فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۶



تدوین مدل ساختاری پیش بینی درد مزمن عضلانی ـ اسکلتی از طریق مهارت‌های مقابله ای، فاجعه آفرینی، ترس، شدت و ناتوانی درد

علیرضا شیرازی تهرانی[۱]، فضل‌اله میر دریکوند*[۲]، محمد علی سپهوندی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه لرستان
۲. استاد یار دانشگاه لرستان، دکتری تخصصی روان شناسی
۳. استاد یاری روان شناسی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۱۰ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۶/۳/۱۹** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۱**

چکیده

زمینـه و هـدف: هـدف پژوهـش حاضـر تدویـن مـدل سـاختاری روابـط بیـن مهارتهـای مقابلـه‌ای، فاجعه‌آفرینـی، تـرس از درد بـر سـازگاری درد (شـدت و ناتوانـی درد) در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن عضلانـی ـ اسـکلتی بـود.

مـواد و روش‌هـا: ۳۱۴ بیمـار مبتـلا به دردهـای مزمن عضلانی ـ اسـکلتی بـه روش نمونه‌گیری در دسـترس از میـان مراجعه‌کنندگان بـه کلینیک‌ها درد اصفهان و بر اسـاس تشـخیص متخصص درد انتخاب شـدند. این افراد با پاسـخ دادن به شـش پرسـش نامه خودکارآمدی در مقابل درد (Chronic Pain Self-Efficacy Questionnaire)، آزمـون جهت‌گیـری زندگـی (Life-0rientation Questionnaire)، تـاب‌آوری کانـر و دیویدسـون (Conner-Davidson Resilience Scale)، مقیـاس فاجعه‌آفرینـی درد (Pain catastrophizing Scale)، مقیـاس تـرس از حرکت (Tampa scale kinesiophobia) و پرسـش‌نامه درجه‌بنـدی درد مزمـن ون کـروف (VanKroff Graded Chronic Pain Scale) در پژوهـش شـرکت کردنـد. بـرای تحلیل داده‌ها از آزمون مدل‌سـازی معادلات سـاختاری اسـتفاده شـد.

یافته‌هـا: منابـع مقابلـه ای درد بـر فاجعـه آفرینـی اثـر معکـوس معنـادار، و فاجعـه آفرینـی بـر تـرس از درد و تـرس از درد بـر سـازگاری درد اثـر مسـتقیم معنـاداری داشـت ($P<۰/۰۰۱$). هـم چنیـن از نقـش واسـطه‌ای فاجعـه آفرینـی در رابطـه بیـن منابـع مقابلـه‌ای و تـرس از درد و نقـش واسـطه‌ای تـرس از درد در رابطـه بیـن فاجعه‌آفرینـی و سـازگاری درد حمایـت شـد.

نتیجه‌گیـری: نتایـج ایـن پژوهـش نشـان داد کـه مهارت‌هـای مقابلـه‌ای درد نقـش محافظتـی در مقابـل فاجعـه آفرینـی، تـرس از درد، شـدت و ناتوانـی درد دارد.

واژه‌های کلیدی: مهارتهای مقابله‌ای، فاجعه آفرینی، ترس از درد، سازگاری درد، درد مزمن عضلانی ـ اسکلتی

مقدمه

درد از کلمـه PU کـه معـادل سانسـکریت کلمـه‌ی قربانـی کـردن اسـت و Poen کـه کلمـه‌ی لاتیـن بـه معنـای تنبیـه می‌باشـد مشـتق شـده اسـت[۱]. درد پدیـده‌ای اسـت کـه توسـط هـر فـرد در طـول زندگـی تجربـه می‌شـود. درد مزمـن دردی اسـت کـه بیشـتر از زمـان لازم بـرای بهبـود یـا آسـیب ایجـاد شـده باقـی بمانـد. بنابـر معیارهـای انجمـن بین‌المللـی درد، ایـن زمـان بـرای اهـداف پژوهشـی، حداقـل ۳ مـاه و بـرای اهـداف بالینـی، حداقـل ۶ مـاه تعییـن شـده اسـت[۲]. کـه شـیوع آن در طـول زندگـی بـرای هـر فـردی ۱۱ تـا ۵۵ درصـد

نویسنده مسئول: فضل‌اله میر دریکوند، استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، خرم‌آباد، ایران
پست الکترونیک: mfmirdrikvand@yahoo.com.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

می‌باشد[۳]. درد یک پدیده‌ی پیچیده‌ای است که عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی روی آن اثر دارد[۴]. در این میان درد مزمن عضلانی- اسکلتی مربوط به صدمات وارد شده بر عضلات، تاندون‌ها، رباط‌ها، مفاصل، غضروف و یا ستون فقرات می‌باشد[۵]. امروزه درد عضلانی ـ اسکلتی مهم ترین موضوع سلامت شغلی در دنیا می‌باشد و تقریباً بین تمامی مشاغل شایع است به طور کلی بیشتر افراد دردهای عضلانی ـ اسکلتی را در زندگی‌شان تجربه می‌کنند[۶]. امروزه برای تبیین درد، به نقش عوامل روان شناختی به عنوان پیش بینی کننده‌های قدرتمند تجارب درد، توجه ویژه‌ای شده است[۴]. الگوها و مدل‌های روان شناختی متعددی در دنیای روان شناسی درد، پا به عرصه‌ی ظهور گذاشته است، که اکثر آنها برای تبیین درد و واکنش‌های متفاوت نسبت به آن، به نقش پاسخ‌های اجتنابی و مقابله‌ای متناسب با درد پرداخته‌اند[۷]. اما این مدل‌ها کمتر متغیرهای روان شناختی قبل از تجربه درد را هدف قرار داده‌اند که می‌توان آنها را به عنوان متغیر منابع مقابله‌ای سازگاری درد در نظر گرفت[۸]. از بین این مدل‌ها، تنها مدلی که به نقش کلیدی فاجعه‌آفرینی درد در ادراک درد، به طور خاص پرداخته است، مدل ترس- اجتناب است، که بوسیله لی زم ارائه شده است و در حال حاضر از به روزترین تبیین‌های روان شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن، خصوصاً درد عضلانی- اسکلتی می‌باشد[۹]. فاجعه‌آفرینی درد، یک سبک شناختی اسنادی را توصیف می‌کند، که بر عملکرد درد اثر منفی دارد. این راهبرد انطباق ناسازگارانه، شامل سه بعد نشخوار ذهنی در ارتباط با درد، بزرگ نمایی درد و درماندگی در مواجهه با تجربیات زندگی می‌باشد[۱۰]. این وضعیت به ترس از درد و فعالیت و رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود که پیامد آن از کارافتادگی و مشکلات روان‌شناختی می‌باشد. از طرف دیگر این وضعیت، ممکن است منجر به تقویت ارزیابی‌های منفی اولیه‌ی بیمار گردد که او را گرفتار یک چرخه‌ی معیوب اجتناب ـ ترس می‌کند که نهایتاً مانع پیشرفت درمان می‌شود. در این مدل تصور می‌شود بیمارانی که، افکار فاجعه‌آفرین و باورهای ترس- اجتناب را از خود نشان نمی‌دهند. به احتمال بیشتری، با مشکلات درد خود مواجهه شده و به شکل فعالانه‌تری در فرایند بهبودی‌شان اقدام می‌کنند[۱۱]. هرچند که پژوهش‌های متعددی بر نقش عوامل آسیب‌زای درد در فاجعه‌آفرینی و ترس از درد در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب پرداخته‌اند اما پژوهش‌های نادری بر نقش ویژگی‌های مثبت شخصیتی در این زمینه اشاره کرده‌اند. یکی از این متغیرهای مثبت، که تحت عنوان منابع مقابله‌ای درد شناخته می‌شوند، خودکارآمدی درد است. خودکارآمدی یک مفهوم وسیع و گسترده است و دلالت بر باورهای افراد برای انجام تکالیف خاص و رسیدن به پیامدهای دلخواه تعریف می‌شود ضمن این که خودکارآمدی به معنای تسلط در حیطه و تکلیف خاص، به جای تسلط به معنای کلی آن در نظر گرفته شده است[۱۲]. پژوهش‌ها نشان دادند که ویژگی‌های روانی مثبت، مثل خودکارآمدی، می‌تواند به عنوان یک تعدیل کننده بین فاجعه‌آفرینی و درد و فاجعه‌آفرینی و پیامدهای مرتبط با درد عمل کند[۱۳]. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که باورهای خودکارآمدی با سازگاری درد مزمن رابطه دارد و جنبه‌های مختلف تجربه درد را تبیین می‌کند[۱۴،۱۵]. خوش‌بینی به عنوان یکی دیگر از منابع مقابله‌ای درد در نظر گرفته می‌شود. خوش‌بینی از برجسته‌ترین سازه‌های شخصیتی است که از شناخت‌های مثبت تشکیل شده است[۱۶]. هرچند مولفه‌ی غالب در خوش‌بینی، مولفه‌ی شناختی است اما مولفه‌های انگیزشی (مثل اصرار برای رسیدن به اهداف خاص) و عاطفی (مثل تجربه احساس‌های مطلوب و مثبت) نیز تشکیل دهنده خوش‌بینی می‌باشند[۱۷]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خوش بینی باعث کاهش افکار فاجعه آفرین درد می‌شود[۱۸]. پژوهش‌های انجام گرفته روی افراد سالم، تحت شرایط استرس زای درد با آزمون فشارزای آب سرد، نشان داد که افراد خوش بین‌تر درد کمتری را گزارش دادند[۱۹،۲۰]. از دیگر منابع مقابله‌ای درد می‌توان به تاب‌آوری اشاره کرد. تاب‌آوری توانایی

