

## نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن

نویسندگان: دکتر محمدعلی اصغری مقدم\* و ناصر گلک\*\*

\* استادیار دانشگاه شاهد

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

### چکیده

اگرچه پژوهش‌ها روابط مستحکمی را بین راهبردهای مقابله و شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی مستند ساخته و برای سنجش این راهبردها پرسشنامه‌های متعددی ساخته شده است اما تا کنون در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن روابط بین این راهبردها و سازگاری با درد مورد مطالعه قرار نگرفته و برای سنجش این راهبردها در جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن ابزار مناسبی نیز وجود ندارد. مطالعه حاضر دارای دو هدف مشخص است: ۱- بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه راهبردهای مقابله در میان جمعیت ایرانی و ۲- بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله با درد و تأثیر این راهبردها بر سطح سازگاری افراد دارای درد مزمن. در این مطالعه ۲۳۱ کارمند مرد با میانگین سنی ۴۱/۴۳ سال ( $SD = ۱۰/۳۹$ ) شرکت داشتند و با تکمیل پرسشنامه‌های اطلاعات عمومی، راهبردهای مقابله با درد، افسردگی و ناتوانی جسمی اطلاعات لازم برای مطالعه را فراهم آوردند. یافته‌های این مطالعه حاکی از اعتبار ملاک و ضرایب همسانی درونی قابل قبول خرده مقیاس‌های پرسشنامه راهبردهای مقابله است؛ بنابراین می‌توان پرسشنامه مذکور را در میان جمعیت ایرانی دارای درد مزمن به‌کار گرفت. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که برخی از راهبردهای مقابله با ناتوانی جسمی، افسردگی و درد رابطه دارد؛ در حالی که فاجعه‌آفرینی بیشتر در مواجهه با درد، با ناتوانی جسمی، افسردگی و شدت درد بیش‌تری همراه بود؛ استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله نادیده گرفتن درد و گفتگو با خود با ناتوانی جسمی و افسردگی خفیف‌تری همراه بود. نتایج این تحلیل همبستگی همچنین حاکی از آن بود که ادراک کارآمدی مقابله بالاتر با افسردگی، ناتوانی جسمی و درد خفیف‌تر همراه است. نتایج تحلیل رگرسیون که با هدف پیش‌بینی سه متغیر ملاک شدت درد، افسردگی و ناتوانی جسمی با استفاده از راهبردها و کارآمدی مقابله صورت گرفت نقش غیرانطباقی راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی را در سازگاری با درد مزمن آشکار ساخت. راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی نه تنها پیش‌بینی‌کننده مستقل و معنادار شدت درد بود بلکه استفاده بیشتر از این راهبرد در مواجهه با درد توانست افسردگی و ناتوانی جسمی را حتی پس از کنترل شدت درد پیش‌بینی کند. نتایج تحلیل رگرسیون همچنین نقش انطباقی دو راهبرد مقابله نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود را در سازگاری با درد مزمن نشان داد؛ استفاده بیشتر از این دو راهبرد با افسردگی خفیف‌تر در میان افراد دارای درد مزمن همراه بود. برخی از کاربردهای بالینی این یافته‌ها در مقاله حاضر مورد بحث قرار گرفته است.

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال دوازدهم - دوره جدید

شماره ۱۰

اردیبهشت ۱۳۸۴

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، راهبردهای مقابله، شدت درد، ناتوانی جسمی، افسردگی

## ۱- مقدمه

که حدود ۲۵ درصد در طول یکسال گذشته به دلیل درد در بیمارستان یا مرکز فوریت‌های پزشکی بستری شده‌اند [۷]. این یافته‌ها مبین آن است که بیماران مبتلا به درد مزمن به طرق گوناگونی به درد واکنش نشان می‌دهند و درد مزمن همواره با اختلال در سازگاری (Adjustment) همراه نیست؛ در حالی که برخی از بیماران به شکل نسبتاً مطلوبی با درد خود سازگار شده‌اند، گروهی دیگر مشکلات گوناگونی را در عملکردهای جسمی و روان‌شناختی از خود نشان می‌دهند.

در این جا این پرسش مطرح است که چه عواملی مسئول بروز گستره وسیعی از واکنش‌های گوناگون بیماران مبتلا به درد مزمن است؟ پاسخ نظریه زیست - طبی (Biomedical) به این پرسش این است که افراد دارای سازگاری ضعیف‌تر آن‌هایی هستند که آسیب جسمی شدیدتر و وسیع‌تری دارند. این نظریه - که سابقه آن به یونان باستان بر می‌گردد و توسط دکارت (Descartes) در قرن ۱۷ تدوین گردید - می‌کوشد تا با اتکاء صرف به یافته‌های جسمی، درد مزمن و پی‌آمدهای آن را تبیین کند و اختلالات روان‌شناختی و اجتماعی مشاهده شده در بین بیماران مبتلا به درد مزمن را تنها واکنش به بیماری و آسیب به حساب آورده و آن‌ها را در درجه دوم اهمیت قرار دهد. اما حجم گسترده‌ای از آگاهی‌هایی که از ابتدای نیمه دوم قرن بیستم به بعد فراهم آمد، اعتبار مدل زیست - طبی در تبیین درد و پی‌آمدهای آن را مورد تردید جدی قرار داد. مطالعات نشان داد اگر چه بین شدت آسیب جسمی و ناتوانی جسمی رابطه‌ای وجود دارد اما چنین رابطه‌ای در بهترین حالت در حد متوسط است [۹و۸] و وسعت آسیب جسمی قادر به پیش‌بینی شدت درد و میزان ناتوانی جسمی نیست [۱۰]. نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که حتی بیماران مبتلا به درد مزمنی که به ظاهر دارای یافته‌های بالینی و نتایج آزمون‌های تشخیصی همانندی هستند، درجات به شدت متفاوتی از اختلال در عملکرد جسمی و روان‌شناختی را نشان می‌دهند [۱۱و۱۲]، مطالعات دیگر به این نتیجه

