

ارزیابی تفاوت‌های جنسی از نظر سطوح فاجعه‌پنداری درد در والدین کودکان مبتلابه سردرد

غزاله اکبرزاده^۱، حجت دانیالی^{۲*}، مجتبی حبیبی^۳، محسن جوادزاده^۴، سیران رنجبر^۵، امیر آزره^۶

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انسیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. دانشیار گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۶. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۰۶

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از عواملی که در روابط بین فردی و بستر روانی - اجتماعی کودک و والدین در حوزه درد مزمن، دارای اهمیت است، الگوی تفکر فاجعه‌پندار است. هدف این پژوهش بررسی تفاوت‌های وابسته به جنس در میزان فاجعه‌پنداری مادران و پدران با کنترل اثر شدت سردرد کودکان بود.

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی، از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی والدین کودکان مبتلابه سردرد شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. در این مطالعه ۲۱۰ مادر و پدر (۱۱۷ مادر و ۹۳ پدر) دارای فرزند مبتلابه سردرد مزمن، نسخه والدین پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد (گوپرت و همکاران، ۲۰۰۶) را تکمیل کردند و به وسیله مقیاس درجه‌بندی عددی، شدت سردرد کودک خود در سه‌ماهه قبل از پژوهش را گزارش کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های تی مستقل، تحلیل واریانس چندمتغیره و یک‌متغیره و همچنین تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن بود که مادران نسبت به پدران فاجعه‌پندارتر بودند ($p=0/018$). تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت معناداری را از لحاظ جنسیت والدین در خرده‌مقیاس‌های نشخوار و بزرگ‌نمایی / درماندگی نشان نداد؛ اما تحلیل واریانس یک‌متغیره نشان داد که مادران و پدران در خرده‌مقیاس بزرگ‌پنداری / درماندگی تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند ($p=0/021$). با کنترل اثر شدت سردرد، همچنان تفاوت معناداری در متغیر فاجعه‌پنداری بین مادران و پدران مشاهده شد ($p=0/037$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت مادران در فاجعه‌پنداری نسبت به پدران می‌تواند دارای علی به غیر از شدت درد کودک باشد.

کلیدواژه‌ها: فاجعه‌پنداری درد، والدین، تفاوت‌های جنسی، شدت درد

*نویسنده مسئول: حجت دانیالی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

ایمیل: Hojat.danialy@gmail.com تلفن: ۵۱۲۱۵۰۸۰ - ۰۲۱

مقدمه

درد مزمن^۱ مجموعه‌ای از علائم زیستی، روانی، و اجتماعی^۲ است که بر سلامت جسمی، روان‌شناختی، کیفیت زندگی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی فرد مبتلا و نیز خانواده او و جامعه تأثیرات منفی گسترده‌ای به جا می‌گذارد (۱). باید گفت که در نتیجه توجه بی‌سابقه‌ای که در طی دو دهه گذشته نسبت به مسائل اختصاصی درد نوزادان، کودکان و نوجوانان معطوف شده است، دانش در زمینه ادراک درد کودکان و همچنین توانایی برای از بین بردن رنج ناشی از درد در کودکان به پیشرفت‌های شگرفی انجامیده است. تفاوت در عوامل موقعیتی (مانند الگوهای ارتباطی مستمر) ممکن است علت برانگیخته شدن دردهایی با شدت‌های متفاوت باشد که در نتیجه آسیب‌های بافتی یکسانی به وجود آمده است (۲). مدتی است که نقش عوامل روانی-اجتماعی^۳ در درد مزمن کودکان مورد توجه پژوهشگران و متخصصین این حوزه قرار گرفته است (۳). با وجود دانش اندکی که در این حوزه به دست آمده، اخیراً مشخص شده است که عوامل روانی-اجتماعی در بروز، تداوم، و مزمن شدن درد نقش با اهمیتی ایفا می‌کنند و همین‌طور در دیگر ابعاد درد (مانند پریشانی‌های هیجانی) تأثیر قابل توجهی دارند (۴). درد مزمن کودک پدیده‌ای است که به خانواده تحمیل می‌شود و نوع پاسخ اطرافیان و به خصوص والدین (اطرافیان مهم) به درد کودک می‌تواند اثرات قابل توجهی در ادراک درد نزد کودک و والدین، و همین‌طور درمان و مهار آن داشته باشد (۵).

یکی از عواملی که در روابط بین فردی و بستر روانی-اجتماعی کودک و والدین در حوزه درد مزمن مهم قلمداد می‌شود، الگوی تفکر فاجعه‌پندار^۴ است. این الگوی تفکر که به عنوان تفکری منفی نسبت به توانایی فرد در مواجهه با درد در نظر گرفته می‌شود، بیشتر از ۲۰ سال قبل توسط سالیوان (۶) وارد حوزه درد شده و اخیراً و به خصوص در

