

## ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC)

### در بیماران مبتلا به درد مزمن

میلاذ عابدی قلیچ‌قشلاقی<sup>(1)</sup>، دکتر محمدعلی اصغری مقدم<sup>(2)</sup>، مرضیه خلیل زاده پشتگل<sup>(3)</sup>

#### چکیده

**هدف:** بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) در بیماران مبتلا به درد مزمن، هدف پژوهش حاضر بود. **روش:** با کاربرد نمونه‌گیری در دسترس، 186 بیمار مبتلا به درد مزمن از دو شهر اردبیل (100 نفر) و تهران (86 نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. 30 نفر دیگر نیز برای محاسبه پایایی بازآزمایی بررسی شدند. برای گردآوری داده‌ها افزون بر سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC)، پرسش‌نامه ناتوانی جسمی (PDQ)، نسخه 21 گویه‌ای مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)، پرسش‌نامه چندوجهی درد (MPI) و پرسش‌نامه موردیابی درد مزمن به کار رفت. برای ارزیابی روایی، همبستگی PSMC با سایر ابزارها بررسی و پایایی نیز به روش‌های آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون محاسبه شد. **یافته‌ها:** PSMC با مهم‌ترین سازه‌های هم‌ابتلائی درد (افسردگی، اضطراب، استرس و ناتوانی جسمی) همبستگی بالا داشت و بنابراین از اعتبار سازه مناسبی برخوردار بود. پایایی PSMC نیز به دو روش آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون مناسب بود. **نتیجه‌گیری:** PSMC از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برای کاربرد در جمعیت ایرانی برخوردار است.

**کلیدواژه:** سیاهه خودمدیریتی درد؛ روایی؛ پایایی؛ درد مزمن

150

150

[دریافت مقاله: 1389/10/21؛ پذیرش مقاله: 1390/8/11]

#### مقدمه

رفتاری بیمار، موضوعی است که در بررسی‌های گوناگون تأیید شده است (جاکوب<sup>4</sup> و کرنز<sup>5</sup>، 2001). به بیان دیگر دیدگاه بالینی و پژوهشی برآمده از این بررسی‌ها بر این باور است که درد را باید در بافت روانی-اجتماعی آن تعریف کرد (اصغری مقدم و نجاریان، 2002).

بر پایه پیش‌بینی‌ها، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال 2020 خواهند بود. دوسوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد. در این شرایط خودکنترلی<sup>6</sup> بیماری‌های مزمن، از اهمیت روزافزون برخوردار است (اپینگ-جردن<sup>7</sup>، بنگوا<sup>8</sup>، کاوار<sup>9</sup> و سبت<sup>10</sup>، 2001؛ ون‌کوف<sup>11</sup> و همکاران، 1997). هدف

از سال‌ها پیش این واقعیت آشکار شده است که افراد مبتلا به بیماری مشترک، از نظر میزان شکایت، رغبت برای مراجعه به پزشک و پاسخ به درمان‌های مشابه، بسیار متفاوت هستند (زبورسکی<sup>1</sup>، 1962). کمتر از یک‌سوم افرادی که نشانه‌های مهم بالینی دارند، به پزشک مراجعه می‌کنند و 30-50 درصد این افراد اختلال تشخیصی مشخصی ندارند (دورکین<sup>2</sup> و گیتلین<sup>3</sup>، 1991). ارزیابی جامع درد مستلزم بررسی نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در تجربه و استمرار آن است؛ تأثیر ویژگی‌های خلقی و شناختی بیمار بر تجربه و استمرار درد، نیز اثر درد بر حالات شناختی، خلقی و

<sup>(1)</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ابتدای آزادراه تهران-قم، روبه‌روی حرم مطهر امام خمینی (ره)، دورنگار: 021-51212404 (نویسنده مسئول) E-mail: mld\_abedi@yahoo.com<sup>(2)</sup> دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه شاهد؛ <sup>(3)</sup> دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.