اصطلاح درد مزمن (Chronic pain) برای توصیف درد مقاوم به درمانی به کار برده شده است که فراتر از دوره‌ای که برای بهبود انتظار می‌رود، طول کشیده است [۱]. درد مزمن و ناتوانی‌های جسمی و روان‌شناختی همراه با آن هزینه چشم‌گیری را بر منابع اقتصادی کشورها وارد می‌کند. هزینه اقتصادی درد مزمن به تنهایی از مجموع هزینه ناشی از بیماری‌های قلبی، سرطان و ایدز بیش‌تر است [۲]. نتایج پژوهشی در هلند [۳] نشان می‌دهد که هزینه اقتصادی کمر درد (Low back pain) به تنهایی معادل ۱/۷ درصد تولید ناخالص ملی (۴ میلیارد و نهصد و شصت و پنج میلیون دلار آمریکا) این کشور است؛ از این مبلغ تنها ۷ درصد (یا ۳۶۵ میلیون دلار) صرف خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی بیماران و بقیه (۹۳ درصد یا ۴ میلیارد و ششصد میلیون دلار) صرف هزینه‌های غیرمستقیم مربوط به پرداخت غرامت و ناتوانی ناشی از کمر درد می‌گردد. علاوه بر ناتوانی جسمی، افسردگی مشکلی است که درصد چشم‌گیری از مبتلایان به درد مزمن را رنج می‌دهد؛ در حالی که میزان شیوع افسردگی عمده در جمعیت عمومی جامعه ۵ تا ۸ درصد است [۴]، پژوهش‌های انجام شده میزان شیوع افسردگی را در میان مبتلایان به درد مزمن ۲۰ درصد گزارش کرده است [۵]. اما باید دانست که تمام افراد مبتلا به درد مزمن ناتوانی جسمی و روان‌شناختی از خود نشان نمی‌دهند؛ در مطالعه‌ای با ۴۸۴ بیمار مبتلا به درد مزمن، حدود دو سوم از آن‌ها گزارش کردند که علی‌رغم درد به‌طور تمام وقت یا نیمه وقت به انجام وظایف حرفه‌ای خود مشغول هستند و یک چهارم از مجموع بیماران در گروه «ناتوانی جسمی شدید ناشی از درد مزمن» طبقه‌بندی شدند [۶]. نتایج مطالعه دیگری که با ۱۰۶۰۰ بیمار مبتلا به کمر درد مزمن انجام شده نشان داده است که حدود ۲۰ درصد از این بیماران از اختلال افسردگی عمده (Major depression) رنج می‌برند [۵] و سرانجام در مطالعه‌ای با ۶۸۶ بیمار مبتلا به درد مزمن مشخص شد

متخصصان بالینی و پژوهشگران به نحو فزاینده‌ای از این واقعیت که راهبردهای مقابله (Coping strategies) در تجربه روان‌شناختی و فیزیولوژیک درد نقش واسطه‌ای قدرتمندی را ایفا می‌کنند، آگاه می‌شوند. مقابله (Coping) به کاربرد هدفمند فنون شناختی و رفتاری برای کنترل و اعمال مدیریت بر آن گروه از مقتضیات درونی و یا بیرونی که به‌عنوان معضل ارزیابی شده و حل آن‌ها از منابع و امکانات موجود فرد فراتر می‌رود، اطلاق می‌گردد [۱۸]. درد مزمن و مشکلات شغلی، جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه با آن را می‌توان به‌عنوان فشارزایی (Stressor) در نظر گرفت که باعث می‌گردد تا بیمار برای اعمال کنترل و مدیریت بر آن‌ها از راهبردهای مقابله استفاده کند. لازاروس و فولکمن [۱۸] در بحث خود بر این نکته تصریح داشته‌اند که مقابله مستلزم نشان دادن تحرک و تلاش برای کنترل فشارزها است و فقط به آن گروه از تلاش‌هایی که جنبه عینی و آگاهانه داشته باشد می‌توان عنوان مقابله اطلاق کرد؛ در نتیجه رفتارها و افکار خودآیندی را که مستلزم تلاش نیست نمی‌توان مقابله نامید. اما گروه دیگری از پژوهشگران بر این باورند که در مطالعه راهبردهای مقابله باید به آن گروه از فعالیت‌های شناختی و رفتاری خودآیندی (Automatic) که با هدف اعمال کنترل بر فشارزها صورت می‌گیرد نیز توجه کرد [به‌عنوان مثال ۱۹، ۱۵، ۱۳ و ۲۰]. با توجه به این استدلال راهبردهای مقابله با درد می‌تواند شامل راهبردهای شناختی مانند گفتگو با خود (Self-statement)، فاجعه‌آفرینی (Catastrophising)، توجه برگردانی (Distraction) از درد، کسب اطلاعات درباره درد، حل مسأله و نیز راهبردهای رفتاری مانند افزایش یا کاهش فعالیت‌های خاص مانند استراحت، فعالیت بدنی، استفاده از کیسه آب گرم و یا یخ باشد.

پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله هم ادراک افراد از شدت درد و هم توانایی آن‌ها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۳، ۲۲، ۲۱، ۱۹ و ۲۴]. افراد مبتلا به درد

رسیده‌اند که شدت درد به تنهایی برای توضیح مشکلات روان‌شناختی و ناتوانی جسمی مشاهده شده در میان بیماران مبتلا به درد مزمن کافی نیست [۱۳]. در مجموع اکنون توافق عمومی بر این است که وجود و وسعت آسیب جسمی قادر به تبیین کامل شدت درد و علائم جسمی گزارش شده در بین بیماران مبتلا به درد مزمن نیست و با اتکاء صرف به وجود و وسعت آسیب جسمی نمی‌توان تفاوت‌های موجود در میزان سازگاری بیماران درد مزمن را تبیین کرد. به‌همین دلایل از سال‌ها پیش شناخت عوامل تعیین‌کننده شدت درد و ناتوانی جسمی و روان‌شناختی به‌عنوان یک ضرورت و اولویت پژوهشی در کشورهای پیشرفته مطرح بوده است.

انجمن جهانی مطالعه و بررسی درد [۱۴] بر پایه شواهد پژوهشی موجود، درد و پی‌آیندهای آن را تجربه ادراکی پیچیده‌ای معرفی کرده است که به‌وسیله عوامل روانی - اجتماعی گسترده‌ای تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ بر پایه توصیه‌های انجمن مذکور امکان تبیین درد و پی‌آمدهای آن با استفاده از الگوهای ساده‌ای چون الگوی زیست-طبی میسر نیست و باید از الگویی چند وجهی (Multidimensional) (یعنی الگویی زیستی روانی اجتماعی Biopsychosocial) در تبیین آن بهره گرفت. اکنون حجم وسیعی از پژوهش‌هایی که در حوزه درد مزمن به انجام رسیده است حاکی از آن است که عواملی چون هیجان‌ها (به‌خصوص خشم، افسردگی و اضطراب)، بافتار محیطی، اجتماعی و فرهنگی، معنی درد برای فرد، شناخت‌های مرتبط با درد و راهبردهای مقابله با درد به همراه جنبه‌های زیست‌شناختی (بیولوژی) درد در فرایند سازگاری افراد با درد مزمن و چگونگی واکنش نشان دادن به آن نقش عمده‌ای دارد [۱۷ و ۱۵]. نوشته حاضر توجه خود را بر نقش راهبردهای مقابله در سازگاری با درد مزمن متمرکز کرده است. خوانندگان علاقمند برای مرور تفصیلی عوامل مؤثر بر سازگاری با درد مزمن به مقاله ترک و اکوفیوجی [۱۷] مراجعه کنند.

