

نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانه‌های بیماری درد مزمن

نویسندگان: سکینه جولائیا^{۱*}، علی پولادی ری شهری^۲، افسانه لک^۳، احمدعلی نوربالا^۴، مجید صفاری نیا^۵

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد بوشهر، بوشهر، ایران
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
۴. استاد گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانتی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

E-mail: njulaieha@yahoo.com

* نویسنده مسئول: سکینه جولائیا

چکیده

مقدمه و هدف: تاب‌آوری و سن دو متغیر مهمی هستند که در سازگاری بیماران با بیماری‌شان نقش دارند؛ بنابراین پژوهش حاضر، با هدف بررسی نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانه‌های بیماری درد مزمن صورت گرفت.

موارد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی و از نوع هم‌بستگی ۱۵۴ نفر (۶۴ مرد و ۹۰ زن) بیمار درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام‌خمینی به‌روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس تاب‌آوری، فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و پرسش‌نامه ناتوانی جسمانی پاسخ دادند. داده‌های به‌دست‌آمده، با استفاده از ضریب هم‌بستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

نتایج: نتایج ضریب هم‌بستگی نشان داد که تاب‌آوری با اضطراب، افسردگی، تنیدگی و ناتوانی جسمانی رابطه منفی معناداری داشت و سن با ناتوانی جسمانی رابطه مثبت معنادار داشت. همچنین نتایج نشان داد که تاب‌آوری به‌صورت منفی اضطراب، افسردگی، تنیدگی و ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی می‌کند و سن نیز می‌تواند به‌صورت مثبت ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی کند.

نتیجه‌گیری: بر اساس این پژوهش می‌توان به نقش تاب‌آوری به‌عنوان عاملی محافظت‌کننده در سازگاری با درد مزمن اشاره کرد. این مسئله نیز قابل توجه است که افراد مسن‌تر محدودیت‌های کارکرد جسمانی بیشتری را در هنگام ابتلا به درد مزمن نشان می‌دهند که باید در طراحی درمان‌های دارویی و غیردارویی برای بیماران درد مزمن آن را در نظر داشت.

واژگان کلیدی: درد مزمن، سازگاری، تاب‌آوری، سن.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌وچهارم-شماره ۱۲۵
آبان ۱۳۹۵

دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۰۳
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۵/۰۷/۱۷
پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۲۴

مقدمه

مزمن بر حالات شناختی و هیجانی و جسمی فرد مبتلا تأثیر زیادی می‌گذارد (۱۳).

علاوه بر این، درد مزمن اغلب با اضطراب و افسردگی نیز همراه است (۱۴). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت کسانی که با درد مستمر زندگی می‌کنند، چهار برابر بیشتر از کسانی که درد ندارند، از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند و دو بار بیشتر احتمال دارد که در کارکردن مشکل داشته باشند (۱۵). این بیماران ممکن است درجات مختلفی از احساساتی از قبیل افسردگی، اضطراب، ناامیدی، ترس و خشم را تجربه کرده و در سبک زندگی اختلال داشته و احساس ناتوانی در کاهش شدت درد و ناتوانی در کنترل سلامت خودشان داشته باشند (۱۶). به‌طور سنتی، تمرکز اولیه در مطالعات مربوط به سازگاری با درد مزمن روی آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی است؛ اما مکانیسم‌های روان‌شناختی مثبتی نیز وجود دارند که باعث عملکرد مثبت یا مراقبت در برابر حالات هیجانی منفی بعدی می‌شوند (۱۷) که یکی از این مکانیسم‌های روان‌شناختی مثبت تاب‌آوری^۳ است. تاب‌آوری در دو دهه اخیر توجه‌های گسترده‌ای را به خود اختصاص داده است (۱۸) و تاکنون تعریف‌های متعددی نیز از آن شده است. از توان برگشتن به حالت تعادل و حفظ فعالیت‌های قبلی گرفته تا سازگاری مثبت با سختی که فرایند اضافی رشد شخصی یا معناداری را نیز پیشنهاد می‌کند (۱۹، ۲۰). به‌عنوان مثال کنت و همکاران (۲۱) تاب‌آوری را به‌عنوان یک تغییر شناختی تعریف کرده و می‌گویند تاب‌آوری فرایندی پویا از مقابله است که در آن، شخص با رویدادی که استرس مزمن ایجاد کرده مواجه می‌شود؛ این فرایند نیازمند سازگاری بیشتر و اکتشاف اهداف، رفتارها یا راه‌های تفکر جدیدی است که از عاطفه مثبت و منابع شخصی حمایت می‌کند. این تغییر شناختی بی‌نظیر است، چون فرایندهای ناقص یا گذرا را تشخیص می‌دهد؛ یعنی قبل