1- Zborwski  
2- Dworkin  
3- Gitlin  
4- Jacob  
5- Kerns  
6- self-control  
7- Epping-Jordan  
8- Bengoa  
9- Kawar  
10- Sabate  
11- Von Korff

(نیکولاس<sup>12</sup>، مالوی<sup>13</sup>، تامکین<sup>14</sup> و بیستون<sup>15</sup>، 2000) به وسیله اصغری مقدم، عابدی قلیچ قشلاقنی و خلیل زاده (2008) و به روش ترجمه - ترجمه وارون، به فارسی برگردان شده است. پژوهش حاضر به بررسی ویژگی های روان سنجی آن پرداخت.

## روش

در پژوهش حاضر با کاربرد نمونه گیری در دسترس، 186 بیمار مبتلا به درد مزمن - که درد آن ها بیش از شش ماه ادامه داشت و با وجود اقدامات درمانی بهبود نیافته بود - از دو شهر اردبیل (بک مرکز ترک اعتیاد و بیمارستان های فاطمی، امام خمینی<sup>(د)</sup> و تخصصی روان پزشکی ایثار) (100 نفر) و تهران (کلینیک سلامت خانواده و بیمارستان سینا) (86 نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. گفتنی است 30 نفر دیگر نیز برای محاسبه پایایی آزمون - بازآزمون<sup>16</sup> بررسی شدند. نمونه گیری حدود پنج ماه طول کشید. روند نمونه گیری بدین صورت بود که با پرسش از افراد مراجعه کننده به مراکز نمونه گیری، در صورت وجود ملاک درد مزمن، نیز رضایت به شرکت در پژوهش، پرسش نامه ها در اختیار آنها قرار می گرفت. برای گردآوری داده ها ابزارهای زیر به کار رفت:

**پرسش نامه ناتوانی جسمی**<sup>17</sup> (PDQ) (رولند<sup>18</sup> و موریس<sup>19</sup>، 2004) دارای 24 گویه است و دامنه گسترده ای از فعالیت های روزانه را که به دلیل کمردرد مختل شده است، پوشش می دهد؛ برای مثال «به دلیل کمردرد بیشتر اوقات در منزل می مانم» یا «به دلیل کمردرد آهسته تر از حد معمول راه می روم». کمینه و بیشینه نمره PDQ به ترتیب صفر و 24 و نمره بالاتر، مبین ناتوانی جسمی شدیدتر است (اصغری مقدم و گلک، 2008). PDQ در بررسی های گوناگونی (رولند و موریس، 2004) با بیماران مبتلا به کمردرد مزمن و سایر دردهای مزمن در دیگر اعضای بدن به کار رفته و ویژگی های

درمان های شناختی - رفتاری<sup>1</sup> (CBT)، بر پایه مداخله های خودکنترلی، کمک به بیماران برای کاهش ناتوانی ها و آشفتگی های ناشی از وجود درد است، بدین صورت که به بیمار آموزش می دهند بر تعاریف روان شناختی و رفتاری درد چیره شود (ماین<sup>2</sup>، 2008). هم چنین نگهداری بهبودی به مدت طولانی، وابسته به آن است که بیمار تمرین های مربوط به راهبردهای مؤثر خودکنترلی را ادامه دهد و از راهبردهای غیرمؤثر پیشین پرهیز نماید (ترک<sup>3</sup> و رودی<sup>4</sup>، 1991). جست و جو برای یافتن روش هایی برای نگهداری بهبودی حاصل از درمان، پژوهش های بسیاری را موجب شده است (لیتون<sup>5</sup> و هالندن<sup>6</sup>، 1997). شواهد همه گیرشناسی نشان گر آن است که درمان های شناختی - رفتاری موفقیت آمیز بوده اند. برای مثال کاربرد راهبردهای فعال مقابله با درد (مثل تلاش برای ادامه فعالیت یا ورزش و پرهیز از دارو) به ناتوانی و آشفتگی کمتر منجر شده است، در صورتی که راهبردهای منفعل مقابله با درد (مثل استراحت، پرهیز از فعالیت و درمان شدن به وسیله دیگران) با رنج ناشی از ناتوانی و آشفتگی همراه بوده است (بلیس<sup>7</sup> و همکاران، 2005). باچیندر<sup>8</sup>، تولی<sup>9</sup> و یات<sup>10</sup> (2001) نشان دادند کم رنگ شدن باور پرهیز از فعالیت و جست و جو برای درمان، به مدیریت کمردردهای خفیف مداوم کمک کرده، باعث اتلاف کمتر زمان کار و کاهش هزینه های درمانی می شود. شواهدی وجود دارد که بهبود توانایی خودکنترلی درد، بر پی گیری های درمان شناختی - رفتاری درد مؤثر است.

