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



تاثیر شدت درد و نوع درد مستمر و عود کننده بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات: نقش میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه آفرین درد

مهتاب بازیاری میمند*[۱]، احمد علی پور[۲]، علی پولادی ریشهری[۳]، مجتبی حبیبی عسگر آبادی[۴]

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 دریافت: ۱۳۹۵/۲/۲۹ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۵/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱۷

چکیده

زمینـــه و هـــدف: خودمدیریتـی درد مزمـن یکـی از برنامه‌هـای بهبـود، توانبخشـی و پیشـگیری از وخامـت درد بـه منظـور سـازگاری بـا درد و بیمـاری محسـوب گردیـده، تحـت تاثیـر عوامـل مختلفـی می‌باشـد. در ایـن راسـتا هـدف پژوهـش حاضـر بررسـی عامـل شـدت درد و نـوع درد مزمـن و مسـتمر از طریـق عوامـل شـناختی افـکار فاجعـه آفریـن و خودکارآمـدی درد می‌باشـد.

مـــواد و روش‌هـــا: مطالعـه حاضـر، توصیفـی و از نـوع همبسـتگی می‌باشـد کـه در سـال ۱۳۹۴ بـر روی ۳۰۱ بیمـار مبتـلا بـه دردهـای مزمـن سـتون فقـرات بـه شـیوه‌ی نمونـه گیـری در دسـترس انجـام گردیـده و از روش‌هـای آمـار توصیفـی و اسـتنباطی همچـون همبسـتگی، شـاخص‌های بـرازش و ضرایـب مسـیر در تحلیـل مسـیر اسـتفاده گردیـد.

یافته‌هـــا: نتایـج نشـان داد شـاخص‌های بـرازش از وضعیـت مطلوبـی برخـوردار بـوده و آزمـون ضرایـب مسـیر بیانگـر اثـرات مسـتقیم خودکارآمـدی (بـه طـور مثبـت) و افـکار فاجعـه آفریـن (بـه طـور منفـی) بـر خودمدیریتـی اسـت. همچنیـن شـدت درد بـه طـور غیرمسـتقیم از طریـق متغیـر خودکارآمـدی و افـکار فاجعـه آفریـن بـر خودمدیریتـی درد تاثیـر دارد، البتـه ایـن تاثیرگـذاری توسـط درد مسـتمر و عودکننـده معنـادار بـه دسـت نیامد.

نتیجه‌گیـــری: در خودمدیریتـی درد مزمـن سـتون فقـرات عـلاوه بـر خصوصیـات بیمـاری بایـد بـه عوامـل خودکارآمـدی و افـکار فاجعـه آفریـن درد توجـه خاصـی معطـوف داشـت تـا زمینه‌هـای افزایـش خودمدیریتـی درد فراهـم گـردد.

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

مقدمه

درد مزمـن سـتون فقـرات یکـی از فراگیرتریـن انـواع دردهـا و از جملـه چالـش برانگیزتریـن مشـکلات پزشـکی در کشـورهای صنعتـی و در حـال توسـعه می‌باشـد کـه بـر میلیون‌هـا نفـر در سراسـر جهـان بـا شـیوعی سـالانه بیـن ۱۵ تـا ۴۵ درصـد تاثیر گذاشـته، هزینه‌هـای اقتصـادی سـنگینی را بـر جامعـه تحمیـل کـرده[۱] و اکثـر افـراد در آغـاز دهـه‌ی سـوم زندگـی از ضایعـات و دردهـای مختلـف ایـن ناحیـه شـکایت می‌کننـد[۲]. نکتـه‌ای

نویسنده مسئول: مهتاب بازیاری میمند، دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، مرکز تحصیلات تکمیلی دکتری، دانشگاه پیام نور
پست الکترونیک: meimandmahtab@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

