی، بیماران و سایر همکاران) ابراز می‌دارد. پژوهش حاضر برگرفته شده از پایان نامه دکترای روانشناسی نویسنده مسئول می‌باشد و هیچ گونه حمایت مادی از آن صورت نگرفته است.

گروه هدف بین ۲۵ تا ۶۰ سال و عدم دسترسی به سایر افراد مبتلا به درد مزمن ستون فقرات که به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مراجعه نکرده‌اند و همچنین محدود بودن منطقه‌ی اجرای پژوهش (صرفاً استان بوشهر) و اعتماد به آزمون‌های خودگزارشی بیماران از دیگر محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌گردد. البته همان طور که سایر پژوهشگران پیش‌تر اشاره نموده‌اند سنجش بسیاری از متغیرها نظیر درد و راهکارهای مقابله با آن و ... تنها به شیوه‌ی خود گزارشی میسر است<sup>(۱)</sup>، لذا پیشنهاد می‌گردد برای رسیدن به نتایج جامع، در پژوهش‌های آتی به بررسی ابعاد مختلف دیگر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات با توجه به پایه‌های نظری متفاوت، در گروه‌های مختلف سنی که به مراکز درمانی مراجعه کرده یا نکرده‌اند، پرداخت.

به طور کلی با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت شدت درد به طور غیر مستقیم می‌تواند از طریق دو متغیر میانجی ارزیابی شناختی درد و توان مقابله

#### مقیاس شدت درد / درد مستمر و عود کننده

پاسخگوی محترم، لطفاً هر سوال را به دقت بخوانید و از میان گزینه‌های موجود پاسخی را که بیشتر از همه با وضعیت حال شما مطابقت دارد انتخاب کنید.

#### شدت درد:

- لطفاً بر روی مقیاس زیر شدت دردی را که در طول ۶ ماه گذشته تجربه کردید مشخص کنید.

۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰  
اصلاً دردی ندارم شدیدترین درد ممکن

#### درد مستمر و عود کننده:

- ۱- در ۶ ماه گذشته به صورت مداوم (گاهی کم و گاهی زیاد) درد داشته‌ام بدون اینکه دوره‌ی بی درد داشته باشم.  خیر  بله
- ۲- در ۶ ماه گذشته گاهی (حداقل یکبار) دردم برای مدتی خوب می‌شد ولی دوباره عود می‌کرد.  خیر  بله

### مقیاس خودکارآمدی درد

پاسخگوی گرامی، لطفاً هر جمله را به دقت بخوانید و در برابر پاسخی که بیانگر وضعیت شماست علامت ضربدر بگذارید. توجه: منظور این نیست که مشخص کنید که آیا این گونه فعالیت‌ها را انجام می‌دهید یا خیر بلکه مقصود آن است که بگویید با وجود دردی که دارید تا چه حد مطمئن هستید که می‌توانید آن‌ها را انجام دهید.

ردیف	گزینه‌ها	خیلی مطمئنم	مطمئنم	کمی مطمئنم	مطمئن نیستم	اصلاً مطمئن نیستم
۱	با وجود درد، می‌توانم از هر چیزی لذت ببرم					
۲	با وجود درد، می‌توانم بیشتر کارهای منزل (مثلاً نظافت، ظرف شستن و ...) را انجام دهم					
۳	با وجود درد، می‌توانم با دوستان و افراد خانواده‌ام به اندازه سابق مصاحبت کنم					
۴	در بیشتر موقعیت‌ها می‌توانم با دردم مقابله کنم و از پس آن برآیم					
۵	با وجود درد، می‌توانم برخی از کارها را انجام دهم (مثلاً خانه‌داری، کارهایی در قبال دریافت مزد و بدون مزد)					
۶	با وجود درد، هنوز می‌توانم بسیاری از کارهایی را که از آن‌ها لذت می‌برم، مانند سرگرمی‌ها و فعالیت‌های تفریحی					
۷	می‌توانم بدون مصرف دارو با دردم مقابله کنم و از پس آن برآیم					
۸	می‌توانم بدون مصرف دارو با دردم مقابله کنم و از پس آن برآیم					
۹	با وجود درد، هنوز می‌توانم به بسیاری از اهداف زندگی‌ام دست یابم					
۱۰	با وجود درد، می‌توانم به روال عادی زندگی‌ام ادامه دهم					
۱۱	با وجود درد، می‌توانم به تدریج فعال تر شوم					