مورد درد مزمن در کودکان مورد استفاده قرار گرفته است (۲) و (۴). مدتی است که نقش و اثرات این الگوی تفکر در مورد درد مزمن در بستر روابط بین فردی مورد مطالعه قرار گرفته است؛ برای مثال والدین فاجعه‌پندار در پاسخ به درد کودک خود از الگوهای رفتاری متفاوتی استفاده می‌کنند که می‌تواند اثرات قابل توجهی بر درد کودک و حتی روند درمان و مدیریت آن داشته باشد. برای مثال، نشان داده شده است که والدینی که در مورد درد کودک خود از الگوی تفکر فاجعه‌پندار استفاده می‌کنند، در زمانی که کودک در حال درد کشیدن است، از داروهای بیشتری جهت تسکین درد استفاده می‌کنند (۷). پژوهش‌ها حاکی از این بوده‌اند که فاجعه‌پنداری درد با ناتوانی و ادراک شدت درد بیشتر ارتباط مستقیم دارد (۸ و ۹). فاجعه‌پنداری والدین نه فقط بر پریشانی‌های هیجانی والدین تأثیر دارد (۳ و ۱۰)، بلکه می‌تواند منجر به پاسخ‌های نامتناسب والدین شده (۱۱) که در نهایت منجر به وخامت تجربه کودک از درد خواهد شد (۳). البته باید گفت که بیشتر مطالعات در ادبیات پژوهش این حوزه معطوف به سطوح فاجعه‌پنداری مادران بوده (۳) و به این صورت تعمیم‌پذیری نتایج را دچار محدودیت کرده است (۱۲). حال سؤال این است که آیا پدران نیز به اندازه مادران از الگوی تفکر فاجعه‌پندار استفاده می‌کنند؟ منطبق با مطالب گفته‌شده، در مورد میزان و تفاوت در فاجعه‌پنداری پدرها اطلاعات چندانی در دست نیست (۱۲). گوپرت، ووررت، سالیوان، و رهوون و کرامبز، (۱۳) در یک نمونه از کودکان مدرسه‌ای نشان دادند که مادران نسبت به پدران فاجعه‌پندارتر هستند. این تفاوت را می‌توان منطبق با یافته‌های قبلی در زمینه فاجعه‌پنداری درد دانست (۱۴ و ۱۵). پژوهش‌های متعددی (در نمونه‌های بالینی و غیربالینی) در نقاط مختلف دنیا نشان داده‌اند که در زمینه درد، زنان نسبت به مردان فاجعه‌پندارتر هستند (۱۴ و ۱۶) و اینکه عامل فاجعه‌پنداری می‌تواند نقشی محوری در تبیین

3. Psycho-social
4. Catastrophic thinking

1. Chronic pain
2. Bio-psycho-social

حداقل ۳ ماه و دریافت این تشخیص توسط متخصص مغز و اعصاب کودکان؛ ۵. موافقت برای شرکت در پژوهش ۶. داشتن حداقل ۷ کلاس سواد برای والد و یا والدین؛ و ۷. حضور در یکی از مراکز مورد پژوهش.

(ب) ابزار

۱. مقیاس فاجعه‌پنداری درد-نسخه والدین^۵: این ابزار نسخه انطباق‌یافته مقیاس فاجعه‌پنداری درد و مقیاس فاجعه‌پنداری کودک است (۳). اعتبار این ابزار در بسیاری از مطالعات تأیید شده است (۳ و ۱۲). این مقیاس شامل ۱۳ گویه بوده و افکار و احساسات مختلفی را مورد سنجش قرار می‌دهد که والدین در زمانی که کودکشان درد می‌کشد، ممکن است تجربه نمایند. والدین شدت هر کدام از تفکرات یا احساسات را، در زمانی که کودکشان درد دارد، با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰=به‌هیچ‌وجه، ۴=همیشه) علامت می‌گذارند. این پرسشنامه یک نمره کلی به دست می‌دهد که از ۰ تا ۵۲ متغیر است و دارای سه خرده‌مقیاس برای مؤلفه‌های فاجعه‌پنداری درد که عبارت‌اند از نشخوار فکری^۲، بزرگ‌نمایی^۴، و درماندگی^۵ است. روایی و اعتبار مطلوب بوده و ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کلی ۰/۸۸ و به ترتیب برای مؤلفه‌های نشخوار فکری، بزرگ‌نمایی، و درماندگی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۷۸، و ۰/۸۹ گزارش شده است. در مطالعه‌ای دیگر ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای نمره کلی این پرسشنامه ۰/۸۹ و برای دو عامل بزرگ‌نمایی / درماندگی و نشخوار هر کدام به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۷ گزارش شد (۲۰).

در این پژوهش نیز روایی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی به روش چرخش مؤلفه‌های اصلی با چرخش اوبلیمین^۶ بیانگر وجود دو عامل بود. ضریب کیزر-میر-اولکین^۷ و کرویت بارتلت به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۱۲۵۹/۱۵۱ و آزمون بارتلت در

تفاوت‌های وابسته به جنسیت^۱ در دردهای بالینی داشته باشد (۱۷). در مطالعه‌ای، هچلر و همکاران (۱۲) نشان دادند که مادران و پدران از نظر فاجعه‌پنداری درد در مورد کودک تفاوت‌های معناداری دارند. با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، سؤال کنونی این است که آیا این تفاوت می‌تواند با ادراک شدت درد کودک نزد والدین مرتبط باشد؟ می‌توان این سؤال را بدین صورت مطرح کرد که در گام اول، آیا مادران و پدران ایرانی از لحاظ شدت و سطوح فاجعه‌پنداری درد در مورد کودک خود متفاوت هستند؟ و در گام دوم آیا شدت سردرد کودکان می‌تواند در بروز این تفاوت نقشی داشته باشد؟ با توجه به این مطالب، و از آنجایی که سردرد یکی از رایج‌ترین شکایت‌ها در مراکز درمانی عصب‌شناختی است (۱۸)، هدف مطالعه حاضر بررسی تفاوت‌های احتمالی مادران و پدران ایرانی در مورد فاجعه‌پنداری درد کودکان مبتلا به سردردهای مزمن و یا عودکننده با کنترل اثر شدت سردرد کودکان است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی والدین کودکان مبتلا به سردرد بود که به مراکز درمانی و بیمارستان‌های تخصصی مغز و اعصاب کودکان (مرکز طبی کودکان و بیمارستان تخصصی کودکان مفید) واقع در شهر تهران از اردیبهشت ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۵ مراجعه کردند. نمونه شامل ۲۸۶ والد ۱۷۳ کودک مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی مغز و اعصاب کودکان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌گیری توسط روان‌شناسانی که در گروه نویسندگان قرار دارند انجام شد. ملاک‌های شمول در این پژوهش عبارت بود از: ۱. قرار داشتن کودک در سن بالای ۷ سال؛ ۲. عدم ابتلا به یک بیماری زیربنایی اساسی و مزمن دیگر؛ ۳. اولیه بودن نوع سردرد؛ ۴. ابتلا به سردرد برای

