

بررسی نقش تعدیل کننده فاجعه آمیز کردن درد بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران درد مزمن

نویسندگان: اکرم برومند^{۱*}، محمدعلی اصغری مقدم^۲، محمد رضا شعیری^۳
و فاطمه مسگریان^۴

- ۱- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ۲- استاد روانشناسی دانشگاه شاهد.
- ۳- دانشیار روان شناسی دانشگاه شاهد.
- ۴- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

* Email: Boroumand.a1386@gmail.com

چکیده

فاجعه آمیزی به عنوان یک راهکار مقابله ای ناسازگار با درد تاثیرات منفی گسترده ای بر سطح سازگاری و نیز کیفیت زندگی روانی - اجتماعی بیماران درد مزمن تحمیل می کند. این اثرات منفی، حتی بعد از کنترل افسردگی و اضطراب، پیش بینی کننده مهم وجود افکار خودکشی و شدت افکار مذکور است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین شدت درد و فاجعه آمیز کردن درد با افکار خودکشی و نیز واریانس نقش تعدیل کننده فاجعه آمیزی درد بر رابطه شدت درد و خودکشی در نمونه ای از بیماران مبتلا به درد مزمن است.

در این مطالعه ۲۶۴ بیمار درد مزمن مراجعه کننده به چند درمانگاه خصوصی و دولتی شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس های افکار خودکشی، فاجعه آمیزی درد و شدت درد را کامل کردند. داده های به دست آمده، با رعایت پیش فرض های آماری لازم، با استفاده از روش های همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسه مراتبی مورد تحلیل قرار گرفت.

براساس تحلیل های انجام شده همبستگی های معناداری بین افکار خودکشی با شدت درد ($r=0/30, p<0/01$) و افکار خودکشی و فاجعه آفرینی ($r=0/48, p<0/01$) وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده فاجعه آمیزی درد را در رابطه شدت درد و افکار خودکشی نشان می دهد.

رابطه معناداری بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران درد مزمن وجود دارد و فاجعه آفرینی می تواند چنین رابطه ای را تعدیل کند. بنابراین جهت کاهش افکار خودکشی علاوه بر کاهش شدت درد، می توان در برنامه های درمانی، تمرکز بر کنترل افکار فاجعه آفرین را پیشنهاد کرد.

کلید واژه ها: درد مزمن، افکار خودکشی، شدت درد، فاجعه آفرینی

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وشتار

• دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۳

• پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۲۶

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

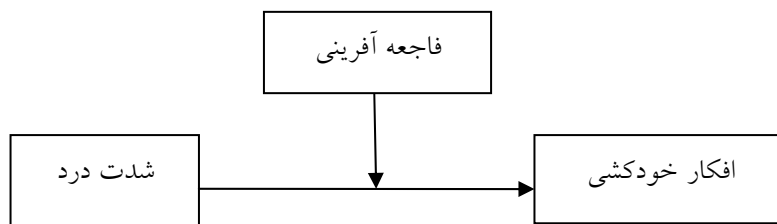
پیچیده است و بیماران بر اساس میزان تأثیری که از آن می‌پذیرند از شدت آن برداشتی ذهنی داشته و آن را به شیوه خاص خود درمی‌یابند امکان وجود افکار خودکشی مستقل از شدت درد مطرح شده است [۷ و ۸].

در تبیین رابطه بین درد مزمن و افکار و رفتارهای خودکشی از عوامل دیگری مانند فاجعه آمیز کردن درد یاری گرفته شده است. فاجعه آفرینی با ساختاری متشکل از بزرگ نمایی مربوط به درد، نشخوار فکری درباره درد، احساس ناامیدی و بدبینی درباره نتایج مربوط به درد به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده مهم وجود افکار خودکشی و شدت این افکار مورد شناسایی قرار گرفته است [۵]. در پژوهشی که به منظور شناسایی عوامل خطر مربوط به افکار خودکشی در بیماران درد مزمن بر روی ۱۵۱۲ بیمار درد مزمن انجام گرفت، یافته‌ها نشان دادند ۳۰ درصد نمونه افکار و رفتار خودکشی را به شکلی گزارش کرده‌اند و از عوامل پیش‌بینی‌کننده طرح و نقشه خودکشی، فاجعه‌سازی مربوط به درد است [۵]. در این مطالعه دیده شد فاجعه آفرینی حتی بعد از کنترل میزان افسردگی و شدت درد نیز می‌تواند افکار خودکشی را پیش‌بینی کند. پژوهشگران دیگر نیز در مطالعه‌ای بر روی گروهی از بیماران درد مزمن نشان داده‌اند که تمایلات خودکشی با استفاده کمتر از راهکارهای مقابله‌ای فعال و استفاده بیشتر از فاجعه آمیزی به عنوان یک پاسخ شناختی و عاطفی به درد مرتبط است [۹].

بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد علی‌رغم اهمیت و شیوع نسبتاً بالای افکار خودکشی در بیماران درد مزمن تاکنون عوامل پیش‌بینی‌کننده و تعدیل‌کننده این افکار بطور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته است. با توجه به آنچه که گذشت هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین شدت درد، فاجعه آفرینی و افکار خودکشی در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به درد مزمن و نیز واریاسیون نقش احتمالی تعدیل‌کننده فاجعه آفرینی بر رابطه شدت درد و خودکشی در نمونه مورد مطالعه است. در این مطالعه، شدت درد و میزان فاجعه آفرینی به عنوان عوامل

به دنبال اثرات مخرب درد مزمن بر زندگی بیمار و بخصوص پس از شکست‌ها و عدم موفقیت‌های پی‌درپی درمان‌های مرسوم، برخی از بیماران درد مزمن به فکر خودکشی می‌افتند [۱]. هرچند ارتباط خودکشی و دردهای مزمن به اندازه ارتباط بین خودکشی و اختلالات روان‌پزشکی مورد توجه قرار نگرفته است [۲] شواهد زیادی نشان می‌دهد درد مزمن با افزایش افکار خودکشی و اعمال آسیب‌رسان به خود مرتبط است [۳]. براساس اطلاعات به دست آمده از مطالعه بر روی گروهی از بیماران درد مزمن، ۲۵ درصد نمونه مورد مطالعه وجود افکار خودکشی و ۵ درصد طرح و نقشه فعلی برای خودکشی را گزارش کرده‌اند. مطالعه دیگری میزان شیوع افکار فعلی خودکشی را بین ۵ تا ۲۴ درصد و شیوع افکار خودکشی در طول زندگی را بین ۵ تا ۵۰ درصد گزارش کرده است [۴]. پژوهش دیگری نیز نشان می‌دهد ۳۰ درصد کسانی که به دنبال درمان درد مزمن هستند به شکلی افکار خودکشی را گزارش می‌کنند [۵]. در پژوهشی که به منظور بررسی میزان افکار خودکشی بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن انجام گرفته است میانگین افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن تقریباً دو برابر میانگین افکار خودکشی در جمعیت عمومی جامعه بوده است (میانگین انحراف معیار) افکار خودکشی در گروه بیماران (۱۱/۷۶) و در جمعیت عمومی جامعه (۱۳/۰۹) (۲۲/۱۷ بوده است) [۶].

بر اساس مطالعاتی که به منظور شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی در بیماران درد مزمن انجام گرفته است، میزان افکار و رفتار خودکشی متناسب با شدت دردی است که فرد از آن رنج می‌برد. در بررسی رابطه شدت درد و خودکشی، برخی مطالعات همبستگی مثبت بین این دو را گزارش کرده‌اند [۷]. یکی از پژوهش‌های انجام شده نیز نشان داد از میان متغیرهای مربوط به درد، شدت درد با افکار خودکشی ارتباط دارد [۵] اما از آنجا که شدت درد پدیده‌ای ذهنی و



شکل ۱: مدل فرضی فاجعه آفرینی به عنوان متغیر تعدیل کننده رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع همبستگی است.

شرکت کنندگان و شیوه نمونه گیری

در این پژوهش، ۲۶۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در طی بهار تا تابستان ۱۳۸۹ به چند درمانگاه و مرکز خصوصی و دولتی درمان درد در شهر تهران مراجعه کرده بودند، با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. یکی از پژوهشگران به طور انفرادی با بیماران صحبت می کرد و پس از احراز ملاک های شمول مطالعه، گفته می شد مطالعه ای در حال انجام است و آن ها در صورت تمایل می توانند در این مطالعه که مستلزم تکمیل گروهی پرسشنامه است، شرکت کنند. به بیماران گفته می شده که شرکت یا عدم شرکت آن ها و نیز کناره گیری شان از مطالعه پس از اعلام موافقت اولیه، تاثیری بر نوع و کیفیت درمانی که قرار است به آن ها ارایه شود، نخواهد داشت و اطلاعات ارایه شده از جانب آن ها محرمانه خواهد ماند و در صورت انتشار نتایج مطالعه، نام و مشخصات بیماران اعلام عمومی نخواهد شد. پس از موافقت بیمار از وی خواسته می شد تا پرسشنامه ها را در درمانگاه کامل کند.

ملاک های شمول مطالعه شامل سابقه شکایت از درد مزمن (دردی که دست کم ۶ ماه از شروع آن گذشته و

پیش بینی کننده افکار خودکشی در بیماران درد مزمن در نظر گرفته شدند.

بطور کلی یک متغیر تعدیل کننده^۱ متغیری است که جهت یا قدرت رابطه بین متغیر پیش بین (متغیر مستقل) با متغیر ملاک (متغیر وابسته) را تحت تاثیر قرار می دهد. متغیر تعدیل کننده خود را بیشتر در مطالعات همبستگی نشان می دهد [۱۰]. مدل فرضی که مطالعه حاضر در پی آزمون آن است در شکل ۱ نشان داده شده است. انجام چنین پژوهشی علاوه بر افزایش دانش روان شناختی ما در زمینه عوامل پیش بینی کننده افکار خودکشی، اطلاعات باارزشی نیز در زمینه اقدامات پیشگیرانه فراهم می آورد.

به طور کلی، همسو با منابع پژوهشی که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفت در این مطالعه سه فرضیه زیر مورد آزمون قرار گرفت:

۱- بین شدت درد و افکار خودکشی رابطه ای مثبت وجود دارد.

۲- بین میزان فاجعه آفرینی و افکار خودکشی رابطه ای مثبت وجود دارد.

۳- فاجعه آفرینی رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی را تعدیل می کند.

1. Moderator.

نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین ۳۸ تا ۱۱۴ باشد. بر اساس نقاط برش تعیین شده (با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰)، نمرات ۳۸ تا ۴۴ دارای خطر خودکشی پایین، نمرات ۵۴ تا ۶۵ دارای خطر خودکشی متوسط، نمرات ۶۴ تا ۷۵ دارای خطر خودکشی بالا، نمرات ۷۵ تا ۱۱۴ دارای خطر خودکشی خیلی بالا و نمرات بالای ۷۵ در ناحیه بحرانی قرار می‌گیرد.

ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های احساس گناه و خودتخریب‌گری، ناامیدی و احساس حقارت، انزوای طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۳۶، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانگر همسانی درونی خوب مقیاس است [۱۲].

ضرایب همبستگی بین نمرات ۴۰ آزمودنی در دو نوبت با فاصله ۱۴ الی ۲۰ روز برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای نمره کل افکار خودکشی گرا و زیر مقیاس‌ها احساس گناه و خودتخریبی، ناامیدی و احساس حقارت، انزوای طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی و افسردگی به ترتیب: $r = 0/89$ ، $r = 0/85$ ، $r = 0/84$ ، $r = 0/81$ ، $r = 0/82$ بودند. تمام این ضرایب همبستگی در سطح $p = 0/001$ معنادار بودند. این یافته‌ها نشانه اعتبار باز آزمایی رضایت بخش مقیاس است.

روایی همزمان مقیاس افکار خودکشی از طریق اجرای هم‌زمان پرسشنامه بک روی کل نمونه اصلی محاسبه شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل آزمودنی‌ها در پرسشنامه ناکامی بک با نمره کل افکار خودکشی گرا همبستگی مثبت معنادار ($P \leq 0/01$)، $r = 0/21$ ، $r = 0/21$ ، با زیر مقیاس احساس گناه و خودتخریبی همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$)، $r = 0/21$ ، با زیر مقیاس احساس ناامیدی و احساس حقارت همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$)، $r = 0/21$ ، با زیر مقیاس انزوای طلبی و فقدان رابطه همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$)، $r = 0/19$ ، با زیر مقیاس رکود و ایستایی همبستگی معنادار ($P \leq 0/01$)، $r = 0/13$

علی‌رغم درمان‌های انجام شده طی سه ماه گذشته هر روز ادامه داشته است [۱۱]، سن بالای ۱۸ سال و داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی است.

با توجه به اینکه سابقه منتشر شده‌ای از مطالعه‌ای داخلی یا خارجی که در آن رابطه بین افکار خودکشی، شدت درد و فاجعه آمیز کردن درد مورد بررسی قرار گرفته باشد وجود نداشت، برای محاسبه حجم نمونه از میانگین حجم نمونه مطالعاتی که افکار خودکشی را در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار داده بودند استفاده شد. بر اساس بررسی‌های انجام شده در این زمینه، حجم نمونه‌هایی برابر با ۲۸۹ نفر [۱]، ۲۴۱ نفر [۷] و ۲۰۰ نفر [۹] مشخص شدند. میانگین حجم این مطالعات ۲۵۰ نفر است که در این مطالعه نیز حجم نمونه ۲۶۴ نفر در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس افکار خودکشی^۱

در این پژوهش جهت سنجش میزان افکار خودکشی از مقیاس افکار خودکشی ساخته شده در ایران استفاده شده است [۱۲]. این مقیاس شامل ۳۸ سؤال است که پنج خرده مقیاس احساس گناه و خودتخریبی، ناامیدی و احساس حقارت، انزوای طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی و افسردگی را در برمی‌گیرد. مقیاس مذکور در یک نمونه ۴۵۷ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران شامل ۲۵۷ دختر و ۱۶۵ پسر، هنجاریابی^۲ شده است.

نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس یک لیکرت ۳ درجه‌ای به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲) و اکثر اوقات (۳) انجام می‌گیرد. خرده مقیاس احساس گناه و خودتخریبی شامل ۹ سؤال، خرده مقیاس ناامیدی و احساس حقارت شامل ۱۱ سؤال، خرده مقیاس انزوای طلبی و فقدان رابطه شامل ۷ سؤال، خرده مقیاس رکود و ایستایی شامل ۶ سؤال و خرده مقیاس افسردگی شامل ۵ سؤال است. سؤال‌های ۳۱ و ۳۳ به صورت معکوس

1. Suicidal Ideation Scale

2. normalization

شد و ضرایب همسانی درونی^۲ هفت خرده مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد [۱۳]. از آن به بعد در مطالعات بسیاری هم با بیماران مبتلا به درد حاد و هم بیماران درد مزمن، به کار گرفته شده و پایایی و اعتبار آن تایید شده است [۱۴]. در ایران بر اساس یافته‌های مطالعه انجام شده پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای در میان جمعیت ایرانی دارای درد مزمن پایایی و اعتبار قابل قبولی دارد [۱۵]. ضرایب همسانی درونی هفت خرده مقیاس آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ متغیر است و این ضرایب در دامنه قابل قبولی قرار می‌گیرند [۱۶]. همچنین این مطالعه اعتبار ملاک^۳ و اعتبار پیش بین^۴ پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای تأیید کرد [۱۵]. در این پژوهش از ۶ عبارت مربوط به راهبرد مقابله‌ای شناختی فاجعه آفرینی CSQ استفاده خواهد شد و نمرات آزمودنی‌ها در دامنه صفر تا ۳۶ قرار می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان می‌دهد آزمودنی در مواجهه با درد بیشتر فاجعه آفرینی می‌کند.