درد مزمن^۱ معمولاً برای توصیف دردی غیرسرطانی و مقاوم به درمان به کار می‌رود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبودی انتظار می‌رود، طول کشیده است (۱). بررسی ۱۵ مطالعه همه‌گیرشناسی، میانگین شیوع درد مزمن را در جمعیت بزرگسالان ۱۵ درصد گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۲۰ درصد تخمین می‌زند (۲). شایع‌ترین سن ابتلا به درد، دهه چهارم و پنجم زندگی است، شاید به این دلیل که با افزایش سن، تحمل درد کاهش می‌یابد (۳). تخمین زده می‌شود که حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر فقط در آمریکا، مبتلا به درد مزمن هستند (۴). به دلیل تبعات مالی و اجتماعی بالقوه درد مزمن درک مکانیسم‌های سازگاری با درد مزمن همواره مورد نیاز بوده است (۵). پژوهش‌های زیادی به منظور بررسی عوامل مؤثر در سازگاری^۲ با درد مزمن انجام شده است (۶) که نتایج نشان می‌دهد مبتلایان به درد مزمن مشکلات روان‌شناختی و رفتاری متفاوتی را نشان می‌دهند و عواملی مانند آسیب عضوی، شدت درد و عوامل موقعیتی همگی نقش مهمی را در سازگاری با درد مزمن ایفا می‌نمایند؛ اما این عوامل قادر به تبیین بخش مهمی از تفاوت‌های موجود در سازگاری با درد مزمن نیستند (۷). انجمن جهانی مطالعه و بررسی درد (۸) بر پایه شواهد پژوهشی موجود، درد و پیامدهای آن را تجربه ادراکی پیچیده‌ای معرفی کرده است که باید از الگویی چندوجهی یعنی الگویی زیستی روانی اجتماعی در تبیین آن بهره گرفت. امروزه این دیدگاه به‌طور گسترده‌ای پذیرفته شده است (۹-۱۱). ماهیت غیرقابل پیش‌بینی، غیرقابل کنترل و غیرقابل انعطاف درد مزمن، تنیدگی روان‌شناختی قابل توجهی را بر این بیماران تحمیل می‌کند (۱۲). فرایندهای سازگاری با درد مزمن پیچیده بوده و در حوزه‌های مختلفی روی می‌دهد؛ زیرا درد

1. Chronic pain
2. Adjustment

3. Resiliency

اعصاب در عصر حاضر قرار گرفته است و مطالعات فراوانی در این حوزه، با استفاده از پیشرفت‌های علمی صورت گرفته است. همان‌طور که بیان شد، تاب‌آوری یکی از متغیرهای روان‌شناختی مهمی است که می‌تواند تأثیر مثبتی بر سازگاری افراد و کاهش علائم بیماران مختلف داشته، اما تأثیر آن بر علائم و سازگاری افراد مبتلا به درد مزمن همچنان به صورت کامل و با دیدی جامع بررسی نشده است که نیاز است به بررسی آن پرداخته شود. علاوه بر تاب‌آوری، سن نیز می‌تواند بر علائم و نشانه‌های آن تأثیرگذار باشد که تاکنون به بررسی همه‌جانبه آن پرداخته نشده است. با این توجه به اهمیت اختلال درد و سازگاری بیماران مبتلا به این اختلال و همچنین کمبود پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط بین متغیرهای مهم تاب‌آوری و سن بر علائم این بیماران، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانه‌های بیماری درد مزمن صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع هم‌بستگی است که به منظور بررسی نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانه‌های بیماری درد مزمن صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به درد مزمن بود که از اول فروردین‌ماه تا سی خردادماه ۱۳۹۵ به کلینیک چندتخصصی درد بیمارستان امام خمینی مراجعه کردند. از این افراد بر اساس جدول کوکران و با استفاده از نمونه‌گیری داوطلبانه، تعداد ۱۵۴ نفر انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته‌اند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: آگاهی و رضایت داوطلبانه از انجام پژوهش، محرمانه‌بودن پژوهش و داشتن بیش از ۶ ماه درد مستمر. جهت اجرای پژوهش، دو نفر از پژوهشگران به‌طور انفرادی، با بیماران صحبت می‌کردند و اطلاعات کامل از پژوهش و اهداف پژوهش را برایشان تشریح می‌کردند و به ایشان اطمینان می‌دادند