5. Helplessness
6. Direct Oblimin Rotation
7. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.

1. Sex-related differences
2. Pain Catastrophizing Scale-Parents
3. Rumination
4. magnification

ج) روش اجرا: مراجعین در ابتدا به پزشک متخصص مغز و اعصاب مراجعه می‌کردند، و در صورت دریافت تشخیص سردرد (میگرن یا سردرد نوع تنشی) به روان‌شناس مستقر در مرکز ارجاع داده می‌شدند. روان‌شناس با ارائه توضیحی در مورد طرح پژوهشی از مراجعین درخواست می‌کرد که در صورت تمایل در این پژوهش شرکت کنند. پژوهشگر پس از بررسی دقیق و تأیید برآورده کردن ملاک‌های شمول از شرکت‌کنندگان می‌خواست که تعدادی پرسشنامه را با دقت تکمیل کنند. از این تعداد شرکت‌کننده، ۲۱ کودک (معادل ۳۵ والد) به علت داشتن سابقه سردرد کمتر از سه ماه، ۷ کودک (معادل ۱۴ والد) به علت داشتن یک بیماری هم‌زمان دیگر (مانند سرطان)، ۸ کودک به علت سن کمتر از ۷ سال (معادل ۱۵ والد) و ۱۰ والد به علت نداشتن سواد کافی از مطالعه حذف شدند. با حذف پرسشنامه‌ها و داده‌های شرکت‌کنندگانی که ملاک‌های شمول را برآورده نمی‌کردند، و بعد از سپری شدن حدود ۸ ماه، تعداد نمونه معادل ۲۱۰ والد (۱۱۷ مادر و ۹۳ پدر) دارای کودکان مبتلابه سردرد شد که مطابق ادبیات پژوهش و نظر متخصصان آماری برای انجام رگرسیون چندمتغیری (سه متغیر در این پژوهش و برای هر متغیر حداقل ۳۰ آزمودنی) کفایت می‌کرد (۱۹).

این پژوهش مورد تأیید کمیته اخلاقی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی و همین‌طور کمیته اخلاقی مرکز پژوهش‌های عصب‌شناختی بیمارستان فوق تخصصی کودکان مفید رسیده است و مجوزهای لازم گرفته شد. به‌طوری‌که به بیماران گفته شد که موافقت یا عدم موافقت آنها با شرکت در پژوهش یا انصراف از همکاری پس از اعلام موافقت، تأثیری بر روند درمان آنها نخواهد داشت. از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و به آنها گفته شد که اطلاعات خصوصی آنها به‌هیچ‌عنوان افشا نخواهد شد و نتایج این پژوهش به‌صورت جمعی و در قالب اعداد مورد گزارش قرار خواهد گرفت.

سطح ۰/۰۰۱/ معنادار بود. همچنین ضرایب همسانی درونی مقیاس فاجعه‌پنداری درد-نسخه والدین در این پژوهش برای نمره کلی، خرده‌مقیاس بزرگ‌نمایی/ درماندگی و نشخوار به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۴، و ۰/۷۶ بود.

۲. مقیاس درجه‌بندی عددی درد^۱: مقیاس درجه‌بندی عددی درد خط صافی است که در یک انتهای آن عدد صفر و در انتهای دیگر آن عدد ۱۰ (یا ۱۰۰) نوشته شده است. در این مقیاس در زیر عدد صفر عبارت "عدم درد" و در زیر عدد ۱۰ (یا ۱۰۰) عبارت "شدیدترین درد ممکن" نوشته شده است و خط مذکور با استفاده از این اعداد به ۱۱ بخش (۰ تا ۱۰) یا ۱۰۱ بخش (۰ تا ۱۰۰) تقسیم شده است. به هنگام اجرا، از آزمودنی خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین ۰ تا ۱۰ (یا ۰ تا ۱۰۰) شدت درد خود را مشخص کند. ثبات، اعتبار و حساسیت این ابزار نسبت به تأثیرات درمانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مقیاس درجه‌بندی عددی درد بیش از سایر مقیاس‌ها در ارزیابی شدت درد بکار برده می‌شود (۲۲). مقیاس درجه‌بندی عددی درد معمولاً طی ۱۰ ثانیه تکمیل می‌گردد. لازم به ذکر است که محدودیت‌های این مقیاس عمدتاً از ناتوانی برخی از بیماران مانند افراد مسن و اعضاء برخی از گروه‌های اجتماعی برای مفهوم‌سازی درد در قالب اعداد، ناشی می‌گردد (۲۱ و ۲۳). در این پژوهش، با استفاده از مقیاس درجه‌بندی عددی درد از والدین خواسته شد با در نظر گرفتن شدت سردرد کودک خود در سه‌ماه گذشته، میانگین آن را بر روی این مقیاس ۱۱ بخش (۰ تا ۱۰) مشخص نمایند. در این پژوهش از این نمره به‌عنوان میانگین شدت سردرد کودک در سه‌ماه قبل از پژوهش استفاده شد.