هر چند که بررسی های زمینه یابی بالینی، راهبردهای به کاررفته به وسیله افراد جامعه برای خودکنترلی درد را به طور کلی نفی می کند و آنها را ناکارآمد می داند، در شمار کمی از بررسی ها (ترک، 1983) نشان داده شده است افرادی که دردهای مزمن دارند، روش های مناسبی به کار می برند. هم چنین پژوهش ها نشان داده اند خودکنترلی درد با عوامل شخصیتی، سطح تحصیلات و شدت درد (عابدی، خلیل زاده، رحمانی و اصغری مقدم، 2010) رابطه دارد.

بنابراین با توجه به ادبیات پژوهشی، این نگرش فرد نسبت به بیماری و نوع تفکر او در مورد کنترل پذیر بودن درد است که بخش بزرگی از روند پیشرفت بیماری را تعیین می کند. از این رو بررسی خودکنترلی درد در بیمارانی که از درد مزمن رنج می برند، برای متخصصان بسیار مفید و در برنامه ریزی درمانی ضروری و مؤثر است. سیاهه خودمدیریتی درد<sup>11</sup> (PSMC)

- |                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| 1- Cognitive Behavior Therapies       | 3- Turk     |
| 2- Main                               | 5- Linton   |
| 4- Rudy                               | 7- Blyth    |
| 6- Hallden                            | 9- Tolley   |
| 8- Buchbinder                         |             |
| 10- Wyatt                             |             |
| 11- Pain Self-Management Checklist    |             |
| 12- Nicholas                          | 13- Molloy  |
| 14- Tonkin                            | 15- Beeston |
| 16- test-retest reliability           |             |
| 17- Physical Disability Questionnaire |             |
| 18- Roland                            | 19- Morris  |

لیکرت صفر تا چهار نمره گذاری می‌شوند و نمره کمتر، نشان‌گر خودمدیریتی بیشتر است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها 0/77-0/92 و میانگین ضرایب همبستگی میان گویه‌ها برای هر خرده‌مقیاس 0/40-0/25 گزارش شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16<sup>15</sup> انجام شد. برای بررسی روایی، همبستگی مقیاس با مهم‌ترین هم‌بودهای درد یعنی افسردگی، اضطراب، استرس و ناتوانی جسمی بررسی شد. پایایی نیز به روش‌های ضریب هم‌سانی درونی<sup>16</sup> (آلفای کرونباخ) و آزمون-بازآزمون محاسبه شد.

### یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سن آزمودنی‌های زن (n=41)، مرد (n=59) و کل در نمونه اردبیلی به ترتیب 43/29 (13/74)، 48/57 (17/08) و 46/41 (15/94) و میانگین (و انحراف معیار) سال‌های تحصیل آنان به همان ترتیب 7/51 (4/13)، 8/71 (4/29) و 8/22 (4/24) بود. میانگین (و انحراف معیار) سن آزمودنی‌های زن (n=65)، مرد (n=22) و کل در نمونه تهرانی به ترتیب 35/78 (11/36)، 36/63 (12/96) و 36 (11/71) و میانگین (و انحراف معیار) سال‌های تحصیل آنان به همان ترتیب 21/38 (3/49)، 11/45 (2/53) و 12/15 (3/29) بود. به بیان دیگر میانگین سنی آزمودنی‌های اردبیلی بیش از آزمودنی‌های تهرانی و میزان تحصیلات آزمودنی‌های تهرانی بالاتر از آزمودنی‌های اردبیلی بود. دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند وضع مالی، شمار افراد خانواده و وضعیت تأهل تفاوتی در دو نمونه نداشت. تحلیل‌های توصیفی در مورد کل نمونه (آزمودنی‌های تهرانی و اردبیلی) نشان داد میانگین (و انحراف معیار) سن، سال‌های تحصیل، مدت درد، سابقه کار و شمار عمل جراحی به ترتیب 41/56