ج) پرسشنامه چند وجهی درد^۵

شدت درد در این مطالعه با استفاده از مقیاس شدت درد پرسشنامه چند وجهی درد مورد ارزیابی قرار گرفت [۱۷]. این خرده مقیاس دارای سه عبارت است و امکان ارزیابی چند وجهی از شدت درد را فراهم می‌آورد. سازندگان این مقیاس اعتبار و پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه چندوجهی درد از جمله خرده مقیاس شدت درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد واریسی و تایید قرار داده‌اند. در پژوهشی که در سال ۱۳۷۸ انجام شده است نیز در مطالعه‌ای با نمونه‌ای از بیماران ایرانی درد مزمن، ضرایب آلفای کرونباخ و نیز اعتبار افتراقی و اعتبار ملاکی این خرده مقیاس را مورد واریسی و تایید قرار داده است [۱۸].

همچنین در این پژوهش بیماران با تکمیل برخی از سئوالات پرسشنامه محقق ساخته اطلاعاتی را در باره خصوصیات مردم شناختی خود فراهم آوردند.

و با زیر مقیاس افسردگی رابطه همبستگی معنادار ($r = 0/13, P \leq 0/01$) وجود دارد.

روایی تفکیکی افکار خودکشی از طریق مقایسه نمرات در گروه معتاد ($n=50$) و دانشجوی ($n=457$) در نمره کل افکار خودکشی ($t(50.5) = 3/50, P \leq 0/01$)، زیر مقیاس احساس گناه و خود تخریبی ($P \leq 0/01$)، ناامیدی و احساس حقارت ($t(50.5) = 2/72, P \leq 0/01$)، انزوای و فقدان رابطه ($t(50.5) = 2/03, P \leq 0/01$)، رکود و ایستایی ($t(50.5) = 2/64, P \leq 0/01$)، نشانی داد که متوسط افکار خودکشی در نمره کل و همه زیر مقیاس‌ها در گروه معتاد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه دانشجوی بوده است. قابل ذکر است آلفای کرونباخ مربوط به پرسشنامه حاضر، در مورد آزمودنی‌های این تحقیق برابر ۰/۷۴ است که بالاتر از نقطه برش ۰/۷۰ می‌باشد، بنابراین ضریب همسانی یاد شده مطلوب می‌باشد.

ب) مقیاس راهبردهای مقابله‌ای^۱

این مقیاس توسط گروهی از پژوهشگران برای اندازه‌گیری راهبرد هایی که افراد مبتلا به درد مزمن از آن‌ها برای مواجهه با درد خود استفاده می‌کنند، ساخته شد [۱۳]. این پرسشنامه خودسنجی با استفاده از ۴۲ عبارت، شش راهبرد مقابله‌ای شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی و دعا-امیدواری) و یک راهبرد مقابله‌ای رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هر یک از راهبردهای مقابله‌ای ۷ گانه از ۶ عبارت تشکیل شده است؛ از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر عبارت را به دقت خوانده و با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده است (صفر=هیچ، شش=همیشه). پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای اول بار در میان گروهی از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن هنجاریابی

2. Internal consistency.

3. Criterion validity.

4. Predictive validity.

5 Multidimensional pain inventory.

1. Coping Strategies Questionnaire (CSQ).

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	شدت درد	افکار خودکشی	فاجعه آفرینی	سن	تحصیلات	سابقه درد
شدت درد	-					
افکار خودکشی	*۰/۳۰	-				
فاجعه آفرینی	*۰/۳۹	*۰/۴۸	-			
سن (سال)	۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۰۳	-		
تحصیلات (سال)	۰/۱۰	-۰/۱۴	*۰/۲۴	*۰/۳۱	-	
سابقه درد (ماه)	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۱۰	*۰/۳۶	۰/۰۲	-

*P<۰/۰۱

روش تحلیل داده ها

قبل از انجام تحلیل‌های اصلی، اطلاعات جمع‌آوری شده از نظر رعایت پیش‌فرض‌های آماری روش‌های محاسبه همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله‌مراتبی مورد واری‌رسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که داده‌های جمع‌آوری شده برای انجام این دو تحلیل آماری مناسب هستند.

ابتدا با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون رابطه خطی بین سن، سال‌های تحصیل، طول مدت درد، شدت درد، افسردگی و افکار خودکشی مورد واری‌رسی قرار گرفت. برای بررسی نقش تعدیل‌کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی از روش بارون و کینی که مبتنی بر انجام رگرسیون سلسله‌مراتبی^۱ است، استفاده شد [۱۰].

در این تحلیل افکار خودکشی به عنوان متغیر ملاک (وابسته) و متغیرهای شدت درد، فاجعه آفرینی و تعامل بین شدت درد و فاجعه آفرینی به عنوان متغیرهای مستقل مورد استفاده قرار گرفت. در این تحلیل‌ها در گام نخست متغیر شدت درد، در گام دوم متغیر شدت درد و متغیر فاجعه آفرینی و در گام سوم متغیر شدت درد، متغیر فاجعه آفرینی و تعامل بین متغیر شدت درد و متغیر فاجعه آفرینی وارد تحلیل رگرسیون شدند.