قرار داده و گاه ساختاری ۵ عاملی (به‌عنوان مثال، ۲۹) و گاه ۶ عاملی (به‌عنوان مثال، ۳۰) را گزارش کرده اند؛ گروهی دیگر در تحلیل عامل خود نمره‌های ترکیبی (Composite scores) هفت راهبردشناختی رفتاری و دو خرده مقیاس توانایی کنترل و توانایی کاهش درد را مورد استفاده قرار داده و گاه ساختاری ۲ عاملی [۳۱] و گاه ۳ عاملی [۲۵] را گزارش کرده‌اند. مثلاً عامل «تلاش‌های مقابله» (Coping attempts) در مطالعه جنسن و همکاران [۳۱] از ترکیب عبارات متعلق به ۵ راهبرد گفتگو با خود، تفسیر مجدد درد، نادیده انگاشتن درد، توجه برگردانی و افزایش میزان فعالیت حاصل آمده است و در مطالعه راینسون و همکاران [۳۰] عامل «توجه برگردانی» از ترکیب عبارات خرده مقیاس‌های توجه برگردانی و افزایش فعالیت رفتاری حاصل آمده است. لذا می‌توان گفت که مطالعات تحلیل عاملی پرسشنامه راهبردهای مقابله نتوانسته است به ساختار عاملی با ثباتی دست یابد.

به‌طور کلی پژوهشگران ترجیح می‌دهند تا به هنگام تحلیل آماری یافته‌های یک مطالعه به جای استفاده از نمره‌های متعدد متعلق به خرده مقیاس‌های مختلف (مثلاً ۵ نمره متعلق به راهبردهای گفتگو با خود، تفسیر مجدد درد، نادیده انگاشتن درد، توجه برگردانی و افزایش میزان فعالیت رفتاری) فقط یک نمره عامل (Factor score) (مثلاً عامل تلاش‌های مقابله) را مورد استفاده قرار دهند. انجام این کار دارای فوائد چندی است که از میان آن‌ها می‌توان به افزایش توان تفسیر نتایج به هنگام وجود همبستگی بالا بین خرده مقیاس‌ها، به‌دست آوردن نتایج دارای پایایی و اعتبار بیشتر به هنگام داشتن نمونه‌هایی با حجم نسبتاً کوچک و نیز کاهش احتمال وقوع خطای نوع اول اشاره کرد [۳۲]. اگر بین نمره‌های خرده مقیاس‌ها (به‌عنوان مثال راهبردهای مقابله) همبستگی بالایی وجود داشته باشد (موضوعی که دست کم در مورد نمره‌های راهبردهای مقابله صادق است)، استفاده از آن‌ها در تحلیل آماری (به‌عنوان مثال تحلیل رگرسیون همزمان) نه تنها باعث احتمال بروز

مزمن راهبردهای مقابله گوناگونی را به‌کار می‌گیرند که برخی از آن‌ها انطباقی و برخی غیرانطباقی است [۲۵]. مطالعات انجام شده با بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف علی‌رغم وجود درد، عدم توجه به درد، استفاده از آرامش عضلانی) دارای نتایج انطباقی است، استفاده از راهبردهای مقابله غیرفعال (وابستگی و یا تکیه به دیگران برای دریافت کمک جهت کنترل درد و محدود کردن فعالیت) با افسردگی، درد و ناتوانی جسمی شدیدتر همراه است [۲۳ و ۲۶]. علاوه بر این، پژوهش‌های متعددی نشان داده است که استفاده از فاجعه‌آفرینی بیش‌تر در مواجهه با درد با میزان سازگاری ضعیف در میان بیماران دارای درد مزمن همراه است [۲۳، ۲۷ و ۲۸]. به دلیل اثر بالقوه راهبردهای مقابله بر سازگاری با درد، علاقه خاصی به ایجاد مقیاس‌های سنجش راهبردهای مقابله با درد معطوف شده و مقیاس‌های متعددی در این رابطه ساخته شده است که از میان آن‌ها می‌توان به پرسشنامه راهبردهای مقابله (Coping Strategies Questionnaire) [۱۹] اشاره کرد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ۴۲ راهبرد مقابله با درد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این راهبردها در قالب ۶ راهبردشناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی و دعا-امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) طبقه‌بندی شده است. علاوه بر این ۷ راهبردشناختی-رفتاری، پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس است که توانایی کنترل و توانایی کاهش درد با استفاده از راهبردهای به‌کار گرفته شده را می‌سنجد. این پرسشنامه به‌طور وسیعی در میان بیماران مبتلا به درد مزمن به‌کار گرفته شده است اما ساختار عاملی (Factorial structure) آن همواره مورد بحث بوده است. در واقع از زمان معرفی این پرسشنامه، پژوهشگران بسیاری کوشیده‌اند تا ساختار عاملی آن را مورد بررسی قرار دهند. در حالی که گروهی از پژوهشگران در تحلیل عامل خود ۴۲ عبارت پرسشنامه را مورد تحلیل عاملی

رغبت به استفاده از نمره‌های عامل در تحلیل‌ها دلیل دیگری را نیز می‌توان بیان کرد: می‌دانیم که نمره عامل از ترکیب عبارات متعلق به راهبردهای مختلف پدید می‌آید؛ به همین دلیل استفاده از نمره عامل در تحلیل‌ها باعث می‌گردد که امکان بررسی ارتباط احتمالی بین راهبردهای مقابله انفرادی قرار گرفته بر روی یک عامل و متغیر مورد مطالعه (مثلاً افسردگی یا ناتوانی جسمی) میسر نباشد؛ به‌عنوان مثال اگر رابطه منفی و معناداری بین افسردگی و نمره عامل «تلاش‌های مقابله» به‌دست آید نمی‌توان گفت که کدام یک از ۵ راهبرد تشکیل‌دهنده این عامل مسئول پدید آمدن این رابطه منفی و معنادار است؛ در همین رابطه، نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که استفاده از راهبردهای مقابله انفرادی در تحلیل آماری یافته‌های یک مطالعه در مقایسه با استفاده از نمره‌های عامل اطلاعات بیش‌تری را در رابطه با نقش انطباقی و یا غیرانطباقی راهبردهای مقابله فراهم می‌آورد [۲۵ و ۳۱].

علی‌رغم اهمیت نقشی که راهبردهای مقابله در سازگاری با درد مزمن ایفا می‌کنند تاکنون نقش این راهبردها در سازگاری با درد مزمن در جمعیت ایرانی مورد مطالعه قرار نگرفته و ابزاری برای سنجش راهبردهای مذکور در میان جمعیت ایرانی موجود نیست. با توجه به آنچه که گذشت مطالعه حاضر کوشیده است تا ضمن آزمون ویژگی‌های روان‌سنجی (ضرایب همسانی درونی و اعتبار ملاک یا اعتبار پیش بین) پرسشنامه راهبردهای مقابله در میان نمونه‌ای از افراد مبتلا به درد مزمن ایرانی، رابطه بین راهبردهای مقابله انفرادی و سه متغیر عمده معرف سطح سازگاری با درد مزمن (شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی) را در میان افراد مذکور واریسی کند.

## ۲- روش مطالعه

### ۲-۱- آزمودنی‌ها و شیوه نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه این پژوهش را کارکنان شاغل در دو سازمان دولتی بزرگ تشکیل می‌داد که در یک آزمون غربالگری وسیع که با هدف تعیین میزان شیوع

مشکل Multicollinearity می‌گردد بلکه به دلیل وجود متغیرهای متعدد در تحلیل، احتمال وقوع خطای نوع اول نیز افزایش می‌یابد [۳۲].