### مقیاس افکار فاجعه آفرین درد

ردیف	گزینه‌ها	همیشه	گاهی	هیچ وقت
۱	وقتی که درد دارم فکر می‌کنم که درد بسیار وحشتناک است و هرگز بهتر نخواهد شد			
۲	وقتی که درد دارم می‌ترسم و حس می‌کنم که درد مرا درهم خواهد شکست			
۳	وقتی که درد دارم می‌ترسم و حس می‌کنم زندگی ارزش ادامه دادن را ندارد			
۴	وقتی که درد دارم همیشه نگرانم که آیا این درد تمام می‌شود یا نه			
۵	وقتی که درد دارم احساس می‌کنم که دیگر نمی‌توانم تحملش کنم			
۶	وقتی که درد دارم احساس می‌کنم مثل این است که دیگر نمی‌توانم به کارم ادامه دهم			

## پرسشنامه خودمدیریتی درد مزمن

پاسخگوی گرامی! لطفاً با علامت ضربدر مشخص کنید طی یک ماه گذشته برای مواجهه با درد خود، چه میزان از عبارات زیر استفاده می‌کنید

ردیف	گزینه‌ها	همیشه	اکثر اوقات	گاهی	به ندرت	هیچ وقت
۱	اگر به دلیل وجود درد نتوانم برخی کارها را انجام دهم از روش‌های دیگری برای انجام آن کار استفاده می‌کنم، مثلاً اگر فعالیتی را قبلاً به تنهایی انجام می‌دادم ولی در حال حاضر این کار دردم را شدید می‌کند سعی می‌کنم تا آن فعالیت را با کمک و همکاری دیگران انجام دهم					
۲	از رانندگی زیاد خودداری می‌کنم					
۳	از ایستادن و نشستن طولانی مدت (بدون تغییر وضعیت بدنی) خودداری می‌کنم					
۴	از پله‌ها زیاد بالا و پایین نمی‌روم					
۵	اشیا و وسایل سنگین را حمل یا جابجا نمی‌کنم و یا اینکار را خیلی کم انجام می‌دهم					
۶	از انجام کارهای سنگین خانه خودداری می‌کنم و یا آنها را کمتر انجام می‌دهم					
۷	از انجام کارهای سبک خانه و کارهای شخصی روزانه خودداری کرده و یا آنها را کمتر انجام می‌دهم					
۸	ورزش‌ها و فعالیت‌هایی را که دکتر قدغن کرده است انجام نمی‌دهم					
۹	به توصیه پزشکم، نرمش، تمرینات جسمی سبک یا شنا و یا سایر ورزش‌های طبی را انجام می‌دهم					
۱۰	فقط برای چند روز، استراحت کوتاهی کرده ام					
۱۱	هنگام انجام فعالیت‌هایی که دردم را بیشتر می‌کند، از دوره‌های استراحت کوتاه و منظم استفاده کرده‌ام (مثلاً اگر کاری را به طور نشسته انجام می‌دادم هر ۲۰ دقیقه یک بار به مدت ۵ دقیقه بلند می‌شدم و می‌ایستادم)					
۱۲	این که دکترها درمانی برای دردم پیدا خواهند کرد مرا امیدوار می‌سازد					
۱۳	هنگام شب با نگرانی و استرس به خواب می‌روم					
۱۴	به علت درد از دیگران خواسته‌ام تا به جای من، فعالیتها و وظایفی را (مانند آشپزی، جارو کردن، شستن و ... که قبلاً خودم انجام می‌دادم) در خانه انجام دهند.					

ردیف	گزینه‌ها	همیشه	اکثر اوقات	گاهی	به ندرت	هیچ وقت
۱۵	معمولاً یک کار یا فعالیت را صرف نظر از وجود درد، تا پایان انجام می‌دهم و بعد استراحت می‌کنم					
۱۶	به علت درد از وسایل کمکی مانند عصا و کمر بند و گردن بند طبی و یا ... استفاده می‌کنم					
۱۷	برای تسکین کمر درد از کیسه آب گرم یا دوش گرم یا حوله برقی یا ماساژور بر روی کمر یا گردن استفاده می‌کنم					
۱۸	در ماه گذشته، با پزشک، فیزیوتراپیست یا سایر افراد شاغل در بخش درمان یا کنترل درد، ملاقاتی داشته‌ام					
۱۹	در انجام فیزیوتراپی و یا سایر فعالیت‌های درمانی مانند آب درمانی، ماساژ درمانی، طب سوزنی و ... (که پزشکم تجویز کرده است) کوتاهی کرده و انجام شان نمی‌دهم					
۲۰	فکر این که افزایش درد به معنای ایجاد آسیب جدید و یا بدتر شدن آسیب قبلی‌ام است مرا آزار می‌دهد					
۲۱	با این تصور که دکترها در مورد من چیزی را به اشتباه از قلم انداخته اند و یا برای فهم علت دردم، نیاز به آزمایش و بررسی‌های بیشتری است، خوشحال می‌شوم					
۲۲	هنگام شدید شدن درد، افکار آشفته و احساسات منفی به من هجوم می‌آورند (مثلاً این که دیگه نمی‌تونم ادامه بدهم - آخه چرا من؟)					
۲۳	هنگام شدید شدن درد، از داروهای ضد درد مانند قرص یا آمپول استفاده می‌کنم					
۲۴	هنگام نشستن با استفاده از یک پشتی سفتی، فضای بین تکیه گاه میل (یا صندلی) و کمرم را پر می‌کنم					
۲۵	برای برداشتن شیء، از کمر، خم نمی‌شوم بلکه ابتدا زانوی خود را خم کرده و می‌نشینم سپس آن شیء را می‌گیرم و بلند می‌کنم					