1. Hierarchical regression analysis.

متغیر تعاملی که در گام سوم وارد تحلیل شده است از حاصل ضرب دو متغیر شدت درد و فاجعه آفرینی به وجود آمده است؛ به همین دلیل همبستگی قدرتمندی بین این متغیر با دو متغیر شدت درد و فاجعه آفرینی وجود خواهد داشت [۱۹]^۲ و اگر این سه متغیر با یکدیگر وارد تحلیل رگرسیون گردند مشکل هم خطی بودن چندگانه^۳ پیش می‌آید [۲۰]. برای حل این مشکل راه‌های مختلفی پیش‌نهاد شده است که یکی از آنها تفریق نمره هر بیمار از میانگین گروه خود در هر یک از دو متغیر مستقل و تعدیل‌کننده و سپس ضرب این دو متغیر جدید برای دست‌یابی به متغیر ترکیبی است [۲۱ و ۲۲]. در این مطالعه نیز ابتدا نمره هر بیمار در دو متغیر شدت درد و فاجعه آفرینی از میانگین کسر شد و بدنبال آن متغیر تعاملی از ضرب دو متغیر جدید به دست آمد^۴. معنادارای

۲. محاسبه همبستگی بین سه متغیر گام سوم تحلیل رگرسیون (شدت درد، فاجعه آفرینی و تعامل بین شدت درد و فاجعه آفرینی) نشان داد که ضرایب همبستگی فاجعه آفرینی و شدت درد با نمره‌های متغیر تعاملی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۷۱ است. از آنجا که همبستگی‌های بالاتر از ۰/۷۰ بین دو متغیری که قرار است در یک گام وارد تحلیل رگرسیون شوند حاکی از وجود مشکل هم خطی بودن چندگانه است [۱۹] این دو متغیر نباید در یک گام وارد تحلیل رگرسیون شوند.

3. Multicollinearity

۴. بعد از کسر کردن نمره هر بیمار از میانگین و به وجود آوردن متغیر تعاملی، همبستگی‌های بین متغیر فاجعه آفرینی و متغیر شدت درد با متغیر تعاملی به ترتیب به ۰/۱۵ و ۰/۰۴ کاهش یافت.

یک اثر تعدیل کننده با توجه میزان F همراه با میزان تغییر در واریانس بعد از وارد شدن متغیر تعدیل کننده به معادله مورد قضاوت قرار گرفت [۲۳].

نتایج

یافته های همبستگی مرتبط با متغیرهای پژوهش جدول ۱ ماتریس همبستگی سن، سطح تحصیلات، مدت درد، افکار خودکشی، شدت درد و فاجعه آفرینی را نشان می دهد؛ در حالی که سن، تحصیلات و مدت درد رابطه معناداری با شدت درد، فاجعه آفرینی و افکار خودکشی ندارند، روابطی مثبت و معنادار بین افکار خودکشی با شدت درد و فاجعه آفرینی وجود دارد ($P < 0/01$).

از آنجا که رابطه معناداری بین سن، سطح تحصیلات و مدت درد با شدت درد، افکار خودکشی و فاجعه آفرینی وجود ندارد، این سه متغیر از تحلیل های بعدی حذف شدند (جدول ۱). واریسی نقش تعدیل کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی نتایج رگرسیون سلسله مراتبی که نقش تعدیل کننده

فاجعه آفرینی را در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی مورد واریسی قرار داده بود در جدول ۲ منعکس است. در گام نخست، متغیر شدت درد توانست بطور معناداری ۹ درصد واریانس نمره های متغیر خودکشی را پیش بینی کند ($F_{\text{Change}}=26.45, p<0.01$). علامت مثبت همراه با ضریب رگرسیون استاندارد متغیر شدت درد حاکی از وجود رابطه مثبت بین شدت درد و افکار خودکشی است. به این ترتیب فرضیه نخست این پژوهش تایید شد. در گام دوم هنگامی که متغیر فاجعه آفرینی به معادله اضافه شد، میزان واریانس تبیین شده در متغیر ملاک به طور معناداری ($F_{\text{change}}=44.33, p<0.01$) افزایش یافت و به ۲۵ درصد رسید. نتایج نشان می دهد که فاجعه آفرینی توانسته است ۱۶٪ واریانس نمره های متغیر خودکشی را پس از کنترل اثر شدت درد بر افکار خودکشی، تبیین کند. علامت مثبت همراه با ضریب رگرسیون استاندارد متغیر فاجعه آفرینی حاکی از وجود رابطه مثبت بین فاجعه آفرینی با افکار خودکشی است. این نتایج تایید کننده فرضیه دوم پژوهش است.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای آزمون نقش تعدیل کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی

متغیرهای پیش بین:	Total R ²	R ² Change	F Change	B ^a	SEB ^b	Beta ^c
گام اول					۰/۶۰	
شدت درد	۰/۰۹	۰/۰۹	۲۶/۴۵*	۳/۱۲	۰/۵۹	۰/۳۰*
گام دوم:						
شدت درد				۰/۷۲	۰/۰۹	۰/۱۳*
فاجعه آفرینی	۰/۲۵	۰/۱۶	۴۴/۳۳*			۰/۴۳*
گام سوم						
شدت درد				۱/۵۶	۰/۶	۰/۱۵*
فاجعه آفرینی				۰/۷۲	۰/۰۹	۰/۴۳*
شدت درد × فاجعه آفرینی	۰/۲۷	۰/۰۲	۳۲/۳۸*	۰/۲۰	۰/۰۷	۰/۱۳*

B^a= ضریب رگرسیون غیر استاندارد

SEB^b= انحراف استاندارد ضریب رگرسیون غیر استاندارد

Beta^a= ضریب رگرسیون استاندارد

*P < 0/01

شدت درد احتمال وقوع افکار خودکشی نیز افزایش می‌یابد. مطالعات انجام شده نیز رابطه مستقیم بین شدت درد و افکار خودکشی را در بیماران درد مزمن نشان داده است [۷ و ۵]. علاوه بر این، بر اساس پژوهش‌های انجام شده شدت درد با ایجاد اثرات منفی بر وضعیت شناختی (احساس خودکارآمدی پایین) و خلقی بیمار (افسردگی بیشتر) [۲۴] می‌تواند با خطر بروز افکار خودکشی همراه باشد [۲۵ و ۲۶].