روان‌سنجی آن تأیید شده است. از آنجا که آزمودنی‌های پژوهش حاضر به درد مزمن در اعضای گوناگون بدن مبتلا بودند، همانند بسیاری دیگر از بررسی‌های پیشین، با تغییر اندکی در پرسش‌نامه، کلمه درد جایگزین کم‌درد شد.

**نسخه 21 گویه‌ای مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس<sup>1</sup> (DASS-21)** (لوی‌باند<sup>2</sup> و لوی‌باند، 1995): نسخه اصلی این مقیاس خود گزارشی، 42 گویه دارد و افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد. آلفای کرونباخ<sup>3</sup> DASS برای سه خرده-مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب 0/84، 0/91 و 0/90 (همان‌جا) بود که در بررسی‌های دیگر نیز تأیید شد (آنتونی<sup>4</sup>، بلینگ<sup>5</sup>، کاکس<sup>6</sup>، انز<sup>7</sup> و سویینسون<sup>8</sup>، 1998). تحلیل عاملی با مؤلفه‌های اصلی<sup>9</sup> و تحلیل عاملی تأییدی<sup>10</sup> نشان‌گر آن بود که الگوی سه‌عاملی، بهترین تناسب را فراهم می‌کند؛ تناسبی که به‌طور معنی‌دار بهتر از الگوی دو عاملی است.

**پرسش‌نامه چندوجهی درد<sup>11</sup> (MPI)** (کرنز، ترک و رودی، 1985) سه جنبه زیستی، روانی و اجتماعی درد، چگونگی ارزیابی بیمار از درد، آگاهی از میزان تأثیر درد بر فعالیت‌های روزانه بیمار و چگونگی واکنش اطرافیان بیمار نسبت به رفتارهای درد را می‌سنجد. MPI هشت خرده‌مقیاس دارد: شدت درد، اختلال در زندگی روزانه، حمایت اجتماعی، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی، پاسخ منفی، دلسوزی و انحراف توجه. در یک بررسی (اصغری مقدم و گلک، 2008) ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌های MPI 0/77-0/92 و میانگین ضرایب همبستگی میان گویه‌ها 0/25-0/40 بود. روایی تشخیصی<sup>12</sup> و ملاک<sup>13</sup> MPI نیز تأیید شد.

**پرسش‌نامه درد مزمن<sup>14</sup> (CPI)** (اصغری مقدم، 2011) افزون بر مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی، شدت درد، میانگین شدت درد در شش ماه پیشین، زمان شروع درد، تأثیر درد بر روابط اجتماعی و خانوادگی، تعداد عمل جراحی به دلیل درد و محل‌های فرعی و محل اصلی درد در بدن و... را بررسی می‌کند. در پژوهش حاضر، برخی از گویه‌های این پرسش‌نامه بر پایه اهداف پژوهش، و نظر سازنده آن حذف شد و 31 گویه به‌وسیله آزمودنی‌ها پاسخ داده شد.

**سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC)** (نیکولاس و همکاران، 2000) دارای 18 گویه پنج‌گزینه‌ای است که روش‌های مقابله و خودمدیریتی رفتاری و شناختی را در سازگاری با درد بررسی می‌کند. گویه‌ها به‌صورت مقیاس

1- Depression, Anxiety, Stress Scale

2- Lovibond

4- Antony

6- Cox

8- Swinson

9- factor analysis with principle components

10- confirmatory factor analysis

11- Multidimensional Pain Inventory

12- distinction validity

13- criterion

14- Chronic Pain Inventory

15- Statistical Package for the Social Science-version 16

16- internal consistency

3- Cronbach  $\alpha$

5- Bieling

7- Enns

میانگین (و انحراف معیار) افسردگی، استرس، اضطراب، ناتوانی جسمی و خودکنترلی درد به ترتیب در زنان 8/61 (5/31)، 10/04 (5/53)، 8/83 (5/32)، 10/73 (5/59) و 8/31 (8/66)، در مردان 8/35 (4/98)، 10/51 (4/45)، 8/31 (5/15)، 11/8 (5/72) و 34/48 (8/88) و در کل آزمودنی‌ها 8/5 (5/16)، 10/24 (5/08)، 8/32 (5/23)، 11/19 (5/66) و 36/36 (8/88) بود.