## References

1. Rezai S, Afshar nejad T, Moosavi V, Yousofzadeh S, Soltani R. [Validation of the persian pain self-efficacy scale: Psychometric experience in patients with chronic low back pain (Persian)]. *J Ment Health Fund*. 2011; 13 (4): 328-345
2. Mottaghi MR, Basiri Moghadam M, Rohani Z, Basiri Moghadam K, Irani H. [The Survey of Prevalence of Vertebral Column Pain and Some Related Factors in Nurses Employed in Gonabad Hospitals (Persian)]. *Horizon of Med Sci J* . 2011; 17(3): 51-57.
3. Baljani A, Rahimi Z, Heidari S, Azimpoor A. [Effect of Self-management intervention on Adherence to medication regimen and lifestyle in cardiovascular diseases (Persian)]. *Sci J Hamdan Nurs Midwifery Faculty*. 2012; 20 (3): 58-67.
4. Scheiner, G., Boyer, B. A. Characteristics of basal insulin requirements by age and gender in patients with Type-I diabetes. *J Diabetes Res Clin Pract*. 2005; 69: 14-21.
5. Sajadian, I., Neshatdoost, H., Molavi, H., Bagherian Sararoodi, R., Abrishamkar, S. [Effect of cognitive behavioral group therapy of pain management on reducing multi-dimensional symptoms and pain catastrophizing in patients with chronic low back pain in Isfahan (Persian)]. 4th International Congress of Psychosomatic, psychological evaluation and intervention in psychosomatic disorders and addiction, Islamic Azad University of Khorasgan (Isfahan). 2012.
6. Sarda J, Nicholas MK, Asghari A, Pimenta CA. The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: A comparison between Australian and Brazilian samples. *Euro J Pain*. 2009; 13: 189-195.
7. Turner JA, Aaron LA. Pain-related catastrophizing: what is it? *Clin J Pain*. 2001; 17: 65-71.
8. Valayen J.W , Linton S.J. Fear -avoidance and its consequences in musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000; 85:317-332.
9. Sullivan MJL, Feurstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *J Occup Rehabil*. 2005;15:475-489.
10. Siebolds M, Gaedeke O, Schwedes U. Self-monitoring of blood glucose: psychological aspects relevant to changes in HbA(1c. in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral antidiabetic medication. *Patient Educ Couns*. 2006; 62:104-110.
11. Rahimyan Buger A. [Effects of Sociostructural determinants and participative Decision making in diabetes self-management: Concideration in moderator role of patient's beliefs system (Persian)]. Doctoral Dissertation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran; 2010; 40.
12. Mark R, Allegrante J, Lorig K. (2005). A review and synthesis of research evidence for self efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice. *Health Prom Pract*. 2005;6:37-43.
13. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *Eur J Pain*. 2007; 11:153-163.
14. Wells-Federman W, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *J Pain Manag Nursing*. 2002; 4:131-140.
15. Dworkin RH, Breitbart WS. Psychological aspects of pain: A Handbook for Health Care Providers. WA Seattle; LASP Press; 2004: 3-28.
16. Forbes A, While A, Mathes L, Griffiths P. Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *J Clin Rehabil*, 2006; 20(1):67-78.