از تغییر اولیه به سمت سازگاری مثبت، باعث مقابله با استرسورهای پیچیده و نوسانات دوره‌ای بین گذشته و آینده می‌شود (۲۱). رفتارهای تاب‌آورانه به صورت‌های مختلفی دیده می‌شود؛ برای مثال در ارتباطات اجتماعی، همدلی و فعالیت‌های داوطلبانه و در بافت‌های زیادی نیز روی می‌دهد؛ از جمله در ذهن، تبادلات بین‌فردی، گروه‌های کوچک و جامعه (۲۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد تاب‌آور در تنظیم تجارب هیجانی منفی، تمایل به استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای دارند که عواطف مثبت را فرامی‌خواند؛ مثل ارزیابی مجدد مثبت و یافتن فواید، شوخ‌طبعی و القای معنی مثبت به اتفاقات روزانه و یا مقابله مسئله‌محور و هدفمند برای تنظیم تجارب هیجانی منفی (۲۲). بر همین اساس، تاب‌آوری با تنیدگی روان‌شناختی رابطه معکوس دارد (۲۳، ۲۴). تاب‌آوری نه تنها قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقای آن است (۲۵). تاب‌آوری «من»^۱ به افراد توانایی می‌بخشد تا به شرایط و محیط‌های متغیر، ناملایمات و مشکلات زندگی با انعطاف و مقاومت پاسخ دهند، بدون اینکه دچار آسیب شوند و آن‌ها حتی این موقعیت‌ها را فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود قرار می‌دهند (۲۶). افزون بر این، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درد در سنین بالاتر نسبت به افراد جوان، با ناتوانی شدیدتر و کیفیت زندگی آسیب‌دیده‌تر همراه می‌باشد (۲۷). یزدی راوندی و همکاران (۱۵) در پژوهش روی بیماران درد مزمن به این نتیجه رسیدند که در مقایسه بین سن و تاب‌آوری، وقتی پای توانایی‌های جسمی در میان باشد، سن پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است. میتوما و همکاران (۲۸) نیز نشان دادند سن رابطه معنادار معکوسی با بعد جسمانی^۲ کیفیت زندگی دارد.

باتوجه به آنچه که ذکر گردید، اختلال درد مزمن یکی از اختلالاتی است که بسیار مورد توجه متخصصان علوم

1. Ego
2. Physical component

۲. فرم کوتاه مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس^۲ (DASS_21)

این پرسش‌نامه از ۲۱ عبارت مرتبط با عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و تنیدگی) تشکیل شده است و ۳ زیرمقیاس دارد که هر زیرمقیاس شامل ۷ سؤال می‌باشد که آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، شدت علامت مطرح شده را با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند و نمرات هر خرده‌مقیاس از ۰ تا ۲۱ تغییر می‌کند (۳۱). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، در یک نمونهٔ هنجاری ۷۱۷ نفری، برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۱). در ایران نیز آلفای کرونباخ ابزار در یک نمونهٔ ۴۰۰ نفری در جمعیت عادی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۳ و ۰/۷۶ گزارش شده است (۳۲). همچنین در مطالعه‌ای با ۲۲۷ بیمار درد مزمن با استفاده از تحلیل عامل تأییدی ساختار ۳ عاملی ابزار تأیید و آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۳). DASS دو فرم بلند و کوتاه دارد که هر کدام به ترتیب ۴۲ و ۲۱ گویه دارند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه آن استفاده شده است.

۳. پرسش‌نامهٔ ناتوانی جسمانی رولند و موریس^۳ (RDQ)

این پرسش‌نامه دارای ۲۴ سؤال است که با محتوای ناتوانی‌های جسمانی به وجود آمده در اثر درد تشکیل شده است. نمره‌های بیماران در این آزمون از صفر تا ۲۴ تغییر می‌کند و نمرهٔ بالاتر بیانگر ناتوانی جسمانی شدیدتر است. پایایی، اعتبار و حساسیت این پرسش‌نامه در بین بیماران درد مزمن تأیید شده است. پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۴). ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در بیماران ایرانی درد مزمن نیز تأیید شده است (۳۵). در مطالعهٔ مذکور ضریب همسانی درونی ۰/۸۸ به دست آمد.

که جنبه‌ها و نتایج این پژوهش محرمانه خواهند ماند. پس از احراز ملاک‌های پژوهش و موافقت بیمار از وی خواسته می‌شد تا پرسش‌نامه‌ها را در همان درمانگاه کامل کند؛ در ضمن، پژوهشگران بر روند تکمیل پرسش‌نامه‌ها نظارت داشتند تا پرسش‌نامه‌ها ناقص تکمیل نگردند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسش‌نامهٔ مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی:

این پرسش‌نامه که دارای ۱۶ سؤال است، به صورت مصاحبه از بیمار پرسیده می‌شود و حاوی اطلاعاتی در مورد ویژگی‌های شخصی و متغیرهای مرتبط با اختلال درد مزمن بود.