در تحلیل رگرسیون چند متغیری پژوهشگر مایل است یک متغیر وابسته را با استفاده از دو یا چند متغیر مستقل، پیش‌بینی کند و برای نیل به این هدف متغیرهای مستقل را به‌عنوان یک بلوک در یک زمان وارد تحلیل رگرسیون می‌کند. Multicollinearity یکی از مشکلاتی است که ممکن است در تحلیل رگرسیون چند متغیری خود را نشان دهد و آن هنگامی است که ضریب همبستگی بین دو یا چند متغیر از مجموعه متغیرهایی که قرار است به‌عنوان یک بلوک وارد تحلیل رگرسیون شود خیلی بالا باشد. در این حالت، این دو متغیر در واقع سنجشی مشابه از یک پدیده واحد به شمار می‌آیند. (برای مثال، نمی‌توان نمره درس ریاضی گروهی از دانش آموزان را هم زمان با استفاده از نمره‌های بهره هوشی آنان که در دو ارزیابی جداگانه به‌وسیله آزمون‌های وکسلر و استنفورد-بینه به‌دست آمده است پیش‌بینی کرد زیرا این دو نمره در واقع سنجشی از یک پدیده واحد (هوش) به شمار می‌آید و وارد کردن همزمان آن‌ها به‌عنوان دو متغیر مستقل در تحلیل رگرسیون مشکلات منطقی و آماری پیش می‌آورد). براساس توصیه تباچنیک و فیدل [۳۲] اگر ضریب همبستگی بین دو متغیر از مجموعه متغیرهای پیش‌بینی که قرار است به‌عنوان یک بلوک وارد تحلیل رگرسیون گردد بالاتر از ۰/۷۰ باشد باید یکی از آن دو متغیر را از معادله رگرسیون حذف کرد و یا برای آن دو متغیر یک نمره ترکیبی ساخت و آن نمره را وارد تحلیل رگرسیون کرد. در غیر این صورت مشکل Multicollinearity پیش می‌آید [۳۲].

اما علی‌رغم این فوائد، ناتوانی مطالعات انجام شده در ارائه یک ساختار عامل پایا از پرسشنامه راهبردهای مقابله باعث شده است تا در سالیان اخیر پژوهشگران رغبت چندانی به استفاده از نمره‌های عامل در تحلیل‌ها نشان نداده و در عوض نمره‌های راهبردهای مقابله انفرادی را در تحلیل‌ها به‌کار گیرند. البته برای کاهش

درد مزمن در بین کارکنان واحدهای مذکور برگزار شده بود، شرکت کرده بودند. بخشی از نتایج این مطالعه و آزمون بکار گرفته شده در آن در جای دیگر معرفی شده است [۳۳]. این مطالعه غربالگری مشخص ساخت که ۲۳۹ نفر از کارکنان این دو سازمان در طبقه تشخیصی درد مزمن قرار می‌گیرند. ملاک تشخیص درد مزمن در این مطالعه وجود دردی است که دست کم ۶ ماه از شروع آن گذشته و علی‌رغم درمان‌های انجام شده به‌طور کامل بهبود نیافته باشد [۳۴].

## ۲-۲- ملاک‌های شمول

از افرادی که دارای ویژگی‌های زیر بودند دعوت به عمل آمد تا در مطالعه شرکت کنند. ۱- سن ۱۸ سال یا بالاتر، ۲- داشتن گواهینامه پایان تحصیلات دوره ابتدایی و ۳- وجود درد مزمن. از مجموع ۲۳۹ فرد واجد شرایط شرکت در مطالعه ۲۳۱ نفر (۹۷ درصد) تمایل خود را به شرکت در مطالعه اعلام کرده و با تکمیل پرسشنامه‌های زیر در مطالعه شرکت کردند.

## ۳-۲- پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های مطالعه

۱-۳-۲- تاریخچه شخصی و اطلاعات مربوط به درد و بیماری. افراد شرکت‌کننده در مطالعه با تکمیل پرسشنامه، اطلاعاتی را در مورد ویژگی‌های شخصی و متغیرهای مرتبط با درد و بیماری فراهم آوردند.

۳-۳-۲- شدت درد. برای اندازه‌گیری شدت درد در زمان مطالعه از مقیاس درجه بندی عددی استفاده شد. این مقیاس خط صافی است که در یک انتهای آن صفر و در انتهای دیگر آن عدد ۱۰ نوشته شده است و با استفاده از این اعداد خط مذکور به یازده قسمت مساوی تقسیم شده است. در زیر صفر عبارت «عدم درد» و در زیر عدد ۱۰ عبارت «شدیدترین درد ممکن» نوشته شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود تا با انتخاب عددی بین صفر تا ۱۰ شدت درد خود را در زمان مطالعه مشخص کند. این مقیاس در پژوهش‌های انجام شده با بیماران مبتلا به درد

۳-۳-۲- راهبردهای مقابله. برای سنجش فراوانی راهبردهایی که افراد مورد مطالعه از آن‌ها برای مقابله با درد استفاده می‌کنند از پرسشنامه راهبردهای مقابله [۱۹] استفاده شد. با استفاده از ۴۲ عبارت، این پرسشنامه شش راهبرد مقابله‌شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی و دعا-امیدواری) و یک راهبرد مقابله رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هر یک از راهبردهای مقابله 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، ۳=گاهی و ۶=همیشه). نمره‌های ۶ عبارت با یکدیگر جمع می‌شود و یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد مقابله به دست می‌آید که بین صفر تا ۳۶ می‌تواند متغیر باشد. نمره‌های بالاتر در هر راهبرد مقابله معرف استفاده بیش‌تر از راهبرد مذکور در مواجهه با درد مزمن است. همچنین پرسشنامه راهبردهای مقابله از آزمودنی می‌خواهد تا با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که با استفاده از راهبردهایی که برای مواجهه با درد به کار بسته تا چه میزان توانسته است درد خود را کاهش دهد و نیز تا چه میزان بر درد خود احساس کنترل داشته است (صفر=هیچ، ۳=تاحدی و ۶=کاملاً). میزان کنترل بر درد و توانایی ایجاد کاهش درد با استفاده از راهبردهای مقابله را می‌توان کارآمدی مقابله (Coping efficacy) نامید. پرسشنامه راهبردهای مقابله اول بار در میان گروهی از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن هنجاریابی شد و ضریب همسانی درونی (Internal consistency) هفت خرده مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد [۱۹]. از آن به بعد این پرسشنامه در مطالعات بسیاری هم با بیماران مبتلا به درد