۳. پرسشنامه جمعیت‌شناختی پژوهشگر ساخته: همچنین در این پژوهش بیماران با تکمیل برخی از سؤالات یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته اطلاعاتی را درباره خصوصیات جمعیت‌شناختی خود فراهم آوردند.

1. Numeric Pain Rating Scale

نتایج

هدف این پژوهش ارزیابی تفاوت‌های جنسی از نظر سطوح فاجعه‌پنداری درد در بین والدین کودکان مبتلابه سردرد بود. قبل از بررسی نتایج، برخی ویژگی‌های توصیفی آزمودنی‌ها و متغیرهای این مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش از آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس چندمتغیره و یک‌متغیره و تحلیل کوواریانس (در نظر گرفتن متغیر "شدت سردرد در سه‌ماهه گذشته" به‌عنوان متغیر همپراش و کنترل اثر آن بر روی متغیر فاجعه‌پنداری والدین) استفاده شد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مرتبط با نمونه والدین و کودکان

متغیر	آماره
فراوانی دختران (درصد)	۷۲ (۵۴/۵)
فراوانی پسران (درصد)	۶۰ (۴۵/۵)
فراوانی مادران (درصد)	۱۱۷ (۵۵/۷۱)
فراوانی پدران (درصد)	۹۳ (۴۴/۲۸)
میانگین سن مادران (انحراف معیار)	۳۳/۲۶ (۴/۸۱)
میانگین سن پدران (انحراف معیار)	۳۸/۲۱ (۵/۲۸)
میانگین سن کودکان (انحراف معیار)	۹/۸۳ (۲/۷۷)
میانگین شدت سردرد در طول سه‌ماهه گذشته (انحراف معیار)	۴/۹۹ (۲/۶۳)

برای بررسی برقرار بودن مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس چندراهه از آزمون باکس، آزمون لوین، و بررسی هم‌خطی چندگانه استفاده شد. نتایج آزمون باکس حاکی از آن بود فرض همگنی ماتریس واریانس‌ها برقرار است ($F = ۰/۶۳۷$ و $P = ۰/۶۳۷$). آزمون لون نیز نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها در مورد خرده‌مقیاس‌های سازه فاجعه‌پنداری برقرار بود ($F = ۰/۷۶$ و $P = ۰/۳۸$) در مورد خرده‌مقیاس بزرگ‌پنداری/ درماندگی؛ و در مورد خرده‌مقیاس فاجعه‌پنداری ($F = ۰/۰۳$ و $P = ۰/۸۶$). برای بررسی هم‌خطی چندگانه بین خرده‌مقیاس‌ها، مقدار همبستگی آنها واریسی شد و از آنجایی که این مقدار ($r = ۰/۵۹$) کمتر از $۰/۹۰$ بود (۲۵)، مشخص شد که میان متغیرها پدیده هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

۵۵ درصد والدین را مادران و ۵۴ درصد کودکان را دختران تشکیل می‌دادند. با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت‌های احتمالی بین مادران و پدران از لحاظ متغیرهای "گزارش شدت درد در سه‌ماهه گذشته" و "فاجعه‌پنداری کلی"، و با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت‌های وابسته به جنس بین خرده‌مقیاس‌های نشخوار و بزرگ‌نمایی/ درماندگی مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات موردنیاز در این خصوص در جدول ۲ و ۳ گزارش شده است. نتایج آزمون تی نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها تنها در مورد متغیر "شدت درد در سه‌ماهه گذشته" رعایت نشده بود و به همین دلیل در رابطه با این متغیر نتایج مرتبط با فرض عدم همگنی واریانس‌ها گزارش شد.

جدول ۲: بررسی و مقایسه تفاوت در میانگین‌های دو گروه مادران و پدران

شاخص متغیر	مادران میانگین (انحراف معیار)	پدران میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری t	سطح معناداری P
شدت درد سه‌ماهه گذشته	۵/۲۹ (۲/۷۷)	۴/۵۹ (۲/۳۹)	۱/۹۷	۰/۰۵۰
نمره کلی فاجعه‌پنداری	۳۰/۰۱ (۹/۴۸)	۲۶/۹۳ (۹/۱۹)	۲/۳۸	۰/۰۱۸

پدران در متغیرهای "شدت درد در سه ماهه گذشته" ($1/97 = t$ و $P=0/05$)، نمره کلی "فاجعه‌پنداری" ($t = 2/38$) و $P=0/018$) تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود داشت.