کـه در ایـن خصـوص حائـز اهمیـت اسـت وجـود واکنش‌هـای متفـاوت بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مزمـن سـتون فقـرات در برابـر درمـان پزشـکی اسـت کـه ایـن امـر بـه دلیـل تفاوت‌های فـردی بیمـاران در امـر خودمدیریتـی بیمـاری و درد ناشـی از آن می‌باشـد. بـه طـور کلـی خودمدیریتـی روشـی را بـرای مراقبـت از سـلامتی ارائـه می‌کنـد کـه در آن بیمـار در ارتقـای سـطح سـلامتی، پیشـگیری از بیمـاری و کنتـرل موفقیت‌آمیـز بیمـاری خـود، نقـش محـوری ایفـا می‌کنـد[۳]. از ایـن رو، فراینـدی فعـال و عملـی اسـت کـه توسـط بیمـار هدایـت می‌شـود، ایـن فراینـد شـامل فعالیت‌هـا و مهارت‌هـای پایـش رفتـاری در زمینـه ارتقـا سـلامت و بهزیسـتی، پیشـگیری از عـوارض بیمـاری، تعامـل بـا ارائـه دهنـدگان مراقبت بهداشـتی، مقابلـه بـا حـالات هیجانـی منفـی و ایجـاد و تـداوم نقش‌هـای سـازنده اجتماعـی در روابـط بیـن فـردی و موقعیت‌هـای شـغلی بـه منظـور دسـت یابی بـه اهـداف خودمدیریتـی بیمـاری و درد ناشـی از آن است[۴].

از نظـر پاتوفیزیولوژیکـی، درد سـتون فقـرات فراینـد چنـد عاملـی و پیچیـده‌ای اسـت کـه عوامـل زیسـتی- مکانیکـی، عصبـی- فیزیولوژیکـی، ایمنـی شـناختی، روانشـناختی و اجتماعـی در ایجـاد و تـداوم آن دخالـت دارنـد[۵]، لـذا مطابـق با دیـدگاه زیسـتی-روانی- اجتماعـی، بـرای شـناخت پاسـخ‌های خودمدیریتـی و خودمراقبتـی بیمـار بـه شـرایط درد مزمـن، ضـروری اسـت کـه تمـام عوامـل زیسـتی و غیـر زیسـتی (همچـون عوامـل روانشـناختی، اجتماعـی و ...) مـد نظـر قـرار گیـرد. یکـی از عوامـل روانشـناختی موثـر بـر خودمدیریتـی درد، نظـام شـناختی بیمـار همچـون افـکار فاجعه‌آفریـن درد و خـود کارآمـدی درد (بـاور فـرد بـه توانایـی خـود در کنتـرل و مدیریـت درد) می‌باشـد. پیشـینه پژوهشـی موجـود در حـوزه درد مزمـن بـر خودکارآمـدی و فاجعه‌آفرینـی بـه عنـوان دو متغیـر شـناختی مهـم تاکیـد می‌کنـد[۶]. فاجعه‌آفرینـی فراینـد شـناختی اغـراق یـا بزرگ‌نمایـی تهدیـد ادراک شـده از احساسـات درد اسـت[۷] کـه بـه تمرکـز بیشـتر روی جنبه‌هـای منفـی موقعیـت، تفسـیر برانگیختگی‌هـای جسـمی بـه نشـانه‌های درد، تـرس از درد و در نهایـت رفتارهـای اجتنابـی منجـر می‌شـود[۸]. محققـان در بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای نوروپاتیـک نشـان دادنـد کـه باورهـای فاجعه‌آفریـن دربـاره‌ی درد حتـی بیشـتر از شـدت درد بـر ناتوانـی بیمـار تاثیـر می‌گـذارد[۹]. بنابرایـن متغیـر فاجعه‌سـازی درد نیـز بـه عنـوان یکـی از متغیرهـای نظـام باورهـا بـر خودمدیریتـی درد تاثیـر دارد. فاجعه‌آفرینـی درد از طریـق نشـخوار ذهنـی، بـزرگ نمایـی و درماندگـی نسـبت بـه فرایندهـای دردنـاک باعـث ناتوانـی در کنتـرل درد در افـراد شـده، بـر اسـاس مـدل اجتناب-تـرس، زمینـه اجتنـاب از درد را تحریـک می‌نمایـد[۸]. ایـن امـر در برخـی از فعالیت‌هـای بهینـه بـرای خودمدیریتـی درد (بـه عنـوان مثـال پرهیـز از اسـتراحت طولانـی مـدت و ملـزم نمـودن خـود بـه انجـام فعالیت‌هـای روزمـره و معمولـی و ...) تاثیـر زیـادی دارد. عامـل خودکارآمـدی نیـز می‌توانـد پیش‌بینـی کننـده معنـاداری بـرای رفتـار خودمدیریتـی محسـوب گـردد[۱۰]. از نظـر بنـدورا خودکارآمـدی یـک سـازه محـوری نظریـه شـناخت اجتماعـی اسـت[۱۱] کـه در زمینـه رفتارهـای سـلامت بـه عنـوان بـاور فـرد نسـبت بـه توانایـی خـود در سـازماندهی موفقیت‌آمیـز، توانایـی کنتـرل بـر عـادات سـلامت، انجـام و دسـت یابـی بـه پیامدهای ارزشـمند سـلامت در موقعیت‌هـا و زمینه‌هـای مختلـف تعریـف شـده اسـت[۱۲]. اهمیـت باورهـای خودکارآمـدی در مطالعـه درد بـه ایـن جهـت اسـت کـه ایـن سـازه تعییـن می‌کنـد فـرد در مواجهـه بـا مشـکلات و تجربیـات آزاردهنـده چـه مقـدار تـلاش خواهـد کـرد و تـا چـه وقـت از خـود پایـداری نشـان می‌دهـد[۱]. تحقیقـات نشـان می‌دهـد کـه باورهـای خودکارآمـدی توانسـته اسـت بسـیاری از رفتارهـای خـاص و توجیـه درد را در میـان مبتلایـان بـه درد مزمـن تبییـن کنـد[۱۳]. ولـز فدرمـن، آرنسـتین و کادیـل در تحقیـق خـود بـر روی بیمـاران مبتـلا به درد مزمـن نشـان دادنـد کـه افزایـش خودکارآمـدی بـا کاهـش درماندگـی هیجانـی و ناتوانـی در برابـر درد رابطـه دارد[۱۴]. بـر اسـاس بررسـی‌های دورکیـن و بریـت بـارت (۲۰۰۴) و مطابـق بـا نظریـه شـناختی اجتماعـی، افـرادی کـه دارای سـطوح بـالای خودکارآمـدی درد می‌باشـند بیشـتر می‌تواننـد منابـع مطلـوب را بـرای کاهـش درد و ناراحتـی و در نتیجـه کنتـرل