به هر یک از علائم افسردگی را به دقت خواننده و عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت او را «در زمان مطالعه» نشان می‌داد، انتخاب کند [۴۱]. در سال ۱۹۷۹ شکل بازنگری شده آزمون منتشر گردید. در شکل بازنگری شده، تعداد سؤال‌ها و شیوه نمره‌گذاری تغییری نکرد اما با حذف عبارات بدیل از پرسشنامه تغییراتی در شیوه بیان سؤال‌ها داده شد. در اجراء از آزمودنی خواسته می‌شود که هر ۴ عبارت ذکر شده برای هر علامت افسردگی را به دقت مطالعه کرده و از میان آن‌ها عبارتی را که به بهترین وجه معرف وضعیت او «در طول هفته گذشته از جمله امروز» است، انتخاب کند. گفته شده است در حالی که فرم اولیه آزمون بک وضعیت خلقی فعلی فرد را می‌سنجید فرم بازنگری شده آزمون ارزیابی پایدارتری از خلق فرد را به دست می‌دهد [۴۲]. به هنگام نمره‌گذاری به هر یک از علائم و ویژگی‌های افسردگی نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد؛ به عبارات خنثی (به‌عنوان مثال «احساس غمگینی نمی‌کنم») نمره صفر و به عباراتی که به شدیدترین وجه علامت مذکور را بیان می‌کند (برای مثال «به اندازه‌ای غمگین و ناخاد هستم که قدرت تحملش را ندارم») نمره ۳ تعلق می‌گیرد. نمره آزمودنی در این پرسشنامه بین صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر افسردگی شدیدتر است.

### ۳- نتایج

#### ۳-۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اطلاعات مرتبط با بیماری

جدول ۱ برخی از مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که دیده می‌شود، تمام افراد مورد مطالعه را مردان تشکیل می‌دهند؛ اکثریت آن‌ها افرادی متاهل و دارای قومیت فارس بودند. میانگین سن مردان تحت مطالعه ۴۱/۴۳ سال ( $SD=10/39$ ) است و به‌طور متوسط ۵۵/۱۸ سال ( $SD=40/9$ ) سابقه خدمت داشته‌اند. حدود ۷۰ درصد مردان شرکت‌کننده در مطالعه دارای مدرک تحصیلی

حاد و هم‌بیماران درد مزمن، به‌کار گرفته شده و پایایی و اعتبار آن تأیید شده است [۲۳]. این پرسشنامه در واقع به شیرازه پژوهش‌هایی بدل گشته است که موضوع مهم مقابله و سازگاری با درد را مورد توجه قرار داده‌اند (ر.ک. پیوست ۱).

#### ۲-۳-۴- ناتوانی جسمی. برای سنجش میزان ناتوانی

جسمی از پرسشنامه ناتوانی جسمی [۳۶] استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت است و دامنه وسیعی از فعالیت‌های روزانه را که در نتیجه کمر درد مختل شده است، می‌پوشاند (برای مثال، «به خاطر کمردرد بیش‌تر اوقات در منزل می‌مانم» یا «به خاطر کمردرد آهسته‌تر از حد معمول راه می‌روم»). این پرسشنامه در مطالعات گسترده‌ای با بیماران مبتلا به کمر درد مزمن [۳۷] و بیماران دارای درد مزمن در نقاط مختلف بدن [۳۵] به‌کار گرفته شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن تأیید شده است. از آن‌جا که شرکت‌کنندگان در این مطالعه از درد در نقاط مختلف بدن شکایت داشتند همانند بسیاری دیگر از مطالعات قبلی (برای مثال، ۳۸ و ۳۹) در پرسشنامه تغییرات اندکی داده شد و در هر عبارت کلمه درد جایگزین کلمه کمردرد شد (برای مثال، «به خاطر درد بیش‌تر اوقات در منزل می‌مانم» یا «به خاطر درد آهسته‌تر از حد معمول راه می‌روم»). نمره‌گذاری این پرسشنامه بسیار ساده است و به‌ازاء هر پاسخ مثبت به هر یک از عبارات، یک نمره به بیمار تعلق می‌گیرد. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۲۴ است و نمره بالاتر مبین ناتوانی جسمی شدیدتر است (ر.ک. پیوست ۲).

#### ۲-۳-۵- افسردگی. برای سنجش افسردگی از

پرسشنامه افسردگی بک [۴۰] استفاده شد. فرم اولیه این پرسشنامه [۴۱] دارای ۲۱ عبارت مرتبط با علائم و ویژگی‌های شناختی، عاطفی و فیزیولوژیک افسردگی بود که هر علامت با ۴ عبارت مشخص می‌گردید. در اجراء از آزمودنی خواسته می‌شد تا هر ۴ عبارت متعلق

جدول ۲- ویژگی‌های مرتبط با درد نمونه مورد مطالعه

درصد	فراوانی	شاخص متغیر
		<u>نوع درد</u>
۴۷	۱۱۰	مزمن مستمر
۵۳	۱۲۱	مزمن عودکننده
		<u>اقدامات درمانی</u>
۸۷	۲۰۱	مراجعه به پزشک
۴۵	۱۰۴	مراجعه به اورژانس
۳۷	۸۵	بستری شدن در بیمارستان
۱۲	۲۸	عمل جراحی
۷۶	۱۷۵	مصرف دارو
		<u>الگوی مصرف دارو:</u>
۲۳	۵۱	کمتر از یک بار در هفته
۲۴	۵۶	چند بار در طول هفته
۲۱	۴۹	یک یا دو بار در روز
۸	۱۹	سه بار و یا بیشتر در روز
		<u>محل درد</u>
۲۵	۵۸	دست و پا
۲۴	۵۵	کمر
۸	۱۹	سر
۵	۱۲	گردن
۵	۱۲	شکم
۵	۱۱	سینه
۲	۴	شانه
۲	۴	لگن
۲۴	۵۶	دو محل و یا بیشتر
		<u>علت شروع درد</u>
۳۹	۸۹	مرتبط با محل کار
۸	۱۸	به دنبال بیماری یا عمل جراحی
۲	۴	تصادف با اتومبیل
۵۱	۱۲۳	بدون علت مشخص

درصد اول توزیع ۱۱/۵ ماه، برای ۲۵ درصد دوم توزیع ۳۰ ماه، برای ۲۵ درصد سوم توزیع ۷۱ ماه و برای ۲۵ درصد چهارم توزیع ۱۷۵ ماه بوده است. نمونه مورد مطالعه برای درمان و رهایی از درد به اقدامات گوناگونی از جمله مراجعه به پزشک، بستری شدن در

دیپلم و بالاتر بوده‌اند. با توجه به اطلاعات منتشر شده توسط مرکز آمار ایران (سالنامه آماری کشور، ۱۳۷۹)، ۳۹ درصد مردان ایرانی ساکن در مناطق شهری دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر هستند. لذا، این تفاوت در میزان تحصیلات مبین آن است که نمونه مورد مطالعه، دست کم در رابطه با تحصیلات، معرف جامعه مردان ایران نیست و این موضوعی است که باید به هنگام تعمیم یافته‌های این مطالعه، آن را به خاطر داشت.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