در رابطه با فرضیه دوم مبنی بر وجود رابطه بین فاجعه آفرینی درد و افکار خودکشی باید گفت که نتایج این پژوهش حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین فاجعه آفرینی درد و افکار خودکشی است. به این معنا، بیماران درد مزمنی که فاجعه آفرینی بالاتری را در مواجهه با درد گزارش کرده اند در معرض خطر بیشتری از تجربه افکار خودکشی هستند. این نتایج با نتایج مطالعات دیگر همسو است [۵، ۹، ۲۷ و ۲۸]. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت فاجعه آفرینی به واسطه پیامدهای مخربی که برای بیمار به دنبال دارد و اثراتی که در چهارچوب وضعیت فردی و بین فردی اعمال می‌کند، پیش‌بینی‌کننده افکار خودکشی است. فاجعه آفرینی با ایجاد انتظار نتایج منفی در فرد، بروز عواطف منفی و احساس ناامیدی را به دنبال دارد که خود باعث می‌شود فرد در رویارویی با مسایل به جای مقابله فعال و حل آن‌ها، به شکل منفعلانه و اجتنابی عمل کند، در نتیجه در بلندمدت چرخه‌ای معیوب اجتناب از درد، ترس از درد، اجتناب از فعالیت‌های روزمره و افزایش ناتوانی و افسردگی به وجود می‌آید [۲۹ و ۳۰ و ۳۱]. در این راستا با توجه به شواهدی که نشان داده اند افسردگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده تمایل به مرگ است و می‌تواند ۲۰ تا ۳۰ درصد واریانس اقدام به خودکشی‌ها را پیش‌بینی کند، رابطه فاجعه آفرینی و خودکشی قابل پیش‌بینی است [۳۲].

سطوح بالای فاجعه آفرینی با کاهش اثرات درمان نیز مرتبط است [۳۳]. براساس این دیدگاه، فرد فاجعه‌آمیز کننده نه تنها نشانگان بی‌خطر را تهدید آمیز ادراک

سرانجام، در گام سوم و هنگامی که تعامل بین متغیر فاجعه‌آفرینی و شدت درد به معادله اضافه شد، میزان واریانس تبیین شده در متغیر ملاک به طور معناداری ($F_{\text{change}}=32.38, p<0.01$) افزایش یافت و به ۲۷ درصد رسید. این نتایج نشان می‌دهد که تعامل بین فاجعه آفرینی و شدت درد توانسته است ۲ درصد واریانس نمره‌های متغیر خودکشی را پس از کنترل اثر شدت درد و فاجعه آفرینی بر افکار خودکشی، تبیین کند. علامت مثبت همراه با ضریب رگرسیون استاندارد متغیر تعاملی شدت درد و فاجعه آفرینی حاکی از وجود رابطه مثبت بین تعامل شدت درد و فاجعه آفرینی با افکار خودکشی است. نتایج این رگرسیون از نقش تعدیل‌کننده متغیر فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی حمایت کرد و به این ترتیب فرضیه سوم پژوهش حاضر تایید شد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان دهنده رابطه شدت درد و فاجعه آفرینی با افکار خودکشی و نیز نقش تعدیل‌کننده فاجعه آفرینی در رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن است. در اینجا ابتدا به محدودیت‌های این مطالعه اشاره خواهد شد و سپس یافته‌های این مطالعه با توجه به منابع موجود مورد بحث قرار خواهند گرفت. نمونه این مطالعه با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده است و اکثریت افراد مورد مطالعه (۷۷٪) را زنان تشکیل می‌دهند. بدیهی است با توجه به این دو مورد تعمیم یافته‌های این مطالعه به جامعه بیماران درد مزمن مستلزم مطالعات بیشتری است. با در نظر داشتن این محدودیت‌ها، اکنون به بحث پیرامون یافته‌های این مطالعه می‌پردازیم.

در رابطه با فرضیه نخست، یافته‌های این پژوهش تایید کننده رابطه مثبت بین شدت درد و افکار خودکشی است. این یافته به این معنا است که شدت درد پیش‌بینی‌کننده افکار خودکشی در بیماران درد مزمن است و با افزایش

تعدیل کننده فاجعه آفرینی بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی مورد بررسی قرار گرفته باشد، وجود ندارد. اما به نظر می‌رسد با توجه به مکانیسم اثر فاجعه آفرینی در تبیین این فرضیه بتوان چنین گفت که فاجعه آمیزی از طریق تاثیر بر فرآیندهای توجهی بیمار اثراتش را بر تجربه درد اعمال می‌کند [۳۷، ۳۸ و ۳۹]. در واقع فاجعه آفرینی مانع انحراف توجه از محرک های درد آور می‌شود و بیمار به گونه‌ای انتخابی بیشتر به محرک های مربوط به درد توجه می‌کند و در نتیجه کنترل و سرکوبی افکار مربوط به درد مشکل گردیده و نشخوار فکری درباره درد افزایش می‌یابد. در این حالت چون فرد نمی‌تواند از درد فرار کند یا توجهش را بر روی دیگر فعالیت‌ها متمرکز کند احساس ناتوانی و نشانگان افسردگی ظاهری شود [۱۳، ۴۰ و ۴۱].