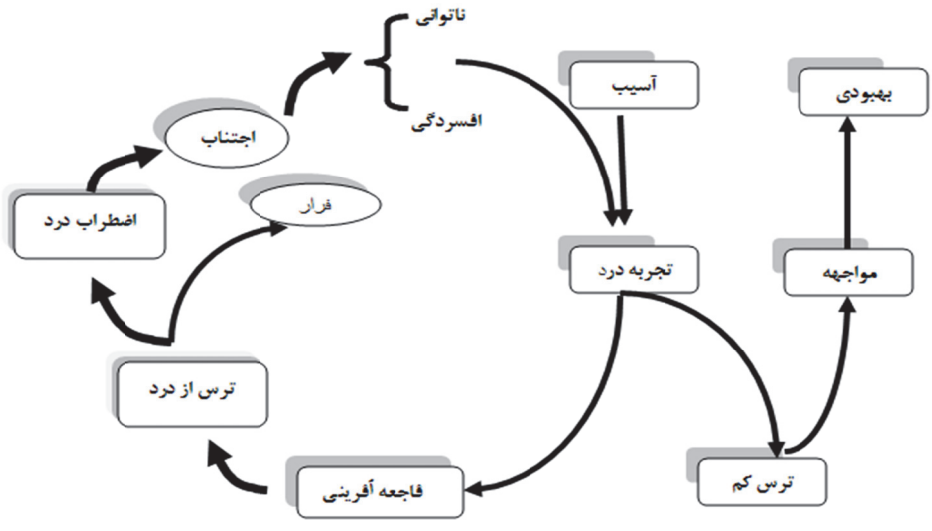
[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

سازگاری با شرایط استرس‌زا تعریف شده است و با کاهش ادراک استرس رابطه دارد[۲۱]. پژوهش‌ها بیانگر این است که افراد تاب‌آور از طریق عواطف مثبت، از فاجعه‌آفرینی دردها اجتناب می‌کنند[۲۲]. مطالعه‌ی نیوتن ـ جان، میسون و هانتر[۲۳] تحت عنوان نقش تاب‌آوری در سازگاری و مقابله با درد مزمن روی ۱۰۱ بیمار مبتلا به درد مزمن نشان داد که تاب‌آوری با اجتناب ـ ترس، ناتوانی مرتبط با ترس و شدت ترس کمتری همراه بود. و افرادی که تاب‌آوری بالاتری داشتند حمایت اجتماعی بیشتری را گزارش دادند هم چنین تاب‌آوری بالاتر با خودکارآمدی بالاتر درد مرتبط بود. در این پژوهش به تعدادی از منابع مقابله‌ای درد که باعث ادراک افراد در فاجعه‌آفرینی و سازگاری درد می‌شود در قالب پژوهش‌های منفرد و جداگانه اشاره شد. ولی هنوز نقش عوامل مستعد کننده روان شناختی و مکانیزم تأثیر آن در قالب مدل ساختاری ترس ـ اجتناب، جزء ابهامات باقی مانده است. عوامل روان شناختی از جمله عواملی هستند که در تبین شدت درد و مشکلات مرتبط با آن نقش مهمی ایفا می‌کنند[۲۴]. این که تفاوت‌های فردی افراد از نظر ویژگی‌های شخصیتی و عاطفی چه تأثیری در تشدید یا کاهش فاجعه‌آفرینی محرک‌های درد آور دارد و این که نقش توانمندی‌های مثبت فرد در سازگاری درد چگونه است و شناخت نحوه‌ی تعامل و ساز و کار این متغیرها درسازگاری درد مزمن از اهمیت خاصی در ادراک درد برخور دار است. اما سوالی که در این جا مطرح می‌شود، این است که عوامل روان شناختی مثبت چه تأتیری در ادراک درد دارد و مکانیزیم تأثیر آن در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب چیست؟ هرچند که پژوهش‌های متعددی در حوزه روانشناسی درد صورت گرفته است اما اکثر آنها در قالب پژوهش‌های همبستگی بوده است و بیشتر مبتنی بر متغیرهای آسیب‌زای درد متکی بوده‌اند و کمتر مکانیزم روابط علی بین متغیرهای مهارتهای مقابله‌ای درد در آن مشخص گردیده است. لذا یکی از هدف‌های اساسی این پژوهش، مشخص کردن نقش علی متغیرهای مهارتهای آسیب‌زای درد در قالب مدل ساختاری سازگاری درد در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب می‌باشد با در نظر گرفتن پژوهش‌های قبلی، چنین فرض می‌شود که متغیرهای مقابله‌ای درد (خودکارآمدی، خوش‌بینی، تاب‌آوری) رابطه‌ی معکوس علی با فاجعه‌آفرینی درد (اغراق درد، نشخوار ذهنی و درماندگی) داشته باشند. همچنین متغیرهای فاجعه‌آفرینی درد از طریق متغیرهای برونزاد مهارتهای مقابله‌ای درد نقش میانجی با ترس از درد دارند، و نهایتاً متغیر ترس از درد نقش میانجی درد را از طریق فاجعه‌آفرینی درد با سازگاری درد ایفا می‌کند. لذا هدف از انجام این پژوهش، بررسی برازش مدل ساختاری پیشنهادی سازگاری دردهای عضلانی - اسکلتی در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب است. مدل نظری ترس ـ اجتناب در شکل(۱) ارائه شده است.