با توجه به جدول ۲. متغیرهای شدت درد در سه ماهه گذشته و نمره کلی فاجعه‌پنداری در دو گروه مادران و پدران دارای تفاوت معناداری از نظر آماری هستند. بین مادران و

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت احتمالی بین مادران و پدران در خرده‌مقیاس‌های فاجعه‌پنداری

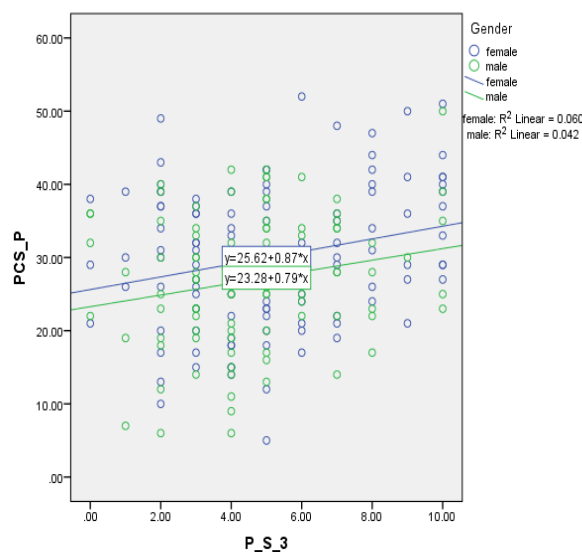
تحلیل واریانس یک متغیره				تحلیل واریانس چندمتغیره				متغیر
ضریب اتا	سطح معناداری	F	درجه آزادی	مقدار هاتلینگ ^۱	F	درجه آزادی	سطح معناداری	
			۱					منبع تغییرات
			۱					بین گروهی
۰/۰۱۴	۰/۰۸۹	۲/۹۲	۲۰۸	۰/۰۶۵	۲/۷۶	۲ و ۲۰۷	۰/۰۲۷	درون گروهی
			۲۰۹					کل
			۱					بین گروهی
۰/۰۲۵	۰/۰۲۱*	۵/۳۷	۲۰۸					درون گروهی
			۲۰۹					کل

دامنه مورد قبول (+۲ و -۲) قرار نداشتند. در نتیجه فرض طبیعی بودن توزیع در مورد متغیرهای مورد محاسبه تأیید شد (۲۴). برای بررسی همگنی واریانس‌ها از روش آزمون لون استفاده شد، عدم معناداری این تحلیل حاکی از همگنی واریانس‌ها در این پژوهش بود ($F=0/079$ ، $df=208$ ، $P=0/077$). برای بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون با استفاده از تحلیل تک‌متغیری مدل خطی عمومی تعامل بین متغیر مستقل (جنسیت) و متغیر کمکی (شدت درد در سه ماهه گذشته) مورد بررسی قرار گرفت. اگر این تعامل معنادار باشد می‌توان گفت که فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی برآورده نشده است (۲۵). نتایج این تحلیل نشان داد که این تعامل معنادار نیست ($F=0/20$ و $P=0/889$)؛ بنابراین می‌توان گفت که فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها در این پژوهش رعایت شده است. جهت بررسی مفروضه رابطه خطی بین متغیر وابسته با متغیر کمکی نیز از نمودار پراکنش (نمودار ۱) استفاده شد. بررسی این نمودار نشان داد که بین این دو متغیر رابطه خطی برقرار است.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که از لحاظ جنسیت، تفاوت معناداری در استفاده از الگوی فکری نشخوار یا بزرگ‌نمایی/درماندگی در والدین وجود نداشت ($F=0/065$ و $P=0/065$). تحلیل واریانس یک‌متغیره نشان داد که تفاوت معناداری در استفاده والدین از الگوی تفکر بزرگ‌نمایی/درماندگی از لحاظ جنسیت آنها وجود داشت ($F=5/37$ و $P=0/021$). با اعمال تصحیح بن‌فرونی برای دو متغیر (معادل ۰/۰۲۵) این تفاوت همچنان معنادار بود.

هدف از انجام تحلیل کوواریانس در این پژوهش کنترل اثر متغیر شدت سردرد بر میزان فاجعه‌پنداری مادران و پدران بود. قبل از انجام تحلیل کوواریانس لازم بود که مفروضه‌های لازم برای انجام این تحلیل مورد بررسی قرار گیرد. این مفروضه‌ها عبارت‌اند از طبیعی بودن توزیع نمرات؛ همگنی واریانس‌ها؛ همگنی شیب‌های ضرایب رگرسیونی؛ و وجود رابطه خطی بین متغیر وابسته و متغیر کمکی؛ جهت بررسی فرض طبیعی بودن توزیع نمرات در مورد متغیرهای فاجعه‌پنداری و شدت درد، کجی و کشیدگی متغیرهای بررسی شد، نتایج نشان داد که هیچ‌کدام از متغیرها خارج از

1. Hotelling's trace



نمودار ۱: بررسی رابطه خطی بین متغیر وابسته فاجعه‌پنداری و متغیر کمکی شدت درد در سه‌ماهه گذشته

PCS_P: متغیر وابسته، فاجعه‌پنداری والدین

P_S_3: متغیر کمکی، شدت درد در سه‌ماهه قبل از پژوهش

پس از بررسی مقرر بودن مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس، از این آزمون جهت کنترل اثر شدت سردرد بر فاجعه‌پنداری والدین استفاده شد.

بررسی نمودار نشان داد که رابطه خطی بین متغیر فاجعه‌پنداری والدین و شدت سردرد در سه‌ماهه گذشته برقرار است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه سطوح فاجعه‌پنداری مادران و پدران بعد از کنترل اثر شدت درد

شاخص منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	ضریب اتا
شدت درد در سه‌ماهه گذشته	۹۵۰/۵۵۱	۱	۱۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۹
جنسیت	۳۶۹/۴۹۴	۱	۴/۴۲	۰/۰۳۷	۰/۰۲۰
خطا	۱۷۲۷۶/۵۱	۲۰۹			
کل	۱۹۱۴۸۱	۲۱۰			