میزان آلفای کرونباخ برای 18 گویه PSMC روی 179 آزمودنی 0/602 به دست آمد. پایایی آزمون- بازآزمون با فاصله سه هفته روی 30 آزمودنی، 0/678 ( $p \leq 0/001$ ) بود. روایی سازه<sup>1</sup> PSMC به وسیله محاسبه همبستگی میان PSMC با مهم‌ترین همایندهای درد مزمن، یعنی افسردگی، اضطراب، استرس و ناتوانی جسمی بررسی شد (جدول 1).

(15/02)، 10/04 (4/29)، 3/16 (1/22)، 23/28 (14/61) و 0/38 (0/88) بود. 56/7 درصد کل نمونه زن بودند و 39 نفر به دلیل درد، عمل جراحی داشتند.

تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه موردیابی درد مزمن نشان داد فراوانی (و درصد) دلیل به وجود آمدن درد، برای موارد حادثه به هنگام کار؛ هنگام کار، اما نه به علت حادثه؛ حادثه در منزل؛ سانحه تصادف ماشین؛ پس از عمل جراحی؛ به دنبال بیماری؛ بدون علت خاص و سایر علل به ترتیب عبارت بود از 11 (5/9 درصد)، 20 (10/7 درصد)، 5 (2/7 درصد)، 12 (6/4 درصد)، 5 (2/7 درصد)، 14 (7/5 درصد)، 90 (48/1 درصد) و 22 (11/8 درصد). 8 نفر (4/3 درصد) نیز به این پرسش پاسخ ندادند.

جدول 1- همبستگی میان سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) با سایر متغیرها

	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
خودکنترلی درد (1)	0/004 (n=179)	0/195** (n=179)	0/233** (n=179)	0/466*** (n=179)	0/364*** (n=178)	0/341*** (n=179)	0/323*** (n=179)	0/413*** (n=177)	0/35*** (n=177)	1 (n=179)	
ناتوانی جسمی (2)	-0/133 (n=185)	0/184** (n=185)	0/315*** (n=185)	0/328*** (n=185)	0/343*** (n=184)	0/323*** (n=185)	0/229** (n=185)	0/362*** (n=185)	1 (n=185)		
استرس (3)	0/166* (n=185)	0/431*** (n=185)	0/180** (n=185)	0/482*** (n=185)	0/528*** (n=185)	0/692*** (n=185)	0/709*** (n=185)	1 (n=185)			
افسردگی (4)	-0/118 (n=187)	0/268*** (n=187)	-0/012 (n=187)	0/461*** (n=187)	0/566*** (n=186)	0/817*** (n=187)	1 (n=187)				
اضطراب (5)	-0/108 (n=187)	0/387*** (n=187)	0/064 (n=187)	0/447*** (n=187)	0/563*** (n=186)	1 (n=187)					
اختلال در عملکرد (6)	-0/010 (n=186)	0/429*** (n=186)	0/104 (n=186)	0/541*** (n=186)	1 (n=186)						
شدت درد (7)	-0/074 (n=187)	0/441*** (n=187)	0/234*** (n=187)	1 (n=187)							
حمایت اجتماعی (8)	-0/123 (n=187)	0/044 (n=187)	1 (n=187)								
پیشانی هیجانی (9)	0/175* (n=187)	1 (n=187)									
مه‌ار بر زندگی (10)	1 (n=187)										