روش مطالعه

این پژوهش، یک مطالعه‌ی همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود، که از این روش به منظور سنجش صحت روابط نظری متغیرهای مدل پژوهش استفاده می‌شود[۲۵]. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن عضلانی ـ اسکلتی مراجعه کننده به بیمارستانها، مراکز درمانی و کلینیک‌های شهر اصفهان بودند. برای انتخاب آزمودنی‌های پژوهش، ابتدا ۱۵ بیمارستان، مرکز درمانی و کلینیک‌های شهر اصفهان به شکل نمونه گیری تصادفی گزینش شدند. در مرحله بعد از بین کلیه مراجعان دارای دردهای مزمن عضلانی ـ اسکلتی به این مراکز ۹۲۱ نفر به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند و از بین آن‌ها کسانی که توسط متخصص ارتوپدی با توجه به ارزیابی‌های بالینی و معیارهای سازمان بهداشت جهانی، تشخیص بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی ـ اسکلتی را دریافت کرده بودند و بر اساس مصاحبه پژوهشگر و معیارهای ورود و خروج، نهایتاً ۳۱۴ نفر از آنان که واجد ملاک‌های پژوهش بودند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب گردیدند. معیارهای ورود آزمودنی‌های شرکت کننده در مطالعه شامل حداقل سپری شدن زمان سه ماهه از

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]



شکل ۱. مدل ترس ـ اجتناب

انواع دردهای عضلانی ـ اسکلتی (گردن و شانه، سینه و شکم، کمر و پشت و دست و پا)، طبق تشخیص انجمن بین‌المللی درد برای تمایز درد مزمن از مستمر، تداوم درد مزمن طی هفته قبل از مطالعه، حداقل تحصیلات دیپلم و محدودهی سنی ۲۰ تا ۶۰ سال بود. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز، شامل درد مزمن به دلیل تومور، شکستگی شدید مهره‌ها، عفونت، سرطان، مصرف مواد روانگردان، مصرف داروهای روانی و ابتلا همزمان به سایر اختلالات جسمانی و روانی دیگری که در روند پژوهش اختلال ایجاد می‌کند.

به منظور بررسی شدت درد مزمن از پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن ون کورف[۲۶] استفاده شد که هفت گزینه دارد و شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد را در یک طیف صفر تا ده درجه‌ای می‌سنجد که صفر به معنی" بدون درد" و ۱۰ به معنی" بدترین درد" ممکن است. آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۸ می‌باشد[۲۷]. در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ بدست آمد.

سازه ترس از حرکت با مقیاس تمپا مورد سنجش قرار گرفت که دارای ۱۱ سوال و دو خرده آزمون باور به آسیب دیدگی (TSK-SF) و اجتناب از فعالیت (TSK-AA) می‌باشد. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا به گزینه‌های آزمون بر اساس یک مقیاس لیکرتی کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخ دهند. نمرات بالا در این مقیاس نشانه ترس بیشتر از درد است. در پژوهش ونگ و همکاران [۲۸] آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۶۷ بدست آمد. در پژوهش رحمتی و همکاران[۲۹] روایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت و میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمد که نشانگر پایایی خوب این مقیاس است. در پژوهش حاضر پایایی کلی این آزمون ۰/۸۱ بدست آمد. هم چنین برای خرده آزمون باور به آسیب و اجتناب از فعالیت به ترتیب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و ۰/۸۱ بدست آمد. یکی دیگر از سازه‌های مورد سنجش در این مطالعه مقیاس فاجعه‌آفرینی درد بود که برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌آفرینی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

آن بـر تجربـه درد، سـاخته شـده اسـت. تحلیـل عوامـل نشـان داد کـه فاجعه‌آفرینـی شـامل زیـر مقیاس‌هـای نشـخوار یـا اندیشـناکی، بـزرگ نمایـی یـا اغراق‌آمیزکـردن ودرماندگـی اسـت. ایـن سـه مؤلفـه افکارمنفـی بـا درد مرتبـط را ارزیابـی می‌کننـد. از شـرکت کننـدگان خواسـته می‌شـود کـه یـک عـدد از ۰(هیـچ وقـت) تـا ۴ (همیشـه) را بـرای توصیـف فراوانی ۱۳ احسـاس و فکـر متفـاوت مرتبـط بـا تجربـه درد را انتخـاب کننـد. نمـرات پایین‌تـر نشـان‌دهنده فاجعه‌آفرینـی کمتـر بـوده و بـادرد و ناتوانـی در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن عضلانـی- اسـکلتی مرتبـط اسـت. در پژوهشـی کـه توسـط مایـرو همـکاران۲۰۰۸، بـه نقـل از[۳۰]، انجـام شـد میـزان پایایی بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ، زیـر مقیاسـها بـه ترتیـب بـرای نشـخوار۰/۸۸، بـزرگ نمایـی ۰/۶۷، درماندگـی ۰/۸۹ وبـرای کل مقیـاس آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۲ بـه دسـت آمـد. در پژوهـش اصغـری مقـدم و گلـک[۳۱] همسـانی درونـی ایـن پرسشـنامه ۰/۸۰ بدسـت آمـد. پایایـی ایـن آزمـون در ایـن پژوهـش بـا روش آلفـای کرونبـاخ بـرای خـرده آزمون‌هـای نشـخوار فکـری، بـزرگ نمایـی و درماندگـی بـه ترتیـب ۰/۹۳، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ و بـرای کل آزمـون ۰/۸۳ بدسـت آمـد.

بـه منظـور بررسـی خودکارآمـدی بیمـارن در مقابـل درد در ایـن پژوهـش از پرسشـنامه خودکارآمـدی در مقابـل درد اسـتفاده گردیـد کـه یـک پرسشـنامه ۱۰ سـوالی مبتنـی بـر نظریـه‌ی بنـدورا می‌باشـد و بـه منظـور ارزیابـی بـاور بیمـار از توانایی‌هایـش در انجـام فعالیت‌هـای گوناگـون بـا وجـود درد، توسـط نیکـولاس، ۱۹۸۹، بـه نقـل از[۳۲] سـاخته شـد و کارآمدی و بسـندگی فـرد را در زندگـی بـا درد، ارزیابـی می‌کنـد. پاسـخ‌گویی بـه ایـن پرسشـنامه در مقیـاس ۱ تـا ۶ درجـه‌ای لیکـرت بـوده و دامنـه نمـرات بیـن ۱ تـا ۶۰ می‌باشـد. نمـره بـالا نشـان دهنـده بـاور قدرتمنـد تـر در انجـام فعالیت‌هـای روزمـره علیرغـم وجـود درد می‌باشـد منظـور بررسـی اعتبـار پرسشـنامه اصغـری مقـدم و همـکاران ضرایـب آلفـای کرونبـاخ، روش تصنیـف و بازآزمایـی بـه ترتیـب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ بدسـت آوردنـد کـه بیانگـر پایایـی مطلـوب و رضایـت بخـش آزمـون می‌باشـد[۳۲]. در ایـن پژوهـش آلفـای کرونبـاخ ۰/۷۸ بـرای ایـن آزمـون بدسـت آمـد.