۱. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱ (CS_RISC)

این مقیاس جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید توسط کانر و دیویدسون ساخته شد (۲۹) و دارای ۲۵ سؤال است که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ میانگین این مقیاس ۵۲ است و هرچه نمرهٔ آزمودنی بالاتر از ۵۲ باشد، تاب‌آوری بیشتر و هرچه به صفر نزدیک‌تر شود تاب‌آوری کمتر می‌شود. بررسی ویژگی‌های این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیهٔ بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسش‌نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. نقطهٔ برش آن برای افراد عادی ۸۰/۴ می‌باشد (۲۹). این مقیاس در سال ۱۳۸۴ توسط محمدی در ایران هنجاریابی گردید. پایایی نسخهٔ فارسی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۸۹ درصد گزارش شده است (۳۰).

2. Depression Anxiety Stress Scales (DASS_21)

3. Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ)

1. Connor-Davidson Resiliency Scale (CS_RISC)

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که تاب‌آوری با تنیدگی، اضطراب، افسردگی و ناتوانی جسمانی هم‌بستگی منفی معناداری دارد. این روابط منفی بدان معناست که بالابودن نمرات تاب‌آوری در بیماران با پایین‌بودن سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی و ناتوانی جسمانی همراه است و بالعکس. همچنین این نتایج نشان داد سن رابطه مثبت معناداری با ناتوانی جسمانی دارد. به عبارتی هرچه سن بیماران بالاتر بوده، ناتوانی جسمی آنان نیز بیشتر می‌باشد. سایر روابط بین متغیرها معنادار نبود ($p > 0.05$).

در مرحله بعد، برای بررسی نقش تاب‌آوری و سن در تک‌تک متغیرهای ملاک یعنی تنیدگی، اضطراب، افسردگی و ناتوانی جسمانی از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان استفاده شد. جهت استفاده از مدل رگرسیون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که آزمون دوربین/ واتسن^۱ برای مفروضه استقلال خطاها و مفروضه هم‌خطی^۲ با دو شاخص ضریب تحمل (تولرنس)^۳ و عامل تورم واریانس (VIF)^۴ بررسی شدند. در پیش‌بینی تنیدگی (۱/۹۸)، اضطراب (۲/۲۱)، افسردگی (۲/۰۲) و ناتوانی جسمانی (۱/۹۳) از طریق متغیرهای پیش‌بین یعنی تاب‌آوری و سن، مقادیر عددی آزمون دوربین/ واتسن کمتر از ۴ بود که بیان‌کننده استقلال خطاها می‌باشد. شاخص‌های هم‌خطی نیز حکایت از آن داشت که بین متغیرهای پیش‌بین، هم‌خطی وجود نداشته؛ زیرا مقدار تولرنس بین صفر و یک (۰/۹۶) و مقدار عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ بود (۱/۰۴)؛ بنابراین استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی متغیرهای ملاک از طریق متغیرهای پیش‌بین بلامانع است.

اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۱ و روش هم‌بستگی پیرسون تحلیل شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، از مجموع ۱۵۴ نفری که به‌عنوان نمونه در پژوهش شرکت داشتند، ۶۳ نفر پسر و ۹۰ نفر دختر بودند. از لحاظ تحصیلات نیز ۳۲ نفر تحصیلات ابتدایی، ۳۲ نفر سیکل، ۴۶ نفر دیپلم، ۱۶ نفر فوق‌دیپلم، ۱۵ نفر لیسانس، ۵ نفر فوق‌لیسانس و ۳ نفر دکترا بودند. این بیماران به‌طور میانگین ۴۰ ماه بود با درد در نواحی مختلف بدن از جمله درد پشت و کمر (۳۸ درصد)، درد دست‌ها و پاها (۳۶ درصد) و درد در گردن، شانه، سینه و لگن (۲۶ درصد) درگیر بودند. جهت تسکین درد، از مجموع این بیماران ۱۱۵ نفر از دارو استفاده می‌کردند. جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری، سن، تنیدگی، اضطراب، افسردگی و ناتوانی جسمانی ($N = 154$)

| متغیرها | میانگین | انحراف استاندارد |
|----------------|---------|------------------|
| تاب‌آوری | ۵۹/۳۷ | ۱۷/۷۱ |
| سن | ۴۸/۴۱ | ۱۵/۳۲ |
| تنیدگی | ۱۶/۷۷ | ۵/۵۰ |
| اضطراب | ۱۳/۱۷ | ۴/۹۱ |
| افسردگی | ۱۴/۲۶ | ۵/۳۸ |
| ناتوانی جسمانی | ۱۱/۳۵ | ۶/۲۹ |

در جدول ۱، شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات بیماران در تاب‌آوری، سن، تنیدگی، اضطراب، افسردگی و ناتوانی جسمانی ارائه شده است.