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

دردشـان بـه کار گیرنـد[۱۵].

عـلاوه بـر مـوارد مزبـور، عوامـل مربـوط بـه خصوصیـات بیمـاری از جملـه شـدت درد و درد مسـتمر و عودکننـده (ثابـت یـا متنـاوب بـودن درد) نیـز اهمیـت و تاثیـر زیـادی بـر خودمدیریتـی درد دارد. در خصـوص شـدت درد، بررسـی‌ها نشـان داده اسـت شـدت درد می‌توانـد هـم بـر عوامـل موثـر برخودمدیریتـی درد مزمـن تاثیـر بگـذارد و هـم از آن‌هـا تاثیـر بپذیـرد. شـدت درد زیـاد منجـر بـه عملکـرد ضعیف‌تـر در اکثـر مولفه‌هـای سـلامت روان از جملـه سـلامت کلـی، سـرزندگی و عملکـرد اجتماعـی می‌شـود[۱۶]. عـلاوه بـر شـدت درد، نـوع درد مزمـن مسـتمر و عـود کننـده بـر خودمدیریتـی درد تاثیـر دارد. در درد مزمـن عودکننـده، درد در بیمـار بـرای مدتـی ظاهـر شـده، سـپس در نتیجـه درمـان و یـا بـدون درمـان بـرای مدتـی بهبـود یافتـه، دوبـاره درد شـروع می‌گـردد[۱۷]، ایـن درد تحـت شـرایط بی‌خطـر و بـی ضـرر ایجـاد شـده[۱۸]، بـه تدریـج نیـز بدتـر نمی‌گـردد بلکـه بـروز حمـلات درد و تسـکین آن بـه طـور متنـاوب از ویژگی‌هـای آن اسـت[۱۹]. درد مزمـن مسـتمر نیـز دردی اسـت کـه دسـت کـم بـه مـدت ۶ مـاه بـه طـور مسـتمر ادامـه داشـته، در طـول ایـن مـدت هیـچ گاه بـه طـور کامـل بهبـود نمی‌یابـد. درد مزمـن مسـتمر، بخش‌هـای گوناگـون زندگـی فـرد را تحـت تاثیـر قـرار داده و الگـوی شـناختی و رفتـاری خاصـی را پدیـد مـی‌آورد[۱۷] کـه می‌توانـد بـر رونـد زندگـی، فعایت‌هـای روزمـره و سـلامت روانـی افـراد تاثیـر منفـی بـر جـای گـذارد[۲۰]. دردی کـه علـی رغـم انجـام اقداماتـی بـرای تسـکین آن، ماه‌هـا و سـال‌ها ادامـه می‌یابـد ممکـن اسـت فـرد را بـه دلیـل ناتوانـی در برخـورداری از عملکـردی مطلـوب و همچنیـن سـرخوردگی از اقدامـات درمانـی (بـه دلیـل شکسـت‌های درمانـی متعـدد) بسـیار دلسـرد و ناامیـد نمـوده و منجـر بـه افسـردگی و احسـاس یـاس در وی گـردد[۱۹]. بـا ادامـه یافتـن درمان‌هـای ناکارآمـد دردهـای مسـتمر (کـه اکثـراً ماهیـت انفعالـی دارد)، نـه تنهـا باورهـای مخـرب (انتظـار پیـدا شـدن راه حلـی بیرونـی بـرای مشـکل درد) تقویـت می‌شـود، بلکـه بیمـار از بـه عهـده گرفتـن نقشـی فعـال در فراینـد توانبخشـی خـود بـاز می‌مانـد[۲۱]، لـذا مطابـق بـا نظریـه درماندگـی آموختـه شـده، بیمـار دسـت از تـلاش بـرای مقابلـه بـا بیمـاری بـر مـی‌دارد کـه ایـن امـر بـر خودکنترلـی و خودمدیریتـی درد تاثیـر منفـی می‌گـذارد. البتـه در مـورد دردهـای مزمـن عودکننـده نیـز بـه نظـر می‌رسـد بـه دلیـل وجـود دوره‌ی بهبـودی و بـدون درد، فـرد بیمـار از خودمدیریتـی نسـبتاً بهتـری برخـوردار باشـد.

بـا توجـه بـه شـیوع بـالای آمـار اختـلالات سـتون فقـرات (کمـر درد و گـردن درد) و نقـش مهـم خصوصیـات بیمـاری و عوامـل شـناختی (بـه عنـوان متغیـر میانجـی) بـر خودمدیریتی درد مزمـن و از طرفـی ضـرورت خودمدیریتـی ایـن اختـلال بالاخـص درد ناشـی از آن جهـت پیشـگیری از پیشـرفت بیماری و درد، کاهـش درد و سـازگاری بـا آن، پژوهـش حاضـر بـا هدف بررسـی تاثیـر عوامـل مزبـور بـر خودمدیریتـی درد مزمـن سـتون فقـرات بـه ارائـه چهـار فرضیـه پرداخت کـه عبارتنـد از: ۱) بـالا بـودن خودکارآمـدی درد، خودمدیریتـی درد در بیمـاران مبتـلا بـه اختـلالات سـتون فقـرات را افزایـش می‌دهـد. ۲) افـکار فاجعه‌آفریـن درد باعـث کاهـش خودمدیریتـی درد در بیمـاران مبتـلا بـه اختـلالات سـتون فقـرات می‌شـود. ۳) شـدت درد بـه طـور غیرمسـتقیم از طریـق متغیـر میانجـی خودکارآمـدی و افـکار فاجعه‌آفریـن بـر خودمدیریتـی درد مزمـن سـتون فقـرات تاثیـر دارد. ۴) نـوع درد مسـتمر و عودکننـده بـه طـور غیرمسـتقیم از طریـق متغیـر میانجـی خودکارآمـدی و افـکار فاجعه‌آفریـن درد بـر خودمدیریتـی درد سـتون فقـرات تاثیـر دارد. نتایـج تحقیـق حاضـر می‌توانـد از طریـق مشـخص نمـودن نقـش مهـم متغیرهـای مـورد بررسـی پژوهـش بـه منظـور لحـاظ نمـودن آن در امـر خودمدیریتـی و خودکنترلـی درد سـتون فقـرات یـاری کننـده باشـد.