آزمـون جهت‌گیـری زندگـی نیـز بـه منظـور بررسـی سـنجش خوش‌بینـی بیمـاران در ایـن مطالعـه مـورد اسـتفاده قـرار گرفـت ایـن پرسشـنامه، توسـط شـییر و کارور[۳۳] سـاخته شـده اسـت. و شـامل ۱۰ گویـه اسـت. گویه‌هـای ۲، ۵، ۶، ۸ انحرافـی هسـتند و نمـره‌ای بـه آن تعلـق نمی‌گیـرد و گویه‌هـای ۳، ۹، ۷ بـه صـورت معکـوس نمره‌گـذاری می‌شـوند. ایـن آزمـون در سـال ۱۳۸۳، توسـط خـدا بخشـی در ایـران هنجاریابـی شـده اسـت. نتایـج بدسـت آمـده بـر اسـاس روش بـاز آزمایـی و آلفـای کرونبـاخ حاکـی از پایایـی بـالای ایـن مقیـاس می‌باشـد. ضریـب روایـی همزمـان بیـن مقیـاس خوش‌بینـی بـا افسـردگی و خـود تسـلط یابـی بـه ترتیـب ۰/۶۴ و ۰/۷۲ بدسـت آمـد. تحلیـل عوامـل خوش‌بینـی نشـان داد کـه ایـن مقیـاس از دو عامـل امیـد بـه آینـده و نگـرش مثبـت بـه وقایع، تشـکیل شـده اسـت[۳۴]. آلفـای کرنبـاخ ایـن آزمـون در ایـن پژوهـش ۰/۷۹ بدسـت آمـد.

بـه منظـور سـنجش تـاب‌آوری بیمـاران از مقیـاس تـاب آوری کانـر و دیویـد سـون اسـتفاده شـد ایـن مقیـاس ۲۵ سـوال دارد و در مقیـاس لیکـرت بیـن صفـر (هرگـز) و ۵ (همیشـه) نمره‌گـذاری می‌شـود. ایـن مقیـاس اگرچـه در سـطوح مختلـف تـاب‌آوری را می‌سـنجد، ولـی یـک نمـره کل دارد. نتایـج مطالعـه‌ی مقدماتـی مربـوط بـه ویـژ گی‌هـای روان سـنجی ایـن مقیـاس، پایایـی و روایـی آنرا تأییـد کرده اسـت[۳۵]. جـوکار[۳۶] بـا اسـتفاده ازروش آلفـای کرونبـاخ، همسـانی درونـی ۰/۹۳ را بـرای ایـن مقیـاس گـزارش داد. در ایـن پژوهـش آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۵ بـرای ایـن آزمـون بدسـت آمـد. اطلاعـات مربـوط بـه متغیرهـای جمعیـت شـناختی نیـز کـه شـامل سـن، تحصیـلات، شـغل، نـوع درد، متغیرهـای مرتبـط بـا نـوع درد و بیمـاری (نـوع درد مزمـن مسـتمر یـا مزمـن عودکننـده) مـدت ابتـلاء بـه درد مزمـن، اقدامـات درمانـی، الگـوی مصـرف و نـوع مصـرف دارو، محـل درد و علـت شـروع درد بودنـد توسـط پرسشـنامه محقـق سـاخته مـورد بررسـی قـرار گرفتنـد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های حاصل از پژوهش ابتدا، با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، همبستگی‌های ساده بین متغیرها بررسی گردیدند، به منظور بررسی مدل پژوهش، از معادلات ساختاری استفاده شد. که استفاده از آن، مستلزم رعایت مفروضه‌های معادلات ساختاری از قبیل بررسی داده‌های گمشده، نرمال بودن و هم خطی چندگانه می‌باشد. هم چنین برای تحلیل نتایج پژوهش از نرم‌افزارهای آماری AMOS-22 و SPSSS- 22 استفاده شد.

یافته‌ها

از نظر جمعیت شناسی ۳۱۴ بیمار مبتلا به اختلالات دردهای عضلانی ـ اسکلتی با میانگین سنی ۳۷ (در محدوده سنی ۶۰-۲۰) در پژوهش شرکت کردند. جنسیت بیشتر بیماران زن (۵۸/۹ درصد، نفر۱۸۵) و اکثر آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم۱۴ درصد،۴۴ نفر، لیسانس ۴۶/۵ درصد، ۱۴۶ نفر، فوق لیسانس و دکتری ۵/۱ درصد، ۱۶ نفر) بودند. از میان دردهای نواحی مختلف بیشترین دردها به ترتیب ناحیه کمر (۳۶/۳ درصد)، دست‌ها و پاها (۲۷/۷)، گردن و شانه (۲۱/۷) سینه و شکم (۱۴/۳) را به خود اختصاص دادند. آماره‌های توصیفی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	شاخص های توصیفی			
	میانگین	انحراف معیار	کمترین داده	بیشترین داده
شدت درد	۵۸/۰۴	۱۴/۸۱	۲۷	۹۰
ناتوانی درد	۵۸/۸۴	۱۵/۷۶	۲۷	۹۳
خودکارآمدی	۳۲/۰۴	۱۱/۸۸	۸	۵۷
خوش بینی	۱۴/۱۸	۳/۹۳	۵	۲۲
تاب آوری	۵۱/۵۰	۱۶/۲۴	۱۴	۹۰
باور به آسیب	۱۴/۱۸	۳/۹۶	۶	۲۲
ترس از حرکت	۱۲/۷۹	۲/۹۸	۷	۱۹
درماندگی	۱۱/۳۶	۳/۶۹	۴	۱۹
نشخوار فکری	۸/۵۸	۲/۸۰	۳	۱۴
بزرگنمایی	۶/۱۸	۲/۳۸	۲	۱۱

بر اساس نتایج جدول ۲، تمام متغیرهای پژوهش ارتباط معنادار با هم داشتند، به طوری که از میان متغیرهای منابع مقابله‌ای درد، خوش‌بینی بیشترین و تاب‌آوری کمترین همبستگی را با شدت و ناتوانی درد دارند.

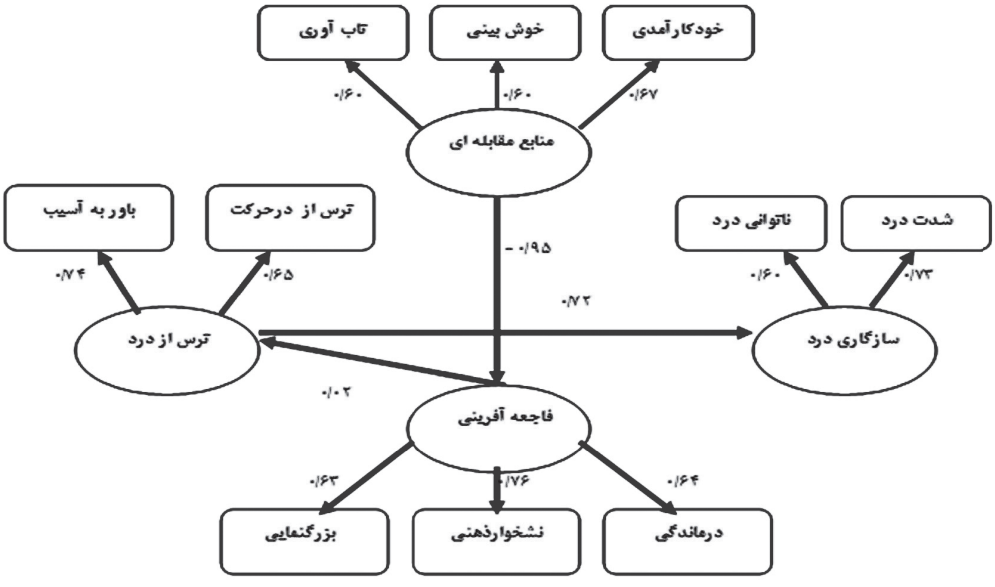
[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول ۲. همبستگی‌های ساده بین متغیرهای پژوهش در بیماران مبتلا به دردهای عضلانی ـ اسکلتی