با توجه به یافته‌های به دست آمده ذکر این نکته حائز اهمیت است که در تشخیص، پیش آگهی و درمان دردهای مزمن باید به ارزیابی جنبه‌های روانشناختی همراه با درد توجه کافی مبذول نمود و غربالگری مبتلایان به دردهای مزمن را از جهت احتمال وجود افکار و رفتارهای خودکشی مد نظر داشت. به علاوه یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را برای شکل‌گیری تحقیقات مداخله‌ای در بستر رویکردهای شناختی-رفتاری ارائه نماید. برای مثال شناخت آسیب‌شناسی‌های شناختی از جمله وجود افکار فاجعه آفرین و آموزش‌های روان‌شناختی و تغییر شناخت در جهت کاهش این افکار می‌تواند موثر باشد و به عنوان بخشی از پروتکل درمانی بیماران درد مزمن در نظر گرفته شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود علاوه بر اینکه احتمال خطر خودکشی به عنوان یک اقدام پیشگیری کننده از همان مراحل ارزیابی نخستین بیماران درد مزمن، مورد توجه قرار گیرد و در کنار برنامه‌های درمانی پزشکی-دارویی بیماران درد مزمن آموزش‌های روان‌شناختی لازم در جهت جلوگیری از فاجعه انگاری حوادث به این بیماران ارائه گردد.

می‌کند بلکه حالات و احساساتی را هم که ناشی از شروع اثرات درمان است سوء تعبیر کرده و نتیجه می‌گیرد که درمان ناکارآمد است. بر اساس شواهد موجود احساس ناامیدی ناشی از ناکارآمدی درمان و شکست‌های مکرر درمانی می‌تواند منجر به ایجاد افکار خودکشی یا تشدید آن‌ها در این بیماران شود [۱ و ۵].

به علاوه اخیراً نشان داده شده است اثراتی که مکانیسم مقابله‌ای فاجعه آمیزی بر محیط اجتماعی اعمال می‌کند ممکن است نقش مهمی را در ارتباط با افکار خودکشی بازی کند. بر اساس رویکرد روش‌های مقابله‌ای اجتماعی، فاجعه آفرینی یک سبک بین فردی است که بیمار از آن برای به حداکثر رساندن مجاورت یا درخواست کمک و یا دریافت پاسخ همدردی از دیگران استفاده می‌کند و به این طریق اهداف و منافع بین فردی خود را به شبکه اجتماعی تحمیل می‌کند [۳۴] از سوی دیگر، نتایج برخی از مطالعات حاکی از آن است که میزان بالای فاجعه آمیزی به ویژه در دردهای طولانی مدت، از طریق ایجاد آشفتگی در دیگران و جدایی و بیگانگی تدریجی از آن‌ها دسترسی کلی به حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد [۳۵]. این در حالی است که وجود حمایت اجتماعی با ایجاد یک جایگاه امن برای فرد، ارزیابی مثبت از منابع استرس‌زا را به دنبال دارد و با کاهش استرس و افزایش سلامت روان و احساس رضایت از زندگی و تحمل سختی‌ها احتمال رفتارهای مخاطره آمیز مانند خودکشی را کاهش می‌دهد [۳۶].

فرضیه سوم این پژوهش که نشان دهنده نقش تعدیل کننده فاجعه آفرینی بر رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی است، یافته جدیدی را به دانش موجود در قلمر درد مزمن اضافه می‌کند. بر اساس این یافته، در آن گروه از بیماران درد مزمنی که به هنگام تجربه درد از راهبرد مقابله‌ای فاجعه آمیز کردن درد بیشتر استفاده می‌کنند، رابطه بین شدت درد و افکار خودکشی قوی‌تر است.

تا آنجا که دانش نگارنده اجازه می‌دهد سایقه منتشر شده‌ای از مطالعه‌ای داخلی یا خارجی که در آن نقش