درصد	فراوانی	متغیر
		<u>جنسیت</u>
۱۰۰	۲۳۱	مرد
		<u>وضعیت تاهل</u>
۹۴	۲۱۷	متاهل
۶	۱۴	مجرد
		<u>قومیت</u>
۶۹/۳	۱۶۰	فارس
۱۴/۷	۳۴	ترک
۶/۹	۱۶	کرد
۶/۵	۱۵	لر
۲/۲	۵	عرب
۰/۴	۱	نامشخص
		<u>تحصیلات</u>
۱۰/۴	۲۴	ابتدایی
۱۹/۵	۴۵	راهنمایی
۴۴/۲	۱۰۲	دبیرستان
۲۶	۶۰	دانشگاه
میانگین سن = ۴۱/۴۳ سال (انحراف استاندارد = ۱۰/۳۹ سال)		
میانگین سابقه کار = ۱۸/۵۵ سال (انحراف استاندارد = ۴۰/۹ سال)		

جدول ۲ و ۳ برخی از ویژگی‌های مرتبط با درد را در جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد. درد در ۴۷ درصد از افراد مورد مطالعه از نوع درد مزمن مستمر و در ۵۳ درصد از نوع درد مزمن عودکننده بوده است. به‌طور میانگین نمونه مورد مطالعه به مدت ۷۱/۵ ماه (حدود ۶ سال) با درد دست به‌گریبان بوده است. به‌طور دقیق‌تر، میانگین مدت شروع درد برای ۲۵ درصد



جدول ۴- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه. (اعداد داخل پرانتز دامنه ممکن تغییر نمره در هر یک از متغیرهای مورد مطالعه است)

انحراف معیار	میانگین	شاخص متغیر
۲/۵۹	۴/۷۱	شدت درد (۰-۱۰)
۵/۸۳	۸/۳۲	نا توانی جسمی (۰-۲۴)
۹/۲۰	۱۳/۱	افسردگی (۰-۶۳)
		راهبردهای مقابله
۷/۶۶	۹/۲۱	تفسیر مجدد درد (۰-۳۶)
۸/۴۳	۱۱/۹۰	توجه برگردانی (۰-۳۶)
۸/۱۱	۱۳/۷۳	فاجعه آفرینی (۰-۳۶)
۸/۷۹	۱۳/۸۴	نادیده انگاشتن درد (۰-۳۶)
۷/۴۷	۲۲/۶۱	امیدواری-دعا (۰-۳۶)
۸/۸۰	۲۰/۱۱	گفتگو با خود (۰-۳۶)
۷/۷۱	۱۲/۱۶	افزایش فعالیت رفتاری (۰-۳۶)
		کارآمدی مقابله
۱/۴۶	۳/۲۰	احساس کنترل بر درد (۰-۶)
۱/۳۸	۲/۶۹	توانایی کاهش درد (۰-۶)

جدول ۵- ضرایب همسانی درونی راهبردهای مقابله

ضریب آلفا	تعداد عبارات	شاخص راهبرد
۰/۸۲	۶	توجه برگردانی
۰/۸۰	۶	فاجعه آفرینی
۰/۸۳	۶	نادیده انگاشتن درد
۰/۷۴	۶	دعا - امیدواری
۰/۸۲	۶	گفتگو با خود
۰/۷۷	۶	تفسیر مجدد درد
۰/۷۵	۶	افزایش فعالیت رفتاری

از راهبردهای مقابله مانند دعا - امیدواری و گفتگو با خود بیش تر از راهبردهای دیگر مانند تفسیر مجدد درد و توجه برگردانی مورد استفاده قرار گرفته است. جدول ۵ ضرایب همسانی درونی ۷ راهبرد مقابله مورد مطالعه را خلاصه کرده است. ضرایب آلفای کرونیباخ [۴۳]. به دست آمده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ متغیر است و آن‌ها را می توان مطلوب قلمداد کرد [۴۴].

جدول ۶ ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه را نشان می دهد. به دلیل وجود ضرایب

جدول ۳- ویژگی های مرتبط با درد نمونه مورد مطالعه

انحراف معیار	میانگین	شاخص متغیر
۷۰	۷۱/۵	مدت شروع درد (ماه)
۱/۷۸	۲/۲۸	تعداد اعمال جراحی
۶۹/۵۴	۵۷/۵	مدت مصرف دارو (ماه)
۹/۳۵	۵	غیبت از کار به دلیل درد در ۶ ماه قبل (روز)
۷/۸۱	۳/۴	تأخیر در شروع کار به دلیل درد در ۶ ماه قبل (روز)

بیمارستان، عمل جراحی و مصرف دارو توسل جسته است. همان گونه که در جدول ۲ دیده می شود ۱۲ درصد از افراد مورد مطالعه به خاطر رهایی از درد تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. جدول ۳ حاکی از آن است که این افراد به دلیل درد به طور میانگین هر یک ۲/۲۸ بار تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. ۷۶ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه برای رهایی از درد در زمان مطالعه دارو مصرف می کرده اند و میانگین مصرف دارو در بین افراد مورد مطالعه ۵۷/۵ ماه است. به طور دقیق تر، میانگین مدت مصرف دارو برای ۲۵ درصد اول توزیع ۶/۵ ماه، برای ۲۵ درصد دوم توزیع ۱۵ ماه، برای ۲۵ درصد سوم توزیع ۵۱ ماه و برای ۲۵ درصد چهارم توزیع ۱۵۰ ماه بوده است. جدول ۲ نشان دهنده آن است که شایع ترین محل های درد دست و پا (۲۵ درصد) و کمر (۲۴ درصد) است. در حالی که ۵۱ درصد از افراد مورد مطالعه نتوانسته اند علت مشخصی را برای شروع درد خود ذکر کنند، شروع درد در ۳۹ درصد از افراد مورد مطالعه با محیط کار مرتبط بوده است. درد باعث شده است که افراد مورد مطالعه در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه به طور میانگین ۵ روز از کار غیبت کرده و ۳/۴ روز دیرتر از حد معمول به محل کار بیایند.

### ۳-۲- یافته های مرتبط با راهبردهای مقابله

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه را نشان می دهد. همان گونه که دیده می شود برخی

توانایی بیش تر برای ایجاد کاهش در درد با ناتوانی جسمی، افسردگی و درد خفیف تری همراه است. همچنین همبستگی مثبت و معناداری بین شدت درد با افسردگی و ناتوانی جسمی وجود دارد. از آنجا که بررسی روابط درونی راهبردهای مقابله از اهداف مطالعه حاضر به شمار نمی آید در این جا از ذکر همبستگی های بین راهبردهای مقابله خودداری می گردد. جدول ۷ نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری را که با هدف پیش بینی شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی انجام شده است، نشان می دهد. قبل از انجام این تحلیل آماری به منظور بررسی احتمال بروز مشکل Multicollinearity، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش بین (۷ راهبرد مقابله و دو مقیاس مرتبط با کارآمدی مقابله) که قرار بود به طور همزمان و به عنوان یک بلوک وارد معادله رگرسیون شود، بررسی گردید. بالاترین ضریب همبستگی (یعنی ۰/۶۸) بین دو متغیر نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود وجود داشت (این ضرایب همبستگی در جدول ۶ منعکس است). لذا احتمال بروز مشکل Multicollinearity وجود ندارد [۳۲]. همان گونه که در جدول ۷ منعکس است ترکیب ۷ راهبرد مقابله و دو مقیاس کارآمدی مقابله (توانایی کنترل درد و توانایی کاهش درد) توانسته است به طور معناداری ۲۰ درصد واریانس شدت درد را پیش بینی کند. اما بررسی ضرایب رگرسیون استاندارد (بتا) نشان می دهد که از بین ۹ متغیر پیش بین موجود در معادله رگرسیون تنها فاجعه آفرینی توانسته است به طور معنادار و مستقلی شدت درد را پیش بینی کند؛ براساس این یافته می توان گفت بیمارانی که در مواجهه با درد بیش تر فاجعه آفرینی کرده اند شدت درد بیش تری را نیز گزارش کرده اند.