\*  $p \leq 0/05$ ; \*\*  $p \leq 0/01$ ; \*\*\*  $p \leq 0/001$

## بحث

## سیاسگزاری

از آقای دکتر مهدی پناه‌خواهی، متخصص کلینیک تخصصی درد بیمارستان سینای تهران، به دلیل فراهم نمودن امکان فعالیت در آن بیمارستان و آقای دکتر محمدرضا شعیری برای نظرهای مؤثرشان، و نیز تمامی بیماران عزیزی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

## منابع

- Abedi Ghelich Gheshlaghi, M., Khalilzadeh, M., Rahmani, M., & Asghari Moghadam, M. (2010). The relationship between negative emotions and acute pain in a group of students. *Proceedings of the Fifth Congress of Mental Health*, 5, 218-219. (Persian)
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7<sup>th</sup> Ed.). NJ: Prentice Hall.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety and stress scales in clinical groups and community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Asghari Moghadam, M., Abedi Ghelich Gheshlaghi, M., & Khalilzadeh, M. (2008). Investigation of psychometric characteristics of pain self-management checklist. *Congress of Cognitive Behavioral Therapy*, 6, 130.
- Asghari Moghadam, M., & Golak, N. (2008). Investigation of multiple pain inventories in Iranian population of chronic pain. *Journal of Psychology*, 1(12), 55-70. (Persian)
- Asghari Moghadam, M. (2011). *Screening of chronic pain patient inventory book*. Iran: Developmental publication.
- Asghari Moghadam, M., & Najarian, B. (2002). *Psychology of pain*. Tehran: Roshd Pub. (Persian)
- Buchbinder, R., Tolley, D., & Wyatt, M. (2001). Effects of a medicine camping on back pain beliefs. It's potential influence on management of low back pain in general practice. *Spine*, 26, 2535-2542.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J. M., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2005). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain*, 9, 727-734.
- Dworkin, R., & Gitlin, M., (1991). Clinical aspects of depression in chronic pain patient. *Clinical Journal of Pain*, 1, 19-49.

پژوهشگران بر این باورند که مقابله با درد، یک مقابله زیستی - روانی - اجتماعی است و طرحی به درمان درد بهتر جواب می‌دهد که هر سه حوزه را در نظر بگیرد. پژوهشگران (کیف<sup>1</sup>، 1982؛ ترک و کرنز، 1983؛ ترک، 1988) اشاره کرده‌اند افراد در مقابله رفتاری و شناختی با درد خود، از روش‌های گوناگون بهره می‌گیرند؛ برخی از این روش‌ها موجب بهبود درد و تسهیل در اثربخشی درمان و وضعیت اجتماعی و خانوادگی فرد می‌شود و برخی دیگر از شناخت‌ها و رفتارهای به کاررفته برای مقابله با درد، موجب پیچیده‌تر شدن وضعیت و پاسخ‌دادن به درمان می‌شود. در این چهارچوب نظری، به‌هنگام طرح‌ریزی درمان، متخصص بالینی باید از چگونگی ارزیابی بیمار از درد و میزان تأثیری که درد بر فعالیت‌ها و وجوه گوناگون زندگی روزمره بیمار برجا گذاشته است، آگاه باشد. بنابراین ابزارهایی که ادراک بیمار از درد خود و رفتارهای مقابله‌ای با درد، نیز میزان تأثیر درد بر فعالیت‌ها و عملکردهای بیمار را به‌صورت دقیق مورد ارزیابی قرار دهد، بسیار اهمیت دارد.

ویژگی‌های روان‌سنجی PSMC در پژوهش حاضر خوب بود. در دیگر بررسی‌ها نیز PSMC با سازه‌های هم‌آیند، ارتباط معنادار و در بیشتر موارد، متوسط (آناستازی<sup>2</sup> و یوربنا<sup>3</sup>، 1997) داشته است؛ به استثنای دو خرده‌مقیاس پریشانی هیجانی و مهار بر زندگی MPI که همبستگی ضعیفی با PSMC داشتند. پایایی PSMC نیز به دو روش آلفای کرونباخ و آزمون - بازآزمون خوب بود، هرچند احتمال می‌رود با افزودن و کاستن گویه‌ها، با توجه به بافت فرهنگی کشور، می‌توان هم‌سانی درونی این مقیاس را بالاتر از میزان کنونی برد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مشکل تعمیم یافته‌ها تنها به بیماران مبتلا به درد مزمن دو شهر تهران و اردبیل بود. به دلیل محدودبودن نمونه به بیمارستان‌های دولتی، به احتمال زیاد سطح سواد و توان اقتصادی نمونه پژوهش حاضر، با جمعیت کلی بیماران مبتلا به درد مزمن متفاوت است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان خودمدیریتی درد در گروه‌های مختلف تحصیلی با یکدیگر متفاوت است (عابدی، خلیلی‌زاده، رحمانی و اصغری‌مقدم، 2010)، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی توان اقتصادی، سطح تحصیلات و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد توجه قرار گیرد.