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱ـ شدت درد	۱/۰۰۰									
۲ـ ناتوانی درد	*۰/۶۴۷	۱/۰۰۰								
۳ـ خودکارآمدی	*-۰/۴۸۰	*-۰/۵۴۹	۱/۰۰۰							
۴ـ خوش بینی	*-۰/۴۹۰	*-۰/۴۸۷	*۰/۳۸۹	۱/۰۰۰						
۵ـ تاب آوری	*-۰/۴۵۹	*-۰/۴۵۳	*۰/۳۹۹	*۰/۴۰۱	۱/۰۰۰					
۶ـ باور به آسیب	*۰/۵۱۹	*۰/۶۴۷	*-۰/۴۱۴	*-۰/۳۵۷	*-۰/۴۳۷	۱/۰۰۰				
۷ـ ترس از حرکت	*۰/۵۰۱	*۰/۵۵۱	*-۰/۳۳۸	*-۰/۳۳۰	*-۰/۴۰۴	*۰/۵۰۳	۱/۰۰۰			
۸ـ درماندگی	*۰/۵۶۱	*۰/۷۲۴	*-۰/۵۱۳	*-۰/۴۷۰	*-۰/۴۸۷	*۰/۵۶۶	*۰/۵۰۹	۱/۰۰۰		
۹ـ نشخوار فکری	*۰/۵۱۶	*۰/۶۷۸	*-۰/۴۷۱	*-۰/۴۵۷	*-۰/۴۴۱	*۰/۵۲۰	*۰/۵۰۲	*۰/۶۵۹	۱/۰۰۰	
۱۰ـ بزرگنمایی	*۰/۵۷۱	*۰/۷۱۳	*-۰/۵۸۵	*-۰/۴۶۳	*-۰/۴۵۳	*۰/۵۶۳	*۰/۴۹۴	*۰/۶۹۸	*۰/۶۳۵	۱/۰۰۰

در ادامه برای بررسی مدل پژوهش، از معادلات ساختاری استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها و برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیر بنایی مدل‌یابی معادلات ساختاری را برآورد می‌کنند چند مفروضه اصلی معادلات ساختاری شامل داه‌های گمشده، نرمال بودن و هم خطی چند گانه مورد بررسی قرار گرفتند. در پژوهش حاضر جهت بررسی نرمال بودن متغیرها، از کجی و کشیدگی متغیرها استفاده شد. و به این ترتیب متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ بودند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود. در پژوهش حاضر هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین با استفاده از آمار تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ارزش‌های تحمل بدست آمده برای متغیرها بالای ۰/۱۰ هستند و نشان‌دهنده عدم وجود هم خطی چندگانه متغیرها ست و همچنین مقدار عامل تورم واریانس بدست آمده برای متغیرها کوچکتر از ۱۰ بودند که نشان دهنده عدم هم خطی چندگانه بین متغیرهاست. مدل ساختاری پژوهش در شکل ۲ نشان داده شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]



شکل ۲. مدل ساختاری پژوهش

مـدل سـاختاری مـورد آزمـون و مدل‌هـای اندازه‌گیـری پژوهـش کـه شـامل ضرایـب اسـتاندارد با بارهـای عاملی رابطـه متغیرهای پنهان و مشـاهده شـده است در شکل شماره ۲ آمده است. ضرایب مسـیر اسـتاندارد در این شکل، بر سـازگاری درد، حاکی از معنادار بـودن مسـیرهای مسـتقیم مربـوط بـه مدل‌هـای اندازه‌گیـری اسـت در جـدول شـماره ۳، بـرازش مـدل و جزئیـات آن در قالب مقادیـر گزارش شـده برای شـاخص‌ها و معنـی‌داری آن‌ها (تفاوت آن‌هـا بـا صفـر) به ویـژه بـرای ضرایب تأثیر، گزارش شـده اسـت.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

مسیرهای مدل		b	ES	β	R^2	$\chi^2/(df)$	GFI	TLI	CFI	IFI	RMSEA
مهارتهای مقابله‌ای درد	فاجعه آفرینی درد	۰/۳۰۳-*	۰/۰۳۲	-۰/۹۵۰	۰/۹۰۲	۱/۱۴	۰/۹۷۸	۰/۹۹۶	۰/۱۹۹۷	۰/۹۹۷	۰/۰۲۱
فاجعه‌آفرینی درد	ترس از درد	۰/۸۶۹*	۰/۰۶۵	۰/۹۲۵	۰/۸۵۵						
ترس از درد	سازگاری درد	۳/۳۴*	۱/۲۰	۰/۷۱۶	۰/۹۹۱						

بـر مبنـای نتایـج جـدول ۳، مقـدار گـزارش شـده شـاخص‌های 2χ و RMSEA برازندگـی مـدل کلـی را تأییـد می‌کنـد. هـم چنیـن شـاخص‌های CFI، TLI و IFI نیـز بیشـتر از ۰/۹۵ اسـت کـه تأییـد دیگـری بـرای برازندگـی مـدل می‌باشـد مهارت‌هـای مقابلـه‌ای درد، ۹۰ درصـد واریانـس فاجعه‌آفرینـی درد و فاجعه‌آفرینـی درد، ۸۵ درصـد از واریانـس تـرس از درد را تبییـن می‌کنـد. همچنیـن تـرس از درد و مهارتهـای مقابلـه‌ای درد، ۹۹ درصـد از واریانـس سـازگاری درد را تبییـن می‌کنـد. در ادامـه اثـرات مسـتقیم مسـیرهای مـدل بررسـی شـد کـه نتایـج آن در جدول ۴ ارایه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول۴. اثرات مستقیم برآوردهای استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای مدل

مسیر	برآورد استاندارد	برآورد غیراستاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری(P)
مهارت‌های مقابله‌ای درد بر فاجعه‌آفرینی درد	-۰/۹۵۰	-۰/۳۰۳	۰/۰۳۲	-۹,۵۴۶	۰/۰۰۰
فاجعه‌آفرینی درد بر ترس از درد	۰/۹۲۵	۰/۸۶۹	۰/۰۶۵	۱۳/۲۹۶	۰/۰۰۰
ترس از درد بر سازگاری درد	۰/۷۱۶	۳/۴۳	۱/۲۰	۳/۰۶۸	۰/۰۰۰

نتایج جدول۴، حاکی از آن است که مسیرهای مهارت‌های مقابله‌ای درد با فاجعه‌آفرینی، مسیر فاجعه‌آفرینی با ترس از درد و مسیر ترس از درد با سازگاری درد (P>۰/۰۰۱) معنادار می‌باشد. برای برآورد و تعیین معناداری مسیر غیرمستقیم از دستور بوت استراپ استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج بوت استراپ برای مسیرهای عیر مستقیم الگو