روش مطالعه

پژوهـش حاضـر جـزء طرح‌هـای توصیفـی از نـوع همبسـتگی اسـت. جامعـه‌ی پژوهـش شـامل کلیـه‌ی بیمـاران مبتلا بـه درد مزمـن ناشـی از اختـلالات سـتون فقـرات شهرسـتان بوشـهر می‌باشـد کـه بـا اسـتفاده از شـیوه‌ی نمونـه گیـری در دسـترس تعـداد ۳۰۱ نفـر (۱۴۸ مـرد و ۱۵۳ زن) از بیمـاران مبتـلا بـه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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 هزارد، دین و کونلاز آنجایی که حجم نمونه ۲۰۰ نفر در استفاده از چنین روش‌هایی مناسب است[۲۲]، بنابراین حجم نمونه در نظرگرفته 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 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 علی رغم 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[۲۳]. نسخه فارسی آن از ویژگی‌های روان سنجی 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[۲۱]. 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[۱].

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[۲۴] که به عنوان یکی از روش‌های ناسازگارانه در مقابله با درد و بیماری محسوب می‌گردد[۲۵]. 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[۲۱]. از بین سوالات مقیاس راهبردهای مقابله‌ای روزنشتایل و کیف سؤالات [۵-۱۱-۱۳-۲۵-۳۳-۳۷] مربوط به خرده مقیاس

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

افـکار فاجعه‌آفریـن درد می‌باشـد. ویژگی‌هـای روان سـنجی پرسشـنامه از طریـق ضریـب آلفـای کرونبـاخ (همسـانی درونـی) بـرای راهبـرد مقابلـه فاجعه‌آفرینـی درد در تحقیـق اصغـری مقـدم و گلـک ۰/۸۰[۲۶]، رضایـی ۰/۸۵[۲۷] و داودی و نسـیمی فـر (۰/۸۵)[۲۶] بـه دسـت آمـد. همچنیـن اعتبـار ایـن خـرده مقیـاس از طریـق سـنجش همبسـتگی آن بـا سـؤالات کیفیـت زندگـی ارزیابـی شـده، همبسـتگی منفی و معنـاداری ($r = -۰/۴۷$) در سطح $p < ۰/۰۵$ ارزیابی گردید [۲۸].

جهـت بررسـی نـوع درد مسـتمر (درد مـداوم و پیوسـته) و درد عـود کننـده (درد متناوبـی کـه بـا دوره‌هایـی ار بهبـود و برگشـت مجـدد درد همـراه باشـد) نیـز از دو سـوال مرتبـط بـا ایـن متغیـر در بخـش سـوم مقیـاس تاریخچـه‌ی درد اسـتفاده شـد. لازم بـه ذکـر اسـت پرسشـنامه تاریخچـه‌ی درد دارای ۴۵ سـؤال و ۳ بخـش می‌باشـد. دو سـوال مزبـور، میـزان شـیوع درد و حالـت اسـتمرار یـا عودکنندگـی بیمـاری در ۶ مـاه گذشـته را می‌سـنجد کـه عبارتنـد از: «در ۶ مـاه گذشـته بـه صـورت مـداوم (گاهـی کـم و گاهـی زیـاد) درد داشـته‌ام بـدون اینکـه دوره‌ی بـی دردی داشـته باشـم» و «در ۶ مـاه گذشـته گاهـی (حداقـل یکبـار) دردم بـرای مدتـی خـوب می‌شـد ولـی دوبـاره عـود می‌کـرد»[۲۰].