جدول ۲. ضرایب هم‌بستگی تاب‌آوری و سن با تنیدگی، اضطراب، افسردگی و ناتوانی جسمانی ($N = 154$)

| متغیرها | ضرایب هم‌بستگی | |
|----------------|----------------|---------|
| | تاب‌آوری | سن |
| تنیدگی | -۰/۵۰*** | ۰/۰۸ |
| اضطراب | -۰/۴۶*** | ۰/۱۰ |
| افسردگی | -۰/۵۷*** | ۰/۰۹ |
| ناتوانی جسمانی | -۰/۲۶*** | ۰/۳۲*** |

*** $p < 0/001$

1. Durbin- Watson
2. Collinearity
3. Tolerance
4. Variance Inflation Factor (VIF)

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون تاب‌آوری و سن در پیش‌بینی هریک از متغیرهای ملاک

| مقدار t | Beta | B | مقدار F | R ² | R | متغیر پیش‌بین | متغیر ملاک |
|----------|-------|-------|----------|----------------|------|---------------|----------------|
| -۶/۸۱*** | -۰/۴۹ | -۰/۱۵ | ۲۳/۹۴*** | ۰/۲۴ | ۰/۴۹ | تاب‌آوری | تنبیدگی |
| ۰/۱۸ | ۰/۰۱ | ۰/۰۰۵ | | | | سن | |
| -۶/۱۲*** | -۰/۴۵ | -۰/۱۲ | ۱۹/۸۳*** | ۰/۲۱ | ۰/۴۶ | تاب‌آوری | اضطراب |
| ۰/۲۴ | ۰/۰۱ | ۰/۰۰۶ | | | | سن | |
| -۸/۴۳*** | -۰/۵۷ | -۰/۱۷ | ۳۶/۵۳*** | ۰/۳۳ | ۰/۵۷ | تاب‌آوری | افسردگی |
| ۰/۲۹ | ۰/۰۲ | ۰/۰۰۷ | | | | سن | |
| -۲/۵۸** | -۰/۲۰ | -۰/۰۷ | ۱۲/۴۰*** | ۰/۱۴ | ۰/۳۷ | تاب‌آوری | ناتوانی جسمانی |
| ۳/۶۵*** | ۰/۲۸ | ۰/۱۱ | | | | سن | |

p<۰/۰۱؛ *p<۰/۰۰۱

پیش‌بینی‌کنندگی اضطراب از طریق این دو متغیر است (F=۱۹/۸۳, p<۰/۰۰۱). همچنین نتایج آزمون t نشان می‌دهد که فقط تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی اضطراب می‌باشد؛ به طوری که این متغیر پیش‌بینی‌کننده منفی برای اضطراب می‌باشد. برای افسردگی نیز مقدار هم‌بستگی چندگانه مربوطه ۰/۵۷ و مقدار R² آن ۰/۳۳ به دست آمد؛ یعنی ۳۳ درصد تغییرات افسردگی از طریق تاب‌آوری و سن تبیین‌پذیر است. نتایج تحلیل واریانس نشان داد این دو متغیر به طور کلی قادر به پیش‌بینی افسردگی هستند (F=۳۶/۵۳, p<۰/۰۰۱).

در پیش‌بینی افسردگی از طریق هریک از متغیرهای پیش‌بین، نتایج آزمون t حاکی از توان تاب‌آوری در پیش‌بینی افسردگی است. به طوری که این متغیر پیش‌بینی‌کننده منفی برای افسردگی می‌باشد. یافته آخر این پژوهش مربوط به پیش‌بینی ناتوانی جسمانی از طریق تاب‌آوری و سن می‌باشد. ضریب هم‌بستگی چندگانه بین این متغیرها ۰/۳۷ و مقدار R² آن ۰/۱۴ به دست آمد، یعنی ۱۴ درصد تغییر نمرات ناتوانی جسمانی از طریق تاب‌آوری و سن قابل تبیین است. نتایج تحلیل واریانس نشان داد تاب‌آوری و سن در مجموع، قادر به پیش‌بینی ناتوانی جسمانی هستند (F=۱۲/۴۰, p<۰/۰۰۱). در پیش‌بینی ناتوانی جسمانی از طریق هریک از متغیرهای پیش‌بین به طور جداگانه، نتایج آزمون t حاکی از توان تاب‌آوری به صورت منفی و سن به صورت مثبت در پیش‌بینی ناتوانی جسمانی می‌باشد.