مسیر	اثر غیر مستقیم	حد بالا	حد پایین	معنی‌داری
مهارتهای مقابله ای درد ← فاجعه آفرینی درد ← ترس از درد	-۰/۸۷۸	-۰/۸۲۳	-۰/۹۵۲	۰/۰۰۰
فاجعه آفرینی درد ← ترس از درد ← سازگاری درد	۰/۶۶۲	۱/۲۲۳	۰/۲۵۰	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که مهارت‌های مقابله‌ای درد از طریق فاجعه‌آفرینی با ترس از درد و فاجعه‌آفرینی از طریق ترس از درد با سازگاری درد ارتباط معناداری دارد. حد پایین فاصله اطمینان برای مهارتها و فاجعه‌آفرینی به ترتیب ۰/۹۵۲- و ۰/۲۵۰ حد بالای آن برای مهارتها و فاجعه‌آفرینی به ترتیب ۰/۸۲۳- و ۱/۲۲۳ است. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استراپ ۵۰۰۰ است. با توجه به این که صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد رابطه‌های میانجی‌گری، معنادار می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی ساختاری روابط منابع مقابله‌ای درد با فاجعه‌آفرینی، ترس از درد و سازگاری درد در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب در بیماران مبتلا به دردهای عضلانی ـ اسکلتی انجام شد. نتایج اولیه‌ی تحقیق از طریق آزمون همبستگی نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش از جمله منابع مقابله‌ای درد، فاجعه‌آفرینی، ترس از درد و سازگاری درد با هم ارتباط معناداری دارند. نتایج این پژوهش نشان داد که منابع مقابله‌ای درد (خودکارآمدی، خوش‌بینی، تاب‌آوری) با فاجعه‌آفرینی درد رابطه معکوس معنادار و فاجعه‌آفرینی با ترس از درد و ترس از درد با سازگاری درد رابطه مثبت مستقیم و معناداری دارند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که منابع مقابله‌ای درد از طریق متغیر میانجی فاجعه‌آفرینی درد با ترس از درد و متغیر فاجعه‌آفرینی درد از طریق متغیر ترس از درد با سازگاری درد رابطه غیر مستقم معناداری دارند. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داد که هرکدام از این متغیرها به طور جداگانه با فاجعه‌آفرینی، ترس از درد و سازگاری درد (شدت و ناتوانی درد) در ارتباط می‌باشند[۱۹،۲۳،۳۷،۳۸،۳۹]. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که متغیرهای مقابله‌ای درد، به عنوان یک سپر دفاعی در مقابل فاجعه‌آفرینی درد عمل می‌کنند و باعث کاهش افکار فاجعه آفرین درد می‌شوند و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

متعاقب آن فاجعه‌آفرینی منجر به کاهش ترس از درد و نهایتاً روی سازگاری درد (کاهش شدت و ناتوانی درد) تأثیر می‌گذارند. در ارتباط با نقش عوامل منابع مقابله‌ای درد در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب باید به این نکته اشاره کرد که احتمالاً افراد با خودکارآمدی بالا برای اداره کردن درد، در استفاده و بکارگیری مهارت‌های مقابله‌ای کنترل درد اصرار بیشتری می‌ورزند. و در نتیجه این امر موجب می‌شود تا آنها بهتر بتوانند با موقعیت‌های استرس‌زا از جمله دردهای مزمن سازگار شوند[۴۰]. از سویی دیگر یافته‌های پژوهش دورکین و بریت بارت[۴۱] نیز نشان داد که خودکارآمدی می‌تواند بر شدت درد اثر گذارد. همانطور که، نظریه شناختی اجتماعی مطرح می‌کند افراد با سطوح بالای خودکارآمدی، بیشتر می‌توانند منابع مطلوب را برای کاهش درد و ناراحتی بکار گیرند. و از این طریق باعث کاهش فاجعه‌آفرینی درد شوند از سوی دیگر، احساس خودکارآمدی در تحمل درد برابر با خود تحمل درد است و افراد با خودکارآمدی بالا بهتر می‌توانند در تحمل درد و کنار آمدن با آن موفق شوند. بعضی پژوهش‌ها حاکی از آن است که خودکارآمدی می‌تواند به عنوان متغیر تعدیل کننده فاجعه‌آفرینی و سازگاری درد مطرح باشد[۱۳]. به علاوه، احساس خودکارآمدی، فرآیند شناختی سطح بالایی است که بر شیوه‌ی مقابله و نحوه حل مسئله‌ی فرد با مشکلات زندگی اثر می‌گذارد. افراد دارای خودکارآمدی پایین به جای برخورد با موانع، از آنها اجتناب کرده، دست از تلاش بر می‌دارند، مقاومت و پایداری چندانی از خود نشان نمی‌دهند و در برخورد با مسائل و مشکلات به طور واقع‌بینانه برخورد نمی‌کنند. خوش‌بینی یکی دیگر از عوامل مقابله‌ای درد در نظر گرفته می‌شود که با فاجعه‌آفرینی و شدت درد رابطه‌ی معکوس دارند. پژوهش‌های متعدد روی بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داد که خوش‌بینی با شدت درد[۴۲] و فاجعه‌آفرینی کمتر[۴۳] ارتباط دارد در تبیین تأثیرات معکوس خوش‌بینی با فاجعه‌آفرینی درد و کاهش شدت درد، باید به چندین عامل توجه کرد که در واقع خوش‌بینی به عنوان یک منبع مقابله‌ای درد در نظر گرفته می‌شود که اثرات وقایع منفی را کاهش داده و با افسردگی کمتر، رفاه و سلامتی بیشتر افراد رابطه دارد[۴۴].

از طرف دیگر، خوش‌بینی از طریق کاهش افکار فاجعه‌آفرین باعث کاهش شدت درد می‌شود[۳۷]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در واقع خوش‌بینی به عنوان یک سپر دفاعی در مقابل تأثیرات زیان‌آور درد عمل می‌کند[۴۵]. این که خوش‌بینی با چه ساز و کارهایی می‌تواند با درد مقابله کند در مطالعه بر روی آزمودنی‌های غیر بالینی بررسی شده است. در مواجهه با آزمون فشارزای آب سرد، خوش بین‌ها، انتظار بهبودی بیشتری از مصرف دارونما برای کاهش دردشان داشتند و درد کمتری را نسبت به کسانی که انتظار بهبودی نداشتند، تجربه کردند. تصور می‌شود که افراد خوش بین‌تر، گرایش بیشتری برای بهبودی شان در قبال مصرف دارونما از خود نشان دادند[۴۶]. تاب‌آوری به عنوان متغیر دیگر، منابع مقابله‌ای درد در نظر گرفته می‌شود. تاب‌آوری با کمک منابع مختلفی با کاهش افکار فاجعه آفرین درد و شدت درد رابطه دارد. یکی از تأثیرات تاب‌آوری بر درد از طریق هدفمندی در زندگی است که از منابع شخصیتی تاب‌آوری محسوب می‌شود. در واقع هدفمندی زندگی، یعنی چقدر افراد قادرند اهداف و جهت زندگی گذشته و حال خود را درک کرده و از آن احساس معنایابی کنند و چقدر حاضرند برای رسیدن به اهداف خودشان، پافشاری کنند[۴۷]. پژوهش‌ها نشان داد افرادی که احساس هدفمندی بیشتری در زندگی خود داشتند، تحمل بیشتری در آزمون فشارزای آب گرم و سرد، از خود نشان دادند[۲۱]. عواطف مثبت یکی دیگر از منابع تاب‌آوری در کاهش شدت درد است. اونگ، زترا، رید[۲۲] بیان می‌کنند افرادی که تاب‌آوری روان شناختی دارند با کمک عواطف مثبت، از فاجعه‌آفرینی درد، فاصله می‌گیرند. افرادی که در حین استرس عواطف مثبت و منفی را تجربه می‌کنند پیچیدگی عاطفی بیشتری دارند[۴۸]. فرایندهای شناختی و رفتاری، سومین منبع حمایتی تاب‌آوری می‌باشند که شامل راهبردهای مقابله‌ای فعال و اکتشاف سودمند است. راهبردهای مقابله‌ای فعال، بر اعمال هدفمندی دلالت دارند که در حین تجربه درد، افراد برای کنترل و مدیریت دردشان به طور فعالانه‌ای از آنها استفاده می‌کنند رامیز ـ ماستر، استیو و لوپز[۴۹] ارتباط بین تاب‌آوری و سازگاری درد را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری تأثیرات مثبت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