نتایج جدول ۴ نشان داد که مادران صرف‌نظر از شدت سردرد کودک خود، نسبت به پدران فاجعه‌پندارتر بودند ($F=11/38$ و $P=0/001$). با کنترل اثر شدت سردرد کودکان در سه‌ماهه گذشته بر متغیر فاجعه‌پنداری، این تفاوت همچنان معنادار بود ($F=4/42$ و $P=0/037$). تفسیر ضریب اتا نشان‌دهنده اندازه اثر اندک متغیرهای "شدت درد در سه‌ماهه گذشته" و "جنسیت" بر میزان فاجعه‌پنداری والدین است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تفاوت‌های وابسته به جنس در میزان فاجعه‌پنداری مادران و پدران با کنترل اثر شدت سردرد کودکان بود. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که در مقایسه با مردان، در زنان سطوح بالاتری از تفکر فاجعه‌پندار وجود دارد

(۱۲ و ۶). در بعضی پژوهش‌ها عنوان شده است که این تفاوت می‌تواند مرتبط با سطوح افزایش‌یافته شدت درد و یا ادراک آن در زنان باشد (۲۶ و ۱۶). در این پژوهش نشان داده شد که در گام اول تفاوت جنسی در فاجعه‌پنداری در مورد درد کودک نیز مصداق دارد. این بدان معناست که مادران نسبت به پدران در مورد درد کودک خود به‌طور کلی از الگوی تفکر فاجعه‌پندار بیشتری استفاده می‌کردند. این یافته منطبق با ادبیات پژوهش در این حوزه است (۱۲). بررسی گزارش‌های مادران و پدران نسبت به شدت سردرد کودک خود در سه‌ماهه گذشته نشان داد که مادران به‌طور معناداری درد بیشتری را در کودکان خود گزارش می‌کردند؛ از آنجایی که در فرهنگ ایرانی این مادران هستند که زمان بیشتری را با فرزندان خود سپری می‌کنند، می‌توان انتظار داشت که نسبت به سردرد کودک خود برآورد دقیق‌تری ارائه دهند؛ البته تأیید نهایی این یافته را باید در مطالعات آتی پیگیری کرد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که جنسیت والدین نمی‌تواند تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای در استفاده آنها از خرده‌مقیاس‌های نشخوار و یا بزرگ‌نمایی / درماندگی ایجاد کند؛ همچنین در این پژوهش در مورد خرده‌مقیاس نشخوار تفاوتی در داده‌های مادران و پدران دیده نشد. می‌توان علت این یافته را با این مطلب مرتبط دانست که باوجود اینکه مادران و پدران در الگوی تفکر فاجعه‌پندار تفاوت‌هایی دارند، اما دارای نقاط مشابهی هم می‌توانند باشند (۱۲). مطابق یافته‌های سالیوان، ثورن، هایثورنوایت، کیف، مارتین و برادلی (۲۷)، این الگوی نشخوار فکری است که باعث می‌شود فرد دچار سوگیری توجه شده و نسبت به علائم درد توجه مضاعف به خرج دهد. در نتیجه می‌توان این‌طور استنباط کرد که در این پژوهش پدران و مادران به‌طور مشابهی نسبت به علائم سردرد کودک خود توجه می‌کردند.

نتایج نشان داد که مادران و پدران کودکان مبتلا به سردرد از نظر خرده‌مقیاس بزرگ‌نمایی / درماندگی دارای تفاوت معناداری بودند، به این صورت که مادران به‌طور قابل‌توجهی

بیش از پدران در مواجهه با سردرد کودک از الگوی تفکر درمانده و بزرگ‌نمایی استفاده می‌کردند. می‌توان علت احتمالی این مسئله را به عوامل اجتماعی و فرهنگی زنان در جوامع امروزی ربط داد (۲۸). از طرفی می‌توان این‌طور استنباط کرد که مادران در مواجهه با سردرد کودک احساس درماندگی بیشتری کرده و درد کودک را بیش‌ازحد و به‌طور افراطی در ذهن خود بزرگ جلوه داده بودند، به‌طوری که در مقابل آن احساس درماندگی کردند. در گام دوم و برای بررسی اینکه آیا می‌توان علل دیگری را به غیر از شدت درد کودک برای این تفاوت وابسته به جنس در الگوی تفکر فاجعه‌پندار مادران و پدران فرض کرد، با استفاده از تحلیل کوواریانس اثر شدت سردرد کودکان در سه‌ماهه اخیر کنترل شد و نتایج حاکی از آن بود که باوجود تأثیر قابل‌توجه شدت درد کودک بر فاجعه‌پنداری والدین، با حذف اثر شدت درد همچنان تفاوت مادران و پدران از لحاظ سطوح فاجعه‌پنداری معنادار بود. این یافته بیانگر این است که تفاوت‌های جنسی در مورد فاجعه‌پنداری درد می‌تواند عللی به غیر از شدت درد نیز داشته باشد و احتمالاً فاجعه‌پنداری درد در مادران صرفاً وابسته به شدت درد در کودک و میزان رنجی که کودک متحمل می‌شود، نیست و به عوامل دیگری نیز مرتبط است. در سال ۱۹۹۶، آنرو چند دلیل برای وجود تفاوت‌های جنسی در تجربه درد بیان کرده است (۲۸)؛ اولین دلیل این است که در فرایند اجتماعی شدن تفاوت‌هایی از لحاظ ابراز و تجربه درد در مردان و زنان وجود دارد. فرایند اجتماعی شدن در ابتدای کودکی آغاز شده و می‌تواند الگوی پاسخ دختران و پسران به درد را تحت تأثیر قرار دهد. فیرون و همکاران (۲۹) دختران و پسران پیش‌دبستانی را مورد مشاهده قرار داده و گزارش کردند که دختران بیشتر از طریق گریه کردن، جیغ کشیدن و پرخاشگری به درد پاسخ می‌دهند. هنجارهای اجتماعی و فرهنگی می‌تواند پاسخ مردان به درد را تحت تأثیر قرار دهد (تحمل بیشتر و کوچک‌نمایی درد). با توجه به این مطالب و یافته‌های این پژوهش، می‌توان احتمال داد که تفاوت‌های