در پژوهـش حاضـر جهـت اندازه‌گیـری شـدت درد از مقیـاس درجـه بنـدی عـددی جانسـون اسـتفاده شـد. ایـن مقیـاس متکـی بـه خودگزارشـی بیمـار بـوده و شـامل خـط مـدرج ۱۰ سـانتی‌متری اسـت کـه اعـدادی بـر روی آن از صفـر (اصـلاً دردی نـدارم) تـا ده (شـدیدترین درد ممکـن) درجه‌بندی شـده اسـت[۲۷]. از نظـر ویژگی‌هـای روانسـنجی، پایایـی و روایـی ایـن ابـزار بـه عنـوان اسـتاندارد طلایـی در اندازه‌گیـری شـدت درد، تأییـد شـده اسـت[۲۹]. در سـال ۲۰۱۰ برونلـی و همکارانـش در تحقیـق خـود بـر روی افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن سـرطانی، روایـی ایـن ابـزار را در درد پـس زمینـه‌ای ۰/۷۷ و در درد شـدید (پیـک درد) ۰/۸۶، و پایایـی آن را بـا روش بازآزمایـی در درد پـس زمینـه‌ای ۰/۸۰ و در درد شـدید (پیـک درد) ۰/۸۶ بـه دسـت آوردنـد[۳۰]. یعقوبـی، امینـی، احمـدی نیـز در تحقیـق خـود بـا محاسـبه‌ی ضریـب همبسـتگی پیرسـون بیـن دو مرحلـه ارزیابـی یـک هفتـه ای، پایایـی ایـن ابـزار را ۰/۹۶ بـه دسـت آوردنـد[۳۱]. هـم چنیـن زرگـر، معماریـان و رفیعـی در تحقیـق شـان بـر روی افـراد مبتـلا بـه فتـق دیسـک بیـن مهـره‌ای کمـر، پایایـی ایـن ابـزار از طریـق آزمـون هـم زمـان، ۰/۹۴ بـه دسـت آوردنـد[۳۲].

جهـت سـنجش میـزان خودمدیریتـی درد مزمـن در گـروه هـدف نیـز از مقیـاس خودمدیریتـی درد مزمـن سـتون فقـرات اسـتفاده گردیـد. ایـن مقیـاس دارای ۲۵ سـوال بـا طیـف چنـد گزینـه‌ای هیـچ وقـت[۱]، بـه نـدرت[۲]، گاهـی[۳]، اکثـر اوقـات[۴] و همیشـه[۵] بـوده کـه در مجمـوع سـه عامـل خودمدیریتـی عملکـردی (سـوالات ۱ تـا ۱۴)، خودمدیریتی هیجانی (سـوالات ۱۵ تـا ۱۹) و خودمدیریتـی پزشـکی (سـوالات ۲۰ تـا ۲۵) را مـورد بررسـی قـرار می‌دهـد. لازم بـه ذکـر اسـت سـوالات ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۴ نیـز بـه صـورت معکـوس نمـره گـذاری گردیـده، نمـره بالاتـر معـرف خودمدیریتـی بیشـتر درد مزمـن سـتون فقـرات می‌باشـد. نتایـج تحلیـل عاملـی ایـن مقیـاس بیانگـر مقبولیـت مقادیـر شـاخص‌های برازندگـی آنهـا بـوده، روایـی محتـوا (۰/۸۰)، روایـی همگـرا (بـا مقیاس‌هـای خودمدیریتـی درد مزمـن نیکـولاس، سرسـختی روانشـناختی، خودکارآمـدی درد، افـکار فاجعه‌آفریـن درد و باورهـا و ادراک‌هـای درد بـه ترتیـب بـا ضرایـب ۰/۶۸، ۰/۴۷، ۰/۵۰، ۰/۲۶- و ۰/۳۳-)، پایایـی بـاز آزمایـی (۰/۸۷) و پایایـی بـه روش آلفـای کرونبـاخ (۰/۷۹) مقیـاس نیـز مـورد تاییـد قرار گرفتـه اسـت [۳۳].

بعـد از تکمیـل پرسشـنامه هـا، داده‌هـای بـه دسـت آمـده بـا اسـتفاده از روش‌هـای مناسـب آمـار توصیفـی و اسـتنباطی مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفـت. از آمـار توصیفـی جهـت محاسـبه‌ی شـاخص‌های مرکـزی و پراکندگـی و از آمـار اسـتنباطی نیـز بـه منظـور بررسـی همبسـتگی، شـاخص‌های بـرازش، ضرایـب اسـتاندارد نشـده، ضرایـب مسـیر و معنـاداری آن‌هـا در تحلیـل مسـیر اسـتفاده شـد. جهـت انجـام محاسـبات آمـاری مزبـور، دو نرم‌افـزار SPSS 21 و AMOS 20 مـورد اسـتفاده قـرار گرفـت.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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 واریانس- کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است، لذا درجدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

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

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 درد مستمر و عود کننده 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.