و مستقیمی با پذیرش درد و شیوه‌های مقابله‌ای فعال دارد. بخشی از تأثیرات تاب‌آوری بر سازگاری درد، به دلیل نقش میانجی‌گری مقابله‌های فعال بود. فرایند شناختی دیگری که به طور اختصاصی‌تر با تاب‌آوری ارتباط دارد اکتشاف سودمند است. در واقع اکتشاف سودمند یک ساختار شناختی است که فرد یک رخداد منفی مثل درد را، تبدیل به یک پیامد مثبت می‌کند و باعث می‌شود که فرد به شیوه کارآمدتری به شرایط استرس‌زا پاسخ دهد، مثلاً با برانگیختگی فیزیولوژیکی کمتر، که در نهایت منجر به سلامت جسمانی می‌شود[۴۳]. هرچند که پژوهش‌های قبلی بر نقش عوامل آسیب‌زاهای درد در تشدید فاجعه‌آفرینی درد در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب تأکید کرده‌اند و بر تأیید این مدل صحه گذاشته‌اند. اما در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد که سهم مهارت‌های مقابله‌ای درد در فاجعه‌آفرینی ۰/۹۵- درصد می‌باشد. که بیانگر تأثیرات این متغیرها در کاهش فاجعه‌آفرینی درد در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب می‌باشد. به طور کلی مروری بر ادبیات پژوهشی مهارت‌های مقابله‌ای درد، نشان می‌دهد که این متغیرها زمینه کاهش آسیب‌پذیری نسبت به فاجعه‌آفرینی درد و تشدید درد را فراهم می‌کنند. و به عنوان یک عامل محافظتی در مقابل فاجعه‌آفرینی درد عمل می‌کنند.

هرچند مهم‌ترین تأثیر فاجعه‌آفرینی، در فراهم‌سازی ارزیابی مربوط به درد است، که در این بیماران حالت گوش بزنگی نسبت به احساسات دردناک و ترس از تجربه احساسات دردناک در آینده ایجاد می‌کند و باعث می‌شود که بیمار از حضور محرک‌های دردناک بیشتر آگاه شود و ترس بیش از حد ناشی از این گوش بزنگی منجر به آسیب‌زایی محرک‌های غیردردناک می‌شود[۵۰]. برخی از محققان حتی پیشنهاد کرده‌اند که ممکن است ترس مرتبط با درد، ناتوان کننده‌تر از خود درد باشد[۵۱]. اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مهارتهای مقابله‌ای درد می‌تواند این معادله را به هم بزند و با کاهش افکار فاجعه‌آفرین و ترس از درد، زمینه کاهش شدت و ناتوانی درد را فراهم سازد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش‌های متعدد در حوزه روان‌شناسی دردهای عضلانی – اسکلتی بیشتر بر نقش عوامل آسیب زاهای درد در فاجعه‌آفرینی دردها در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب تأکید داشته‌اند و کمتر نقش عوامل روان شناختی مثبت را در این زمینه بررسی کرده‌اند. هرچند که آسیب‌زاهای درد از قبیل روان رنجوری، عواطف منفی و اجتناب تجربی می‌تواند زمینه تشدید افکار فاجعه‌آفرین درد را در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب فراهم سازند و بیماران مبتلا به دردهای عضلانی ـ اسکلتی را مستعد آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به درد نمایند. اما از طرف دیگر فاکتورهای روان شناختی مثبت که تحت عنوان مهارتهای مقابله‌ای درد از آنها یاد می‌شود به عنوان یک سپر دفاعی مستحکم در مقابل افکار فاجعه‌آفرین عمل کرده و از این طریق نقش حفاظتی و حمایتی در مقابل ابتلا و تشدید دردهای مزمن ایفا می‌کنند. نتایج این پژوهش نشان داد که مهارتهای مقابله‌ای درد می‌تواند در کاهش شدت و ناتوانی دردهای مزمن عضلانی ـ اسکلتی در چارچوب مدل ترس ـ اجتناب نقش بسزایی داشته باشند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

اندازه‌گیری‌های متغیرهای پژوهش به صورت خودگزارشی بود که با محدودیت‌هایی همراه است. بنابراین تحقیقات آینده باید ضمن بکارگیری نمونه‌های بزرگتر، تا حد امکان از سایر روش‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش همانند ضبط صوت ویدیویی نیز استفاده نمایید. در نهایت از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به غیرتصادفی بودن آزمودنی‌ها، محدود بودن جامعه آماری به شهر اصفهان، عدم همگنی آزمودنی‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط روبرو می‌کند. بنابراین لازم است تحقیقات بیشتری در حمایت از یافته‌های تحقیق حاضر انجام شود.

تشکر و قدر دانی

به رسم اخلاق و امانت‌داری علمی، از تمامی کارکنان و پزشکان بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و کلینیک‌های شهر اصفهان و بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش سپاسگزاری می‌نمایم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

References

1. Wilson PR. Multidisciplinary Management of Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians. Pain Med. 2016 Feb 11. pii: pnv089. [Epub ahead of print].
2. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on.Taxonomy. Taxonomy. Pain 1979; 6(3): 24.
3. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Lwaki R, Kawta H, Sawamoto R,et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the hisayama study. BMC. Psychitry. BMC Psychiatry. 2015 Jul 31;15:181.
4. Pulvers K, Hood, A. The role of positive traits and pain catastrophizing in pain perception. Curr Pain Headache Rep, 2013, May;17(5):330.
5. Schultz I Z, Stowell A W, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil.2007 February; 17(2): 327–52.
6. Smith DR, Leggat PA, Speare R. Musculoskeletal disorders and psychosocial risk factors among veterinarians in Queensland, Australia. Aust Vet J. Aust Vet J. 2009 Jul;87(7):260-5
7. Ramírez-Maestre C, Esteve R. Disposition and adjustment to chronic pain. Cure Pain Headache Rep.2013Mar;17(3):312. doi: 10.1007/s11916-012-0312-9.
8. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. Eur J Pain. 2008 Dec; 12(6):749–56.
9. Simons L, Kaczynski k. The fear avoidance model of chronic pain: Examination for pediatric application. J of pain. 2012 Sep;13(9):827-35.
10. Baranoff J, Hanrahan SJ, Kapur D, Connor JP. Acceptance as a process variable in relation to in catastrophizing multidisciplinary pain treatment. Eur J Pain 2013Jan;17(1):101-10.
11. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear avoidance and its consequences in chronic pain musculoskeletal pain: A state of the art. Pain. 2000 Apr; 85(3):317-32.
12. Somers TJ, Wren AA, Shelby RA. The Context of Pain in Arthritis: Self-efficacy for Managing Pain and Other Symptoms. Curr Pain Headache Rep. 2012Dec; 16(6):502-8.
13. McKnight PE, Afram A, Kashdan TB, Kasle S, Zautra A. Coping self-efficacy as a mediator between catastrophizing and physical functioning: treatment target selection in an osteoarthritis sample. J Behav Med.2010 Jun; 33(3):239-49.
14. Pecukonis EV. Physical Self-efficacy and Alexithymia in Women with Chronic Intractable Back Pain. Pain Manag Nurs. 2009 Sep; 10(3):116-23.
15. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. Eur J Pain. 2007 Feb; 11(2): 153-63.
16. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. Clin Psychol Rev. 2010 Nov;30(7):879-89.
17. Carver CS, Scheier MF. Dispositional optimism. Trends Cogn Sci. 2014 Jun;18(6):293-9.
18. Goodin SB, McGuire BL. Dispositional optimism buffers the negative influence of catastrophizing on pain response. J Pain. 2009 Apri;10(4):374-84.
19. Hood A, Pulvers K, Carrillo J, Merchant G, Thomas M. Positive traits linked to less pain through lower pain catastrophizing. Pers Individ Dif. 2012 Feb; 52(3): 401-405.
20. Hanssen MM, Vancleef LM, Vlaeyen JW, Peters ML. More optimism, less pain! The influence of generalized and pain-specific expectations on experienced cold-pressor pain. J Behav Med. 2014 Feb; 37(1):47-58.
21. Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cosper CJ, Mullins PG. The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. J Pain. 2009 May;10(5):493-5