جهت بررسی نقش تاب‌آوری و سن، در هریک از متغیرهای ملاک، رگرسیون چندگانه انجام شد. نتایج حاصل از این تحلیل‌های رگرسیون چندگانه، در جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب هم‌بستگی چندگانه (R) تاب‌آوری و سن با تنبیدگی ۰/۴۹ و مقدار R² یعنی میزان تبیین‌کنندگی تنبیدگی از طریق تاب‌آوری و سن ۰/۲۴ است؛ یعنی ۲۴ درصد تغییرات نمرات تنبیدگی از طریق تاب‌آوری و سن تبیین‌پذیر است. برای معناداری مقدار ضریب هم‌بستگی چندگانه، نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد به طور کلی این متغیرهای پیش‌بین قادر به پیش‌بینی تنبیدگی هستند (F=۲۳/۹۴, p<۰/۰۰۱). در پیش‌بینی تنبیدگی از طریق هریک از متغیرهای پیش‌بین، نتایج آزمون t در جدول ۳ نشان می‌دهد که فقط ضریب رگرسیون تاب‌آوری به لحاظ آماری معنادار است. این بدان معناست که تاب‌آوری به تنهایی قادر به پیش‌بینی نمرات تنبیدگی می‌باشد. منفی بودن این ضریب، بیانگر رابطه معکوس بین این متغیرها می‌باشد؛ یعنی هرچه نمرات تاب‌آوری بیشتر بوده، نمرات تنبیدگی بیماران کمتر بوده و بالعکس.

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ همچنین نشان داد که مقدار ضریب هم‌بستگی چندگانه بین تاب‌آوری و سن با اضطراب ۰/۴۶ و مقدار R² به دست آمده ۰/۲۱ است؛ یعنی ۲۱ درصد واریانس نمرات اضطراب از طریق تاب‌آوری و سن پیش‌بینی‌پذیر است. نتایج تحلیل واریانس به منظور معناداری مقدار ضریب هم‌بستگی بین تاب‌آوری و سن با اضطراب نیز حاکی از توان

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانه‌های بیماری درد مزمن صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که تاب‌آوری و سن می‌توانند تنیدگی، اضطراب، افسردگی و ناتوانی جسمانی را در بیماران درد مزمن پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین همسوس است (۱۵،۲۱،۲۳،۳۶،۲۴،۳۷).

باتوجه به تعریف رایج از تاب‌آوری به‌عنوان توان برگشتن به حالت تعادل و حفظ فعالیت‌های قبلی گرفته و سازگاری مثبت با سختی (۱۹،۲۰)، نتیجه فوق تأکیدی بر اهمیت زیاد تاب‌آوری در سازگاری با شرایط تنیدگی‌زایی چون درد مزمن می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس نظر کنت و همکاران (۲۱) تغییر شناختی همراه با تاب‌آوری بی‌نظیر است، چون فرایندهای ناقص یا گذرا را تشخیص می‌دهد؛ یعنی قبل از تغییر اولیه به سمت سازگاری مثبت، باعث مقابله با تنیدگی‌زاهای پیچیده و نوسانات دوره‌ای بین گذشته و آینده می‌شود. از منظر نظریه تاب‌آوری روان‌شناختی یک رگه شخصیتی نسبتاً ثابت با توان غلبه بر مشکل و هدایت آن است (۳۸). پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد که هیجان‌های مثبت، عنصری حیاتی در تاب‌آوری روان‌شناختی هستند (۳۹،۴۰). به نظر می‌رسد که این هیجان‌ها باعث انعطاف‌پذیری شناختی در هنگام سختی‌ها شده و از این طریق سازگاری را بهبود می‌بخشند (۲۲). باتوجه به اینکه یکی از اشکال رفتارهای تاب‌آورانه به صورت ارتباطات اجتماعی، همدلی، فعالیت‌های داوطلبانه مشخص است، ممکن است رابطه مثبت بین تاب‌آوری و سازگاری با درد مزمن ناشی از کارکرد ارتباطات بین‌فردی در افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی با اهداف شخصی^۱، در فرایند سازگاری با بیماری‌های مزمنی از قبیل درد مزمن، افراد

دارای تاب‌آوری کمتر به دلیل اینکه منابع و مهارت‌های خودتنظیمی‌شان تحت تأثیر درد مختل می‌شود، در معرض افسردگی، اضطراب و تنیدگی و ناتوانی جسمانی مربوط به درد هستند؛ در مقابل آن‌هایی که رفتار هدفمند و ظرفیت‌های خودتنظیمی‌شان حتی تحت تأثیر درد فعال می‌مانند، در مقابله با درد مزمن سازگارتر بوده و اختلال هیجانی و ناتوانی جسمانی کمتری را تجربه می‌کنند (۳۶).