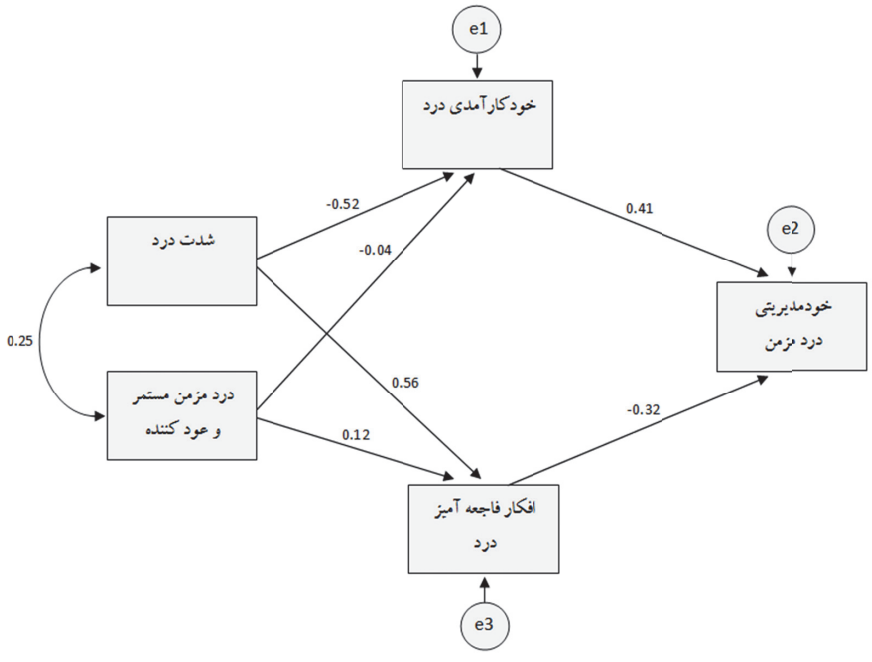
جدول۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش	χ^2/df	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	کمتراز۳	کمتراز۰/۱	بیشتراز۰/۹	بیشتراز۰/۹	بیشتراز۰/۹	بیشتراز۰/۹	بیشتراز۰/۹

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، بنابراین پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع می‌باشد.

در ادامه شکل ۱ مسیرهای نهایی تبیین عوامل موثر بر خودمدیریتی درد در پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل مسیر، در حالت ضرایب استاندارد نشده و ضرایب مسیر (β) نشان شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]



شکل۱. ضرایب استاندارد شده مسیرهای نهایی تبیین خودمدیریتی درد

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

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

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استانداردشده	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 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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 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 تاثیرات 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

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 ☐

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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[۳۴]. هم چنان که ووبی، راچ 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[۳۵]. نتایج تحقیق مک گیلیون و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۸ بیانگر این است که خودکارآمدی با رفتارهای خودمدیریتی بیماری و درد ارتباط دارد[۳۶]. در این راستا تحقیقات فراتحلیلی نشان می‌دهد که خودکارآمدی به طور معنادار در رفتارهای سلامت سهیم است و عامل پیش بین معنادار در رفتار خودمدیریتی بیماری محسوب گردیده، افراد دارای خودکارآمدی بالا بهتر به خودمدیریتی بیماری مبادرت می‌ورزند[۳۷]. 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[۱۱]. نتایج سایر تحقیقات نیز بیانگر این است افرادی که باورهای خودکارآمدی بیشتری داشتند تعداد روزهای توقف فعالیت‌های شان کمتر بوده[۳۸] 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[۳۹]. 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[۳۹]. بنابراین خودکارآمدی نه تنها یک سازه خدشه‌ناپذیر دارای قدرت پیش‌بینی مسجّل شده در جنبه‌های گوناگون عملکردهای رفتاری بوده[۴۰] بلکه عامل مهم معناداری در انواع مختلف رفتارهای مربوط به شیوه‌ی زندگی با خودمدیریتی بیماری‌ها می‌باشد[۳۷].