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

22. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. Psychol Aging. 2010 Sep; 25(3):516-23.
23. Newton-John TR, Mason C, Hunter M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. Rehabil Psychol. 2014 Aug; 59(3):360-5.
24. Wertli MM, Eugster R, Held U, Steurer J, Kofmehl R, Weiser S. Catastrophizing- a prognostic factor for outcome in patients with low back pain- a systematic review. Spine J. 2014 Nov 1; 14(11): 2639-57.
25. Hooman, HA. [Structural equation modeling with LISREL application (Persian)]. Tehran: SAMT Publication, 2009.
26. Von Korff, M, DworkinSF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. Pain. 1990 Mar; 40(3):279-91.
27. Fielding R, Wong WS. The co-morbidity of chronic pain, insomnia, and fatigue in the general adult population of Hong Kong: Prevalence and associated factors. J Psychosom Res. 2012 Jul;73(1):28-34.
28. Wong WS, Kwok HY, Luk KD, Chow YF, Mak KH, Tam BK, et al. Fear of movement /(re)injury in Chinese chroni pain patients: factorial validity of the Chinese version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. J Rehabil Med. 2010 Jul; 42(7):620-9.
29. Rahmati N, Asghari A, Shairi MR, Paknejad M, Rahmati Z, Ghassami M, et al. [Psychometric properties of the Tampa Scale for Kinesioph obia amongst Iranian patients with chronic persistent pain(Persian)]. J Payesh 2014; 13(2):197-210.
30. Davoudi A, Zargar Y, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. [The Relationship between Pain Catastrophizing, Social Support, pain-related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic patients(Persian)]. Heal Psycho 2012;1(1):1-15.
31. Asghari A, Golak N. [The role of pain coping strategies in adjustment to chronic pain(Persian)]. J Danesh va Raftar 2006; 12(10):1-23.
32. Jolaeha S. [The Investigation of self efficacy angerperception on chronic pain adjustment (Persian)]. Tehran: Shahed University; 2006.
33. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychol. 1985; 4(3):219-47.
34. Kajbaf MB, Oeeyz H R, Khod bakhshi, M. [Standardization, Reliability, and Validity of Optimism Scale in Esfah n and a Survey of Relationship between Optimism, Self- mastery, and Depression (Persian)]. Psychol Stud.2006,2(1):51-68.
35. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82.
36. Jowkar B. [The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. (Persian)]. Contem Psycho.2008,2(2):1-12.
37. Hanssen MM, Peters ML, Vlaeyen JW, Meevissen YM, Vancleef LM. Optimism lowers pain: evidence of the causal status and underlying mechanisms. Pain. 2013 Jan;154(1):53-8.
38. Mineva M, Petrova B, Petkova M, Nikolov V. Correlation between optimism and experimentally induce. J Scie. 2014, 12(1): 394-4014.
39. Lyrakos GN, Kostopanagiotou G. Relationship between Dispositional Optimism and Musculoskeletal Pain: An Analysis of the Role of Optimism in Health Related Quality of Life among Health Care Professionals with Musculoskeletal Pain. Nova scie. 2011,1-40.
40. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
41. Dworkin RH, Breitbat WS. Psychological aspects of pain Seattle. WA: LASP Press; 2004.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

42. Cannella DT, Lobel M, Glass P, Lokshina I, Graham JE. Factors associated with depressed mood in chronic pain patients: the role of interpersonal coping resources. J Pain. 2007 Mar;8(3):256-62.
43. Bargiel - Matusiewicz K, Krzyszkowska A. Dispositional optimism and coping with pain. Eur J Med Res. 2009 Dec 7;14 Suppl 4:271-4.
44. Goodin BR, Glover TL, Sotolongo A, King CD, Sibille KT, Herbert MS, et al. The association of greater dispositional optimism with less endogenous pain facilitation is indirectly transmitted through lower levels of pain catastrophizing. J Pain. 2013 Feb;14(2):126-35.
45. Boselie JJ, Vancleef LM, Smeets T, Peters ML. Increasing optimism abolishes pain-induced impairments in executive task performance. Pain. 2014 Feb;155(2):334-40.
46. Geers AL, Wellman JA, Fowler SL, Helfer SG, France CR. Dispositional optimism predicts placebo analgesia. J Pain. 2010 Nov;11(11):1165-71.
47. Ryff CD: Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989, 57:1069–81.
48. Davis MC, Zautra AJ, Smith BW. Chronic pain, stress, and the dynamics of affective differentiation. J Pers. 2004 Dec;72(6):1133-59.
49. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. Span J Psychol. 2012 Mar;15(1):286-94.
50. Rollman GB. Perspectives on hypervigilance. Pain. 2009 Feb;141(3):183-4.
51. Cook AJ, Brawer PA, Vowles KE. The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling. Pain. 2006 Apr; 121(3):195-206. Epub 2006 Feb 21.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2017, Vol 7, NO 4

Development of Structural model for prediction of chronic musculoskeletal pain by pain disposition, Catastrophizing, fear, pain intensity and inability

Alireza shirazitehrani[1], Fazlolah Mirdrikvand[2], Mohammad Ali Sepahvandi[3]

1. *Phd student of Psychology,Lorestan university, Khoramabad*
2. *Assistant professor of Psychology, Lorestan university,Khoramabad*
3. *Assistant professor of psychology*

ABSTRACT

Aims and Background: This study aimed to evaluate the structural model of the relationship between pain disposition, catastrophizing, fear of pain and pain adjustment in patients with Chronic musculoskeletal pain.

Materials and Methods: 314 Patients with chronic musculoskeletal pain wete selected using convenience sampling method among clients of pain clinics in Isfahan, based on pain specialist diagnosis. They participated in the research by filling out six questionnaires: Chronic Pain Self-Efficacy Questionnaire(CPSEQ), Life-0rientation Questionnaire(LOQ), Conner-Davidson Resilience Scale(CDRS), Pain Catastrophizing Scale (PCS), Tampa Scale Kinesiophobia (TSK) and VanKroff Graded Chronic Pain Scale (CPG). Data was analyzed using structural equation modeling method.

Findings: Pain disposition had a significant reverse effect on catastrophizing; besides catastrophizing had significant direct effects on fear of pain and the latter had the same effect on pain adjustment (P<0/001). Also the mediatory role of catastrophizing in relationship between disposition and fear of pain and the mediatory role of fear of pain in the relationship between catastrophizing and pain adjustment were supported.

Conclusion: The results of this research show that pain disposition plays a role of Protection against catastrophizing, fear of pain, pain intensity and inability.

Keywords: pain disposition, catastrophizing, fear of pain, pain adjustment, chronic musculoskeletal pain

Please cite this paper as:
Shirazitehrani A, Mirderikvand F, Sepahvandi MA. [Development of Structural model for prediction of chronic musculoskeletal pain by pain disposition, Catastrophizing, fear, pain intensity and inability (Persian)]. J Anesth Pain 2017; 7(4):92-106.

Corresponding Author: Fazlolah mirdrikvand, Assistant Professor, Department of psychology, khoramabad, Iran.
Email: mfmirdrikvand@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]