17. Asghari Moghaddam, M. [Prevalence of persistent and recurrent chronic pain and its impact on social function and life employees of large industrial units Tehran (Persian)]. *J Daneshvar*. 2003; 11(4):1-14.
18. Sanderson AC. [Health psychology (Persian)]. (Farati Kashani N, Hoseynj Arani M, Abbaspoor Azar Z, Anzalchi S, Hariryan Z, Ameri F, Under the Tayebe Ferdosi). 1st ed. Tehran: Publication Mehdi Rezaei, 2012; 360.
19. DiMatteo, M. R. [Health psychology (Persian)]. (Kavyani M, Abbaspoor M, Mohammadi H, Taghi poor GR, Kimya AA, under Kyanooosh Hashemyan). 4th ed. Tehran: Publication Samt, first volume, 2010; 248.
20. Asghari Moghaddam, M., Karami, k., Rezai, S. [Prevalence of pain in a lifetime, chronic pain continued and some of the features associated with it (Persian)]. *Psy*. 2002, 6 (1): 30-51.
21. Asghari Moghaddam, MA. [The measurement of pain: study new approaches to the psychology of pain (Persian)]. Tehran: Roshd Publishing, 2011; 26.
22. Gholami Feshareki M, Talebyan D, Aghamiri Z, Mohamadian M. [The reliability and validity of the "Job Satisfaction" in military healthcare personnel (Persian)]. *J Military Med*, 2011; 13(4): 241-246.
23. Mesgarian F, Asghari-Moghaddam M A, Shairi M R. [The Role of Self-Efficacy in Predicting Catastrophic Depression in Patients with Chronic Pain (Persian)]. *J Clin Psychol*. 2013; 4 (4):74-83.
24. Sajjadian I, Neshat Dost H T, Molavi H, Bagherian Sararoudi R. [Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: Explanation the role of fear-avoidance, pain catastrophizing and anxiety believes (Persian)]. *Behav Sci Res*. 2001; 9(5. :79-90.
25. Zandye S. [The relationship between family functioning and prayer coping strategies in patients with headache: role of Irrational Beliefs and pain catastrophizing (Persian)]. Master Dissertation, Family research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran; 2012; 62.
26. Asghari A, Golak N. [Psychometric properties of multidimensional pain inventory amongst Iranian chronic pain patients (Persian)]. *Psy*. 2008; 45: 50-72.
27. Rezai S, Afshar Nejad T, Kafi M, Soltani R, Fallah Kohan S. [Relationship between Depression and Coping with pain in patients with chronic back pain A cross-sectional study, pain intensity and duration of disease control (Persian)]. *Daneshvar Med J*. 2009; 16(81): 63-74.
28. Davoodi I, Nasimifar N. [The effects of mindfulness-based stress reduction on pain improvement and coping strategies of catastrophizing in women with chronic musculoskeletal pain (Persian)]. *New Find J Psychol*. 2012; 7(22): 45-62.
29. Modanloo M, Seyyed Fatemi N, Bastani F, Peyrovi H, Behnampour N, Hesam M. et al. [Comparison of pain assessment by patients and triage nurses (Persian)]. *J Crit Care Nurs*. 2010; 3(1. :23-28.
30. Brunell C, Zecca E, Martini C, Campa T, Fagnoni E, Bagnasco M, et al. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patient with chronic cancer pain. *Health & Qual life Outcomes*. 2010; 8(42): 1-8.
31. Yaghoobi M, Amini K, Fathi M, Ahmadi F, Mohamadi I, Salehnejad Gh. [Effects of Massage on Pain Due to Cramp Muscle During Hemodialysis (Persian)]. *J Ilam Univ Med Sci*. 2008; 17(1): 39-46.
32. Zargar zade M, Memaryan R, Rafiee A. [The effect of progressive muscle relaxation program on chronic low back pain and activities of daily living in patients with disc: A clinical tria l (Persian)]. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2014; 16(6): 101-110.
33. Bazyar Meymand M, AliPour A, pouladi Rishahri A, Habibi Aagar Abadi M. [Construction and Validation of the self-management scale of chronic