علاوه بر خودکارآمدی، در دو دهه گذشته افکار فاجعه‌آفرین تبدیل به پیش‌بینی کننده قوی و قابل اعتماد روان شناختی و تجربه درد شده است[۴۱]. 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[۴۲]. افکار فاجعه‌آفرین، شیوه‌ای ناسازگارانه و منفعل برای مقابله و مدیریت کردن موقعیت‌هایی مثل درد مزمن محسوب می‌گردد[۲۵] 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[۴۱] 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 نمودهای خودمدیریتی است) کاهش می‌یابد. علاوه بر این تحقیق دیگر نشان داد افکار فاجعه‌آفرین درد به عنوان یک پیش‌بینی کننده در افزایش کمردرد مزمن، قادر است تا ۴۷ درصد از واریانس کمردرد را برآورد نماید[۵]. بنابراین فاجعه‌آفرینی درد به عنوان خطای شناختی، تأثیر زیادی بر شدت ناتوانی جسمانی، رفتارهای درد، کناره گیری از فعالیت‌های روزانه، عواطف و تمایلات منفی به خود و جهان (نگرانی و ناامیدی) دارد[۴۳]، به عبارتی می‌تواند به عنوان ناکارآمدترین راهبرد مقابله در کنترل درد[۴۴] بر خودمدیریتی بیماری و درد تأثیر بسیار منفی‌ای بگذارد. در خصوص بررسی تاثیر غیر مستقیم دو متغیر شدت درد و نوع درد مستمر و عود کننده از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد، فرضیه سوم (شدت درد به طور غیر مستقیم از طریق

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

متغیر میانجی خودکارآمدی و افکار فاجعه‌آفرین بر خودمدیریتی درد مزمن ستون فقرات تاثیر 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 تاثیر دارد) نیز مطرح گردید که بر اساس نتایج آنالیز آماری، سومین فرضیه تایید 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 نسبتا ضعیفی است ولی از سطح معناداری قابل قبولی برخوردار می‌باشد، به عبارتی شدت درد می‌تواند هم از طریق تاثیر بر خودکارآمدی و هم از طریق تاثیر 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 تاثیر دارد و بالعکس. در این راستا جهت تایید 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[۴۳]، 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[۴۵]. 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[۴۶]. 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 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[۴۷]. تاثیر غیرمستقیم شدت درد مزمن به عنوان یک منبع استرس‌زا بر خودمدیریتی درد از طریق تاثیر 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[۴۸]. 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 تصمیم گیری، توجه و انعطاف پذیری روانی را کنترل می‌کند[۴۹]. 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[۱۸] 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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[1]، 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 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.

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. بله ☐ خیر ☐

۲- در ۶ ماه گذشته گاهی (حداقل یکبار) دردم برای مدتی خوب می‌شد ولی دوباره عود می‌کرد. بله ☐ خیر ☐

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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 دریات 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	می توانم بدون مصرف دارو با دردم مقابله کنم و از پس آن برآیم					
۸	می توانم 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	گزینه ها	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			

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

پرسشنامه خودمدیریتی درد مزمن

پاسخگوی گرامی! لطفا 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 روزانه‌ام 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 (مثلا 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 قبلا خودم انجام می‌دادم) در خانه انجام دهند.					

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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 کمربند 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 مبل (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					

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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)]. JMent 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 rehabiliation 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

17. Asghari Moghaddam, M. [Prevalence of persistent and recurrent chronic pain and its impact on social functionc 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 Kyanoosh Hashemyan). 4st 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

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 reportheat or pain following emotional priming of pain-related fear. Pain. 2008; 137: 60-65.
43. Goubert L, Crombez G, Ecclestonc 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 Rishehri 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Journal of Anesthesiology and Pain Spring 2017, Vol 7, NO 3

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[1], Ahmed Ali Pour[2], Ali pouladi Rishahri[3], Mujtaba Habibi Asgar Abadi[4]

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]