- Epping-Jordan, J., Bengoa, R., Kwar, R., & Sabate, E. (2001). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *Behavioral Medicine Journal*, 323, 947-948.
- Jacob, M.C., & Kerns, R.D. (2001). Assessment of the psychosocial context of the experience of chronic pain. In: D.C. Turk. & D. melzack (Eds.). *Handbook of pain assessment*. New pork: Guilford press.
- Keefe, F. J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 911-936.
- Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The west haven Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Linton, S. J., & Hallden, K. (1997). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting out-come in acute and sub acute back pain. *Clinical journal of Pain*, 14, 202-215.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression, anxiety and stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Main, C. J. (2008). *The nature of chronic pain: A clinical and legal challenge*. London: Oxford University Press.
- Nicholas, M. K., Molloy, A., Tonkin, L., & Beeston, L. (2000). *Manage your pain: practical and positive ways of adapting to chronic pain*. Sydney: ABC Books.
- Turk, D. C. (1988). Customizing treatment for chronic pain patients: Who, what and why. *Clinical Journal of Pain*, 6, 255-270.
- Turk, D. C., & Kerns, R. D. (1983). Conceptual issues in the assessment of clinical pain. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 13, 15-26.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1991). Towards an empirically derived logical assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 233-238.
- Roland, M., & Morris, R. (2004). A study of a natural history of the back pain, part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8, 141-144.
- Von Korff, M., Moore, J. E., Lorig, K., Charkin, D. C., Saunders, K., Gonzalez, V. (1997). A randomized trial of a layperson-led self management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23, 2608-2615.
- Zborwski, M. (1962). *People in pain*. San Francisco: Jossey-Buss.

Original Article

**Psychometric characteristics of Pain Self-Management Checklist (PSMC)  
in Patients with Chronic Pain**

**Abstract**

**Objectives:** The purpose of this research was to investigate the psychometric characteristics of Pain Self-Management Checklist (PSMC) in the population with chronic pain. **Method:** First, the checklist was administered to 186 patients with chronic pain, selected through random sampling in Tehran (n=86) and Ardebil (n=100). Then, test-retest reliability coefficient was evaluated with another 30 patients with chronic pain. In addition to the PSMC, some other checklists including Physical Disability Questionnaire (PDQ), Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21), Multidimensional Pain Inventory (MPI), and chronic pain case-finding questionnaire were used for data collection. To validate the PSMC, its correlation with other instruments was investigated, and the reliability was calculated using Chronbach's alpha and test-retest. **Results:** The results indicated that this checklist has high correlation with most important pain co-morbidity constructs (depression, anxiety, stress and physical disability). Therefore, it has appropriate construct validity. Moreover, the reliability of this checklist using Chronbach's alpha and test-retest was appropriate. **Conclusion:** This study provides evidence for the advantage of using this checklist for Iranian patients.

**Key words:** chronic pain; validity; reliability

[Received: 11 January 2011; Accepted: 2 November 2011]

**Milad Abedi Ghelich Gheslraghi \***,  
**Mohammad Ali Asghari-moghaddam <sup>a</sup>,**  
**Marziye Khalilzade Poshtgol <sup>a</sup>**

\* Corresponding author: Shahed University,  
Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-51212404

E-mail: [mld\\_abedi@yahoo.com](mailto:mld_abedi@yahoo.com)

<sup>a</sup> Shahed University, Tehran, Iran.

156  
156