وابسته به جنس در مورد الگوی تفکر فاجعه‌پندار، غیر از شدت درد کودک، دارای علل فرهنگی و اجتماعی نیز است. از یک منظر دیگر نیز می‌توان علت سطوح بالاتر فاجعه‌پنداری مادران را وابسته به ارتباط بیشتر آنها با کودکان در مقایسه با پدران در نظر گرفت. همان‌طور که در جدول ۲ اشاره شده است، تفاوت معناداری از لحاظ آماری میان گزارش مادران و پدران از شدت سردرد کودکان مشاهده شده است و این احتمال وجود دارد که ارتباط بیشتر مادران با کودک باعث شده باشد که مادر نسبت به علائم سردرد کودک خود حساسیت و سوگیری توجه بیشتری پیدا کرده و در نتیجه از الگوهای تفکر فاجعه‌پندار و به خصوص تفکر درمانده بیشتری استفاده کند (۲۷).

در ادامه به بیان محدودیت‌های این پژوهش و به دنبال آن ارائه راهکارهای کاربردی پرداخته شده است. نمونه این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از تهران انتخاب شد. بنابراین، در تعمیم نتایج این پژوهش به افراد ایرانی و حتی تهرانی باید جانب احتیاط رعایت شود. این پژوهش در مورد خانواده‌هایی که دارای کودک مبتلا به سردرد بودند انجام شد، در نتیجه باید در تعمیم یافته‌های این پژوهش به خانواده کودکانی که مبتلا به انواع دیگری از دردهای مزمن و عودکننده هستند جانب احتیاط را رعایت کرد. سردرد و انواع آن دارای طبقه‌بندی گسترده‌ای است که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته بود و باید در مطالعات بعدی وجود این

تفاوت جنسی در طبقات مورد بررسی قرار گیرد. به علت محدودیت در دسترسی به کودکان مبتلا به سردرد، در این پژوهش هر دو نوع سردردهای مزمن و عودکننده در یک نمونه کلی مورد مطالعه قرار گرفتند که بهتر است اثر جنسیت و شدت سردرد در مطالعات آتی به صورت جداگانه در این دو گروه مورد بررسی قرار گیرد. نتایج این مطالعه از وجود تفاوت‌های وابسته به جنس در فاجعه‌پنداری درد کودک حمایت کرد، در صورتی که گاهی در برخی مطالعات از این تفاوت در مورد عامل فاجعه‌پنداری، به خصوص در مورد درد خود فرد، حمایت نشده است (۲۰ و ۳۰). به طور خلاصه می‌توان گفت انجام مطالعات بیشتر برای روشن کردن این تناقض‌ها ضروری است.

در پایان باید گفت با وجود نتایج این مطالعه که حاکی از وجود تفاوت وابسته به جنس در میزان فاجعه‌پنداری والدین بود، نیاز است تا نتایج این مطالعه در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان و سایر عزیزان به خصوص جناب آقای نوید شریفی که گروه نویسندگان را یاری رسانده و زمینه را برای انجام این پژوهش مهیا نمودند، کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع را به دنبال نداشته است.

References

1. Severeijns R, Hout MA, Vlaeyen JWS, Picavet HSJ. Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain*. 2002; 99(1-2): 367-376.
2. Gatchel RJ, Turk DC. Psychological approaches to pain management. Asghari Moghaddam MA, Najarian B, Mohammadi M, Dehghani M. (Persian translator). Tehran;P: 470-479. [Persian].
3. Goubert L, Eccleston C, Vervoort T, Jordan A, & Crombez G. Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P): A preliminary validation. *Pain*. 2006; 123(3): 254-263.
4. Caes L, Vervoort T, Eccleston C, Vandenhende M, & Goubert L. Parental catastrophizing about child's pain and its relationship with activity restriction: The mediating role of parental distress. *Pain*. 2011; 152(1): 212-222.
5. Goubert L, Vervoort T, Sullivan MJL, Verhoeven K, Crombez G. Parental emotional responses to their children's pain: the role of dispositional empathy and parental catastrophizing about their child's pain. *The Journal of Pain*. 2008; 9(3): 272-279.
6. Sullivan MJL, Bishop SR & Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995; 7(4): 524-532.
7. Hermann C, Hohmeister J, Zohsel K, Ebinger F & Flor H. The assessment of pain coping and pain-related cognitions in children and adolescents: current methods and further development. *The Journal of Pain*. 2007; 8(10): 802-813.
8. Hermann C, Hohmeister J, Hohmeister J, Flor H. Dimensions of pain-related parent behavior: development and psychometric evaluation of a new measure for children and their parents. *Pain*. 2008; 137(3): 689-699.
9. Vervoort T, Goubert L, Crombez G. The relationship between high catastrophizing children's facial display and parental judgment of their child's pain. *Pain*. 2009; 142(1-2): 142-148.
10. Jordan AL, Eccleston C, & Osborn M. Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: interpretative phenomenological analysis. *European Journal of Pain*. 2007; 11(1): 49-56.
11. Lipani TA, & Walker LS. Children's appraisal and coping with pain: relation to maternal ratings of worry and restriction in family activities. *J Pediatr Psychol*. 2006; 31(7): 667-673.
12. Hechler T, Vervoort T, Hamann M, Tietze AL, Vocks S, Goubert L, Hermann C, Wager J, Blankenburg M, Schroeder S & Zernikow B. "Parental catastrophizing about their child's chronic pain: are mothers and fathers different? *European Journal of Pain*. 2011; 15(5): 511-519.
13. Goubert L, Vervoort T, Sullivan MJL, Verhoeven K, & Crombez G. Parental emotional responses to their children's pain: the role of dispositional empathy and parental catastrophizing about their child's pain. *The Journal of Pain*. 2008; 9(3): 272-279.
14. Osman A, Barrios FX, Kopper BA, Hauptmann W, Jones J, & O'Neill E. Factor structure, reliability, and validity of the pain catastrophizing scale. *J Behav Med*. 1997; 20(6): 589-605.
15. Crombez G, Bijttebier P, Eccleston C, Mascagni T, Mertens G, Goubert L. et al. The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*. 2003; 104(3): 639-646.
16. Sullivan MJL, Tripp DA & Santor D. Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognit Ther Res*. 2000; 24(1): 121-134.
17. Paller CJ, Campbell CM, Edwards RR & Dobs AS. Sex-based differences in pain perception and treatment. *J Pain Med*. 2009; 10(2): 289-299.
18. Sadoughi M, Nouri A, Kajbaf M.B, Akkashe G. Can progressive relation training reduce chronic tension headache? *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2009; 5(18): 149-157. [Persian].
19. Meyers L, Gamst G, Guarino J. Applied multivariate research: Design and Interpretation. Third edition. London: Sage publication; 2006, pp: 347-351.
20. Asghari MA, Rahmati N, Shayiri M. The mediational role of pain self-efficacy and fear of movement in explaining the relationship between chronic pain and disability. *Journal of Clinical Psychology studies*. 2012; 2(6): 141-168. [Persian].