- spinal pain (Persian)]. Iran South Med J. In press.
34. Gatchel R, Turk D. [Psychological approaches to pain management and treatment (Persian)]. (Asghari Moghaddam M, Najarian B, Mohammadi M, Dehghan M. Tehran: Roshd Publishing; 2002; 50.
  35. Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson PJ. The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. Eur J Pain. 2007; 11: 869-877.
  36. McGillion M, Watt-Watson J, Stevens B, LeFort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. J Pain Symptom Manag. 2008; 14:45-57.
  37. Siebolds M, Gaedeke O, Schwedes U. Self-monitoring of blood glucose: psychological aspects relevant to changes in HbA(1c. in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral antidiabetic medication. Patient Educ Couns. 2006; 62:104-110.
  38. Asghari A, Nicholas M. An Investigation of Pain Self-Efficacy Beliefs in Iranian Chronic Pain Patients: A Preliminary Validation of a Translated English-Language Scale. Pain. 2009; 10: 619-632.
  39. Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-Efficacy for Managing pain Is Associated with Disability, Depression, and pain coping Among Retirement Community Residents with Chronic pain. Pain. 2005; 6: 471-479.
  40. Rose VK. Socio structural determinants of diabetes self-management: test of a self-efficacy model. Doctoral Dissertation, School of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of New South Wales; 2007; 37.
  41. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. Clin J Pain. 2001; 17: 52-64.
  42. Kirwilliam SS, Derbyshire SW. Increased bias to report heat or pain following emotional priming of pain-related fear. Pain. 2008; 137: 60-65.
  43. Goubert L, Crombez G, Eccleston C, Devulder J. Distraction from chronic pain during a pain-inducing activity is associated with greater post-activity pain. Pain. 2004; 10: 220-227.
  44. Mirmohammadi F. [An Investigation on Communication Patterns of Musculoskeletal Chronic Pain Patients and Spouses, and the Impact of these Patterns on Pain Severity, Pain Disability, Fear of Movement, Anxiety, and Depression in Patient (Persian)]. Master Dissertation, Family research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran; 2013; 36.
  45. Buenaver LF, Edwards RR, Smith MT, Gramling SE, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain coping in Young Adults: Associations with Depressive symptoms and Headache pain. Journal of pain, 2008; 9.
  46. Pooladi Rishchri A. [Pain psychology (Persian)]. Tehran: Publication of Nasle Noandish; 2006; 47.
  47. Sarafino Ep. [Health Psychology (Persian)]. Mirzai E, Montazeri Moghaddam A, Garmaroodi G, Ghavamyan P, Shafiee F, Jazayeri A, et al. Tehran: Roshd Publishing; 2002; 147.
  48. DiMatteo MR. [Health psychology (Persian)]. (Moosavi Asl M, Salarifar MR, Azarbaijani M, Abbasi A, under Hashemyan K). 2st ed. Tehran: Publication Samt, second volume, 2008; 573.
  49. Beheshti A. [Chronic stress destroys the mind (Persian)]. 2011, Available at: <http://Clinicalmedicine.Ir/tag>.

## Effect of chronic and recurrent pain on the self-management of chronic spinal pain: Moderator role of pain self-efficacy and catastrophic thoughts

Mahtab Bazyar Meymand<sup>1</sup>, Ahmed Ali Pour<sup>2</sup>, Ali pouladi Rishahri<sup>3</sup>, Mujtaba Habibi Asgar Abadi<sup>4</sup>

1. Doctoral student in psychology, Department of Psychology, Graduate Center doctoral, Payam Noor University, Tehran, Iran
2. Professor, Department of Psychology, Graduate Center doctoral, Payam Noor University of Tehran
3. Associate professor, Department of Psychology, Payam Noor University of Bushehr
4. Assistant Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University of Tehran

### ABSTRACT

**Aim and Background:** Chronic pain self-management is one of the improvement, rehabilitation and prevent worsening of the pain programs influenced by several factors such as severity of pain and type of recurrent and continuous chronic pain, that the present study examines these two factors through catastrophic thoughts and pain self-efficacy.

**Methods and Materials:** This study was descriptive and correlational which using available sampling was done in 1394 on 301 patients with backbone chronic pain. In this study, descriptive and inferential statistical methods such as fitting parameters, path coefficients and its significance in path analysis were used.

**Findings:** The results obtained from path coefficient test indicate direct effects of self-efficacy (positively) and catastrophic thoughts (negatively) on the self-management, also pain intensity indirectly affect pain self management, but this effect was not significant in recurrent and continuous chronic pain.

**Conclusions:** In chronic backbone pain self-management, in addition to disease characteristics we must pay special attention to cognitive factors such as self-efficacy and catastrophic thoughts and through this increase the areas of pain management.

**Keywords:** Chronic pain self-management, Intensity of pain, Continuous pain, Recurrent pain, Catastrophic thoughts, Pain self-efficacy

► Please cite this paper as:

Bazyar Meymand M, Ali Pour A, pouladi Rishahri A, Habibi Aagar Abadi M. [Effect of chronic and recurrent pain on the self-management of chronic spinal pain: Moderator role of pain self-efficacy and catastrophic thoughts. (Persian)]. J Anesth Pain 2017;7(2):60-77.

**Corresponding Author:** Mahtab Bazyar Meymand, Doctoral Student in Psychology, Department of Psychology, Graduate Center Doctoral, Payam Noor University, Tehran, Iran.

**Email:** meimandmahtab@yahoo.com