با توجه به این که همبستگی های مثبت و معناداری بین شدت درد و ناتوانی جسمی و افسردگی وجود دارد (جدول ۶ را ملاحظه کنید) در تحلیل های رگرسیونی که به منظور پیش بینی ناتوانی جسمی و افسردگی انجام شد تأثیر شدت درد بر رابطه بین راهبردها و کارآمدی

همبستگی متعدد در ماتریس همبستگی (۶۶ ضریب همبستگی در این مطالعه) احتمال وقوع خطای نوع اول افزایش می یابد [۳۲] و لازم است برای کنترل احتمال رویداد خطای نوع اول، با توجه به تعداد متغیرهای موجود در تحلیل آماری، سطح معناداری تعدیل گردد. تصحیح بون فرونی (Bonferroni) یکی از روش هایی است که برای تعدیل سطح معناداری به کار می رود و در آن سطح معناداری مرسوم در مطالعات (یعنی ۰/۰۵) بر تعداد آزمون های آماری انجام شده (در این مطالعه بر تعداد ضرایب همبستگی) تقسیم می گردد. با توجه به تعداد ضرایب همبستگی در این مطالعه، تصحیح بون فرونی سطح لازم برای معناداری را ۰/۰۰۰۷ (یا  $0/05 \div 66 = 0/0007$ ) تعیین می کند. اما از طرف دیگر انتخاب این سطح معناداری محافظه کارانه احتمال وقوع خطای نوع دوم را افزایش می دهد. بنابراین لازم است بین احتمال افزایش احتمال وقوع خطای نوع اول (یعنی انتخاب سطح معناداری ۰/۰۵) و افزایش احتمال وقوع خطای نوع دوم (یعنی انتخاب سطح معناداری ۰/۰۰۰۷) تعادلی برقرار کرد. انتخاب سطح معناداری ۰/۰۱ مصالحه ای است که در این گونه شرایط مطرح شده است [۴۵] و مطالعات دیگری نیز سطح معناداری ۰/۰۱ را به عنوان تعادلی بین احتمال وقوع خطای نوع اول و دوم در این شرایط به کار گرفته است [۲۴ و ۳۹].

بنابراین، مطالعه حاضر فقط همبستگی هایی را مورد بحث قرار می دهد که در سطح ۰/۰۱ یا کوچک تر معنادار است.

همان گونه که جدول ۶ نشان می دهد رابطه ای معناداری بین متغیرهای ملاک (شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی) و برخی از راهبردهای مقابله وجود دارد: فاجعه آفرینی بیش تر در مواجهه با درد با ناتوانی جسمی، افسردگی و شدت درد بیش تری همراه است؛ در حالی که استفاده بیش تر از راهبردهای مقابله نادیده گرفتن درد و گفتگو با خود با ناتوانی جسمی و افسردگی خفیف تری همراه است؛ ادراک کنترل بیش تر بر درد با افسردگی خفیف تر همراه است؛ سرانجام،

جدول ۶- ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. شدت درد	-											
۲. ناتوانی جسمی	۰/۴۳**	-										
۳. افسردگی	۰/۲۵**	۰/۴۱**										
۴. توجه برگردانی	۰/۱۴	۰/۰۸	-۰/۱۴									
۵. تفسیر مجدد درد	۰/۰۷	-۰/۰۴	-۰/۱۷	۰/۶۳**	-							
۶. فاجعه آفرینی	۰/۳۵**	۰/۴۲**	۰/۵۲**	۰/۰۹	۰/۰۹	-						
۷. نادیده انگاشتن درد	-۰/۰۷	-۰/۲۳*	-۰/۴۷**	۰/۴۸**	۰/۶۵**	-۰/۳۱**	-					
۸. امیدواری - دعا	۰/۰۵	۰/۱۰	-۰/۰۸	۰/۵۰**	۰/۴۵**	۰/۱۰	۰/۲۹**	-				
۹. گفتگو با خود	-۰/۱۴	-۰/۱۹*	-۰/۴۶**	۰/۵۵**	۰/۵۵**	-۰/۳۲**	۰/۶۸**	۰/۴۱**	-			
۱۰. افزایش فعالیت	۰/۰۶	-۰/۰۳	-۰/۱۶	۰/۶۹**	۰/۵۷**	۰/۰۶	۰/۵۲**	۰/۴۰**	۰/۵۶**	-		
۱۱. کنترل بر درد	-۰/۱۶	-۰/۱۲	-۰/۲۲*	۰/۲۰*	۰/۳۱**	-۰/۲۱*	۰/۳۷**	۰/۲۷**	۰/۴۶**	۰/۳۱**	-	
۱۲. توانایی کاهش درد	-۰/۲۴**	-۰/۱۸*	-۰/۲۳*	۰/۱۵	۰/۲۰*	-۰/۲۲*	۰/۲۶**	۰/۱۰	۰/۳۵**	۰/۲۶**	۰/۵۲**	-

\*  $p < 0/01$ \*\*  $p < 0/001$

جدول ۷- پیش‌بینی شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی با استفاده از راهبردهای مقابله

Beta <sup>a</sup>	F Change	R <sup>2</sup> Change	Total R <sup>2</sup>	
۰/۱۳ ۰/۱۶ ۰/۲۸** ۰/۰۲ -۰/۰۴ -۰/۱۱ ۰/۰۲ -۰/۰۳ -۰/۱۸	۵/۶۴**	۰/۲۰	۰/۲۰	متغیر ملاک: شدت درد متغیرهای پیش‌بین: راهبردها و کارآمدی مقابله تفسیر مجدد درد توجه برگردانی فاجعه‌آفرینی نادیده انگاشتن درد دعا و امیدواری گفتگو با خود افزایش فعالیت رفتاری توانایی کنترل درد توانایی کاهش درد
۰/۴۳** ۰/۰۴ ۰/۰۸ ۰/۲۲** ۰-/۱۷ -۰/۰۹ -۰/۰۲ -۰/۰۳ -۰/۰۴ -۰/۰۵	۵۱/۳۸** ۳/۶۳**	۰/۱۹ ۰/۱۱	۰/۱۹ ۰/۳۰	متغیر ملاک: ناتوانی جسمی متغیرهای پیش‌بین: گام اول: شدت درد گام دوم: راهبردها و کارآمدی مقابله تفسیر مجدد درد توجه برگردانی فاجعه‌آفرینی نادیده انگاشتن درد دعا و امیدواری گفتگو با خود افزایش فعالیت رفتاری توانایی کنترل درد توانایی کاهش درد
۰/۲۵** ۰/۱۵ -۰/۰۶ ۰/۳۶** ۰-/۳۲** -۰/۰۳ -۰/۲۵* ۰/۱۴ -۰/۰۵ -۰/۰۴	۱۳/۸۲** ۱۴/۵۱**	۰/۰۶ ۰/۳۶	۰/۰۶ ۰/۴۲	متغیر ملاک: افسردگی متغیرهای پیش‌بین: گام اول: شدت درد گام دوم: راهبردها و کارآمدی مقابله تفسیر مجدد درد توجه برگردانی فاجعه‌آفرینی نادیده انگاشتن درد دعا و امیدواری گفتگو با خود افزایش فعالیت رفتاری توانایی کنترل درد توانایی کاهش درد