21. Jamison RN. Psychosocial aspects of pain: A handbook of health care providers' progress in pain research and management. Seattle: IASP Press. 2004, PP: 175-181.
22. Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults: Handbook of pain assessment. New York: Guilford Press. 1992, PP: 193-213.
23. Williams DA. Acute pain management. Psychological approaches to pain management. New York: Guilford Press. 1996, PP: 55-87.
24. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. Fifth edition. New York: Oxford University Press; 1995, PP: 99-106.
25. Brace N, Kemp R, Snelgar R. SPSS for Psychologists. Aliabadi KH, Samadi A. (Persian translator). Third edition. Tehran: Doran, 2014, PP: 333-344. [Persian].
26. Palermo TM, & Eccleston C. Parents of children and adolescents with chronic pain. Pain. 2009; 146(1-2): 15-17.
27. 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(1): 52-64.
28. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. Pain. 1996; 65(2-3): 123-167.
29. Fearon I & Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. Br Med J. 2001; 322(1):1-6.
30. Ruscheweyh R, Nees F, Marziniak M, Evers S, Flor H & Knecht S. Pain catastrophizing and pain-related emotions: Influence of age and type of pain. Clin J Pain. 2011; 27(7): 578-586.

Sex Differences in Parental Pain Catastrophizing among Parents of Children with Headache

Ghazaleh Akbarzadeh¹, Hojjat Daniali^{*2}, Mojtaba Habibi³, Seyran Ranjbar⁴, Mohsen JavadZadeh⁵, Amir Azoore⁶

1. M.A. in Clinical Child and Adolescent Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
2. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran
3. Ph.D. in Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Associate Professor, Pediatric Neurology Department, School of Medicine, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
5. M.A. Student of Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
6. M.A. Student of Clinical Child and Adolescent Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: December 13, 2016

Accepted: February 24, 2017

Abstract

Background and Purpose: One of the factors that are important in interpersonal relationships and the psychosocial context of children and parents in the field of chronic pain is the catastrophic thinking model. The aim of this study was to investigate the gender-related differences in the rate of catastrophizing of mothers and fathers by controlling the effect of headache in children.

Method: This research was a causal comparative design. The statistical population included all parents of children with headache in Tehran in 2016. In this study 210 parents (117 mothers and 93 fathers) of 132 children with chronic or recurrent pain participated and answered to the Pain Catastrophizing Scale (Goubert et al, 2006) and Numeric Pain Rating Scale, asking for the average of pain severity in last three months before the research. Data analysis was performed using independent T-test, multivariate analysis and one-way variance analysis as well as covariance analysis.

Results: Results indicated a significant difference between mothers and fathers according to their levels of pain catastrophizing ($P= 0.018$). Multivariate variance analysis showed no statistical significant difference in subscales of catastrophizing (rumination and magnification/ helplessness) according to the sex of parents; but univariate variance analysis showed a significant difference in using magnification/helplessness thinking patterns between mothers and fathers ($P= 0.02$). Covariance analyses demonstrated that, by controlling the effects of pain severity, still mothers were significantly higher in catastrophizing about their children's pain ($P= 0.037$).

Conclusion: Results of this study indicated that the difference in levels of parental pain catastrophizing between mothers and fathers can be due to other than child's pain intensity.

Keywords: Pain catastrophizing, parents, sex differences, pain severity

Citation: Akbarzadeh G, Daniali H, Habibi M, Ranjbar S, JavadZadeh M, Azoore A. Sex differences in parental pain catastrophizing among parents of children with headache. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(2): 3-13.

***Corresponding author:** Hojjat Daniali, M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
Email: Hojjat.danialy@gmail.com Tel: (+98) 021-51215080