آموزش تاب‌آوری در قالب برنامه‌های مداخله‌ای اولیه، برای پیشگیری از تحول ناسازگاری در کودکان در معرض خطر (به دلیل بیماری روانی یا زندانی بودن والدین، فقر یا دیگر شرایط سخت زندگی) انجام می‌شود. مداخلات تاب‌آوری در جست‌وجوی فراهم کردن حمایت‌هایی در مقابل عوامل خطرناک یا تقویت شایستگی‌ها بوده و اعتقاد به ارتقای سلامت طولانی‌مدت دارد؛ در ضمن آموزش تاب‌آوری برای گروهی که با یک رویداد زندگی مثل درد مزمن مواجه شده‌اند، می‌تواند به‌عنوان یک پیشگیری ثانویه انجام پذیرد (۲۱). آموزش مهارت‌های تاب‌آوری توانایی‌های ذاتی در جهت پاسخ‌های هدفمندانه به سختی‌ها را ترمیم کرده و چرخه معیوب نگاه‌داشتن خود در شرایط ناسازگارانه را می‌شکند (۲۱).

علاوه بر این یافته دیگر این پژوهش نشان داد که سن نیز می‌تواند پیش‌بینی‌کننده معنادار برای علائم و نشانه‌های درد مزمن باشد و همچنین سن به صورت مثبت، ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی کرد. این نتیجه با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها هماهنگ می‌باشد (۴۴-۴۵، ۴۱، ۱۵، ۲۵). با در نظر گرفتن ناتوانی جسمانی به‌عنوان بعد جسمی و اضطراب، افسردگی و تنیدگی به‌عنوان ابعاد روانی سازگاری با درد مزمن و بر اساس الگوی زیستی روانی اجتماعی از درد مزمن این نتیجه به این شیوه قابل تبیین است: تراچون (۱۱) عوامل چندگانه دخیل در

1. Personal goals

در خاتمه لازم به ذکر است که محدودیت جامعه آماری پژوهش و مقطعی بودن آن، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم داده‌ها و تفسیر و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند؛ همچنین پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آینده به متغیرهای مهم دیگر که ممکن است در درد مزمن نقش داشته باشند پرداخته شود.

سپاس و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت و همکاران محترم کلینیک چندتخصصی درد بیمارستان امام خمینی، به‌ویژه جناب آقای دکتر امامی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ناتوانی جسمانی مرتبط با درد مزمن را به شرح زیر توضیح می‌دهد: ۱. عوامل پزشکی (تشخیص، آزمون‌های بالینی و تاریخچه قبلی درد مزمن)؛ ۲. عوامل روان‌شناختی؛ ۳. عوامل محیطی؛ ۴. عوامل زندگی‌نامه‌ای - اجتماعی^۱ (مانند سن، جنس و تحصیلات). بر اساس نتایج مطالعه حاضر مشاهده می‌شود که سن به‌عنوان یکی از عوامل زندگی‌نامه‌ای - اجتماعی بر ناتوانی جسمانی نقش دارد. همسو با این یافته شوینگتون (۴۴) نیز در پژوهش خود گزارش کرد که درد در سنین بالاتر نسبت به افراد جوان، با ناتوانی شدیدتر همراه می‌باشد که این به دلیل بیماری‌های هم‌زمان، دردهای ماهیچه‌ای استخوانی دیگر، سرعت پایین بهبود آسیب‌ها و تحرک پایین می‌باشد. میتوما و همکاران (۲۸) نیز نشان دادند سن رابطه معنادار معکوسی با بعد جسمانی^۲ کیفیت زندگی دارد. در واقع، در تعیین عوامل ناتوانی جسمانی در بیماران مبتلا به درد مزمن باید به عوامل چندگانه توجه داشت. پس باید توجه داشت که داشتن دیدگاه تقلیل‌نگرانه در توجیه روان‌شناختی سازگاری با درد مزمن نباید ما را از توجه به عوامل تاریخچه‌ای مثل نقش سن در بعد جسمانی سازگاری با درد مزمن بازدارد.

بر اساس پژوهش‌ها درحالی‌که یکی از تعیین‌کننده‌های اساسی مهم موفقیت در برنامه‌های مدیریت درد، شرکت فعال بیمار در این مداخلات است، متأسفانه در مقایسه با بیماران جوان‌تر، بیماران سنین بالاتر تمایل به استفاده از راهبردهای مقابله منفعل داشته و برای کنترل دردشان بیشتر به دیگران تکیه می‌کنند. این بدان معنی است که مدیریت درد مزمن بسته به سن، شدت علائم، پاسخ بیمار به درمان‌های قبلی و عوامل روان‌شناختی باید شامل درمان‌های دارویی و غیردارویی باشد تا بیماران در همه سنین از آن بهره کافی را ببرند (۴۲).