- 11- Crombie, I. K., Oakley Davies, H. T. (1999). Requirements for epidemiological studies. In: IK Crombie, PR; Croft, SJ; Linton, L; LeResche, M. Von Korff, Editors, *Epidemiology of Pain*; Seattle: IASP Press, p.p.17-24.
- ۱۲- محمدی فر، محمد علی؛ حبیبی عسکرآبادی، مجتبی؛ و بشارت، محمد علی. (۱۳۸۴). ساخت و هنجاریابی مقیاس اندیشه خودکشی در میان دانشجویان. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۴، شماره ۱۶.
- 13- Rosenstiel, A. K., Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patients characteristics and current adjustment. *Pain*; 17: 33-44.
- 14- De Good, D. E., Taite, R. C. (2001). Assessment of pain beliefs and pain coping. In: Turk, D. C., Melzack, R (Eds). *Hand book of pain assessment*. Second Edition. New York: Guilford press.
- ۱۵- اصغری مقدم، محمد علی و گلک، ناصر (۱۳۸۴). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. *دانشور رفتار*، سال دوازدهم، شماره ۱۰، صص ۱-۲۲
- 16- Nunnally, J. C., Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. (3ed). New York: McGraw-Hill.
- 17- Kerns, R. D., Turk, D. C., Rudy, T. E. (1985). The West Haven- Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*; 23: 345-356.
- ۱۸- اصغری مقدم، محمد علی؛ گلک، ناصر (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه چند وجهی درد در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن، *مجله روانشناسی*، شماره ۴۵، صص ۵۰-۷۲
- 19- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistic*. New York: Allyn and Basco; 2001: 159.
- 20 Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistic* (4th ed) New York, NY: Harper and Row.
- 1- Magni, G., Rigatti-Luchini, S., Fracca, F. & Merskey, H. (1998). Suicidality in chronic abdominal pain: an analysis of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (HHANES). *Pain*; 76: 137-44.
- 2- "WHO Traditional medicine strategy". Geneva, 1994: 1-3, 43-47.
- 3- Bair, M. J., Robinson, R. L., Kton, W., Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch Intern Med*; 163: 2433-2445.
- 4- Tang, N.K. & Cran, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factor and psychological link. *Psychological Medicine*; 36: 1-12.
- 5- Edwards, R. R., Smith, M. T., Kudel, I., Haythornthwaite, J. (2006). Pain related catastrophizing as a risk factor for suicide ideation in chronic pain.; 126: 272-279.
- ۶- پرومند، اکرم (۱۳۸۹). بررسی رابطه ساده و چندگانه خشم، خودکارآمدی، فاجعه آمیز کردن و شدت درد با افکار خودکشی در نمونه‌های ایرانی مبتلا به درد مزمن. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شاهد.
- 7- Smith, M.T., Edwards, R.R., Robinson, R.C. & Dworkin, R.H. (2004a). Suicidal ideation, plan, and attempts in chronic pain patients: Factors associated with increased risk. *Pain*; 111: 204-8.
- 8- Williams, AC. & et al. (1997). Inpatient vs outpatient pain management: results of a randomized controlled trial *Pain*, 66: 13-22.
- 9- Fisher, B.J., Haythornthwaite, J.A., Heinberg, L.J., Clark, M. & Reed, J. (2001). Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*; 89: 199-206.
- 10- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*; 51: 1173-1182.

- 30- Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H. L., Ferguson, J. D., & Johen, B. (1979). The effect of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia and the utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology*; 88: 282-292.
- 31- Sharp, L., Sensky, T., Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset Rheumatoid Arthritis. The predictive role of disability: Illness perception, pain and coping. *J Psychosom Res*; 55: 325-332.
- 32- Angst, J., Angst, F., Stassen, H. H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*; 60: 57-62.
- 33- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. (2001). Change in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 69: 655-662.
- 34- Sullivan, M. J. L., Thiorn, B., Haythornthwait, J. A., Keff, F., et al. (2001). Theoretical perspective on the relationship between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*; 7: 52-64.
- 35- Rothroch, N. E., Lutgendorf, S. K., Kreder, K. G. (2003). Coping strategies in patients with interstitial cystitis: relationship with quality of life and depression. *Journal Urol*; 169: 233-236.
- 36- Helgeson, V. S., Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol*; 15 : 135-148.
- 37- Crombez, G., Eccleston, C., Beayens, F., Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophizing thinking enhancement attentional interference. *Pain*; 75: 187-198.
- 38- Van Damme, S., Crombez, G., Eccleston, C. (2002). Related disengagement from pain cue: The effects of pain catastrophizing and pain expectancy. *Pain*; 100: 11-118.
- 39- Van Damme, S., Crombez, G., Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: The role of catastrophic thinking about pain. *Pain*; 107: 70-76.
- 21- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park, CA: Sage.
- 22- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 23- Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Ban˜os JH, Cianfrini L. (2010). Catastrophizing, Acceptance, and Interference: Laboratory Findings, Subjective Report, and Pain Willingness as a Moderator. *Health Psychology*, 29: 299-306.
- 24- Arnstein, P. M., Wells-Federman, C., Alter, G, and Caudill, M. (1999). The Effect of an Integrated Cognitive- Behavioral Pain Management Program on Self-Efficacy Beliefs, Pain, Intensity, Disability and Depression in Chronic Pain Patients. 16th Annual Scientific Meeting, New Orleans, LA, 1997.
- 25- Chen, C.S., Yang, M. S., Yang, M. J., Chang, S. J., Chueh, K. H., Su, Y.C., et al. (2008). Suicidal thoughts among elderly Taiwanese aboriginal women. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 23: 1001-1006.
- 26- Carson, A., Best, S., Warlow, C., Sharpe, M. (2000). Suicidal ideation among out patients at general neurology clinics: Prospective study. *BMJ*; 320: 1311-1312.
- 27- Amir, M., Neumann, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A., Buskila, D. (2000). Coping Styles, Anger, Social Support, and Suicide Risk of Women with Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*; 8: 7-20.
- 28- Edwards, P. R., Haythornthwaite, J. A., Sullivan, M. J., Fillingim, R. B. (2004). Catastrophizing as mediator of sex difference in the pain: Differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain*; 111: 335-341.
- 29- Chaves, J. F., & Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the chronic clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*; 10: 263-276.

- 41- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D.A., Gill, K.M., Mitchell, D., Robertson, M. S., Nunley, J., Beckham, J.C., Crissoon, J.E., Helms, M. (1990). Pain coping skill training in the management of O.A.Knee. *Pain Behaviour Therapy*; 21:433-447.
- 40- Treharn, G., Lyons, A.C., Kitas, G.D. (2000). Suicidal ideation in patients with rheumatoid. research may help identify patients at high risk [Commen]. *British Medical Journal*: 321.18.

Archive of SID