1. Sociodemographic
2. Physical component

منابع

1. Bonica JJ. Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery* 1977; 112(6): 750-61.
2. Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *American Psychologist* 2004; 59(8): 795.
3. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clinical Geriatric Medicine* 2001; 17: 417-431.
4. Institute of Medicine of the National Academies. *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education and research*. Washington, DC: The National Academies Press 2011.
5. Yeung EW, Arewasikporn A, Zautra AJ. Resilience and chronic pain. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2012; 31(6): 593.
6. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(3): 678.
7. Mechanic D. THE Concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases* 1962; 15: 189-194.
8. International Association for the Study of Pain. *Classification of chronic pain*. IASP press: Seattle 1994.
9. Nicassio PM, Schuman C, Kim J, Cordova A, Weisman MH. Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 1997; 24(10): 2008-13.
10. Gatchel RJ, Turk DC. *Psychological Approaches to Pain Management*. New York: Guilford Press 1996.
11. Truchon, M. Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation* 2001; 23: 758-769.
12. Zautra A. *Emotions, stress, and health*. Oxford University Press USA 2006.
13. Crombez G, Viane I, Eccleston C, Devulder J, Goubert L. Attention to pain and fear of pain in patients with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine* 2013; 36(4): 371-8.
14. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(20): 2433-45.
15. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo S, Nori G et al. The role of resilience and age on quality of life in patients with pain disorders. *Basic and Clinical Neuroscience* 2013; 4(1): 24-27.
16. Wade JB, Hart RP, Wade JH, Bajaj JS, Price DD. The relationship between marital status and psychological resilience in chronic pain. *Pain Research and Treatment* 2013; 15.
17. Sturgeon JA, Zautra AJ, Arewasikporn A. A multilevel structural equation modeling analysis of vulnerabilities and resilience resources influencing affective adaptation to chronic pain. *PAIN* 2014; 155(2): 292-8.
18. Haskett ME, Nears K, Ward CS, McPherson AV. Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review* 2006; 26(6): 796-812.
19. Zautra AJ, Arewasikporn A, Davis MC. Resilience: Promoting well-being through recovery, sustainability, and growth. *Research in Human Development* 2010; 7(3): 221-38.
20. Friedman HS. *Encyclopedia of mental health*. Academic Press 2015.
21. Kent M, Rivers CT, Wrenn G. Goal-Directed Resilience in Training (GRIT): a biopsychosocial model of self-regulation, executive functions, and personal growth (eudaimonia) in evocative contexts of PTSD, obesity, and chronic pain. *Behavioral Sciences* 2015; 5(2): 264-304.
22. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging* 2010; 25(3): 516.
23. Becona E. Resilience and drug consumption: a review. *Adicciones* 2007; 19(1): 89-101.
24. Felton BS, Hall JM. Conceptualizing resilience in women older than 85: overcoming adversity from loss or illness. *Journal of Gerontological Nursing* 2001; 27(11): 46-53.
25. Momeni KH, Akbari M, Atash zadeh shourideh F. Relationship between resiliency and burnout of nurses. *Journal of Teb O Tazkieh* 2009; 74-75: 37-47 (Persian).
26. Travis WJ, Combs-Orme T. Resilient parenting: Overcoming poor parental bonding. *Social Work Research* 2007; 31(3): 135-49.
27. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998; 76(3): 395-406.
28. Mitoma J, Kitaoka M, Asakura H, Anyenda EO, Hori D, Tao NT et al. Prevalence of Chronic Pain, Especially Headache, and Relationship with Health-Related Quality of Life in Middle-Aged Japanese Residents. *Health* 2016; 8(01): 116.
29. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
30. Mohammadi M. *Effective factors on resiliency in individuals at risk for substance abuse*. University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran 2006 (Persian).
31. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33: 335-343.

32. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Iranian Psychologists* 2005; 4(1): 299-313 (Persian).
33. Asghari A, Mehrabian N, Paknejad M, Saied F. Psychometric properties of depression anxiety and stress scale among chronic pain patients. *Journal of Psychology & Education* 2010;1:13-42 [Persian].
34. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain: part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine* 1983; 8(2): 141-4.
35. Asghari A. Psychometric properties of a modified version of the Roland-Morris disability questionnaire(M-RMDQ). *Archives of Iranian Medicine* 2011; 14(5): 327-31.
36. Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cospes CJ, Mullins PG. The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The Journal of Pain* 2009; 10(5): 493-500.
37. Karoly P, Ruehlman LS. Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain* 2006; 123(1): 90-97.
38. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996; 70(2): 349-361.
39. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology* 2006; 91(4): 730 -749.
40. Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality* 2009; 77(6): 1777-1804.
41. Menz HB, Gill TK, Taylor AW, Hill CL. Age and gender differences in disabling foot pain using different definitions of the Manchester Foot Pain and Disability Index. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011; 12(1): 243-251.
42. Fitzcharles MA, Lussier D, Shir Y. Management of chronic arthritis pain in the elderly. *Drugs & Aging* 2010; 27(6): 471-490.
43. Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, Longo WE, Kremer B. Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer. *World Journal of Surgery* 2005; 29(2): 190-197.
44. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHO QOL. *Pain* 1998; 76(3): 395-406.