Beta<sup>a</sup> = استاندارد ضریب رگرسیون

\* p < ۰/۰۱

\*\* p < ۰/۰۰۱

مستقل شدت افسردگی بوده‌اند. با توجه به علامت ضرایب رگرسیون استاندارد متعلق به این سه راهبرد می‌توان گفت افرادی که در مواجهه با درد کم‌تر فاجعه‌آفرینی کرده و از دو راهبرد مقابله نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود بیش‌تر استفاده کرده‌اند از افسردگی خفیف‌تری نیز برخوردار بوده‌اند. یافته‌های تحلیل‌های رگرسیون فوق‌هنگامی همیت خود را بیش‌تر نشان می‌دهد که بدانیم نقش درد در پیش‌بینی شدت ناتوانی جسمی و افسردگی کنترل شده است.

#### ۴- بحث

اگرچه منابع پژوهشی برای نقش راهبردهای مقابله در سازگاری با درد مزمن اهمیت زیادی قائل است چنین نقشی در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن مورد مطالعه قرار نگرفته است. در مطالعه حاضر که با هدف بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله و شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی (متغیرهایی که معمولاً از آن‌ها به‌عنوان برخی از شاخص‌های سطح سازگاری با درد مزمن یاد می‌شود) انجام شد ۲۳۱ نفر از کارکنان دو واحد بزرگ دولتی که در آزمون غربالگری واجد ملاک تشخیصی درد مزمن بودند، شرکت داشتند.

براساس یافته‌های این مطالعه بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۳ درصد) دارای درد مزمن عودکننده (Recurrent chronic pain) (سابقه درد بیش از ۶ ماه با دوره‌هایی از بهبود و عود مجدد) و بقیه دارای درد مزمن مستمر (Persistent chronic pain) (سابقه درد بیش از ۶ ماه بدون دوره بهبود) بوده‌اند. میانگین مدت ابتلا به درد حدود ۶ سال بود و بیماران در طول این مدت انواع اقدامات درمانی را برای رهایی از درد انجام داده بودند؛ در این مطالعه، دست، پا و کمر شایع‌ترین محل‌های درد بود؛ در حالی که در ۵۱ درصد از افراد مورد مطالعه درد بدون علت مشخصی شروع شده بود، ۳۹ درصد از افراد مورد مطالعه درد خود را با حوادث و عوامل محیط کار مرتبط دانسته بودند. افراد مورد مطالعه در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه به‌طور

مقابله و متغیرهای ملاک (ناتوانی جسمی و افسردگی) کنترل شده است. به این معنی که در گام اول و قبل از وارد کردن ۹ متغیر پیش‌بین راهبردها و کارآمدی مقابله، متغیر شدت درد وارد معادله رگرسیون شد و به این طریق هرگونه تأثیر احتمالی شدت درد از رابطه بین راهبردهای مقابله و ناتوانی جسمی و افسردگی حذف شد و در گام دوم راهبردهای مقابله و کارآمدی مقابله به‌عنوان یک بلوک وارد معادله رگرسیون گردید. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که شدت درد به‌طور معناداری توانسته است شدت ناتوانی جسمی را پیش‌بینی کند (متغیر شدت درد توانسته است ۱۹ درصد واریانس مربوط ناتوانی جسمی را پیش‌بینی کند). ملاحظه علامت ضرایب رگرسیون استاندارد (بتا) نشان می‌دهد که افراد دارای درد شدیدتر ناتوانی جسمی شدیدتری را نیز گزارش کرده‌اند. پس از کنترل شدت درد ترکیب ۹ متغیر راهبردها و کارآمدی مقابله توانست ۱۱ درصد واریانس نمره‌های ناتوانی جسمی را فراتر از اثر شدت درد بر نمره‌های مذکور، پیش‌بینی کند. اما بررسی ضرایب بتا نشان می‌دهد که از میان ۹ متغیر پیش‌بین تنها راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی پیش‌بینی‌کننده معنادار و مستقل شدت ناتوانی جسمی است؛ به سخن دیگر بیماری‌رانی که در مواجهه با درد بیش‌تر فاجعه‌آفرینی کرده‌اند ناتوانی جسمی شدیدتری را نیز گزارش کرده‌اند.

همچنین در این مطالعه شدت درد پیش‌بینی‌کننده معنادار شدت افسردگی است (متغیر شدت درد توانسته است ۶ درصد واریانس مربوط به شدت افسردگی را پیش‌بینی کند)؛ افراد دارای درد شدیدتر افسردگی شدیدتری را نیز گزارش کرده‌اند. پس از کنترل شدت درد ترکیب ۹ متغیر راهبردها و کارآمدی مقابله به‌عنوان یک بلوک وارد تحلیل رگرسیون گردید. ترکیب این ۹ متغیر توانست ۳۶ درصد واریانس نمره‌های افسردگی را فراتر از اثر شدت درد بر نمره‌های مذکور، پیش‌بینی کند. اما بررسی ضرایب بتا نشان می‌دهد که از میان ۹ متغیر پیش‌بین، راهبردهای مقابله فاجعه‌آفرینی، نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود پیش‌بینی‌کننده معنادار و

مزمن است [۶]. شرکت کنندگان در این مطالعه از سطح تحصیلات بالاتری نسبت به میانگین جامعه ایران برخوردار بودند؛ بنابراین نمی‌توان آن‌ها را معرف جامعه ایران به حساب آورد. خواننده به هنگام تعمیم دهی یافته‌های این مطالعه باید به این محدودیت‌ها توجه کند. البته مطالعه حاضر دارای نقاط قوتی نیز هست که از میان آن‌ها می‌توان به حجم نمونه نسبتاً مطلوب، تلاش برای ایجاد تعادل بین احتمال وقوع خطای نوع اول و نوع دوم و کنترل تأثیر شدت درد بر رابطه بین راهبردهای مقابله با ناتوانی جسمی و افسردگی اشاره کرد. با توجه به موارد فوق، یافته‌های مطالعه حاضر به ترتیب مورد بحث قرار می‌گیرد.

#### ۴-۱- یافته‌های مربوط به درد مزمن

شرکت کنندگان در این مطالعه علی‌رغم استفاده از انواع اقدامات درمانی برای رهایی از درد به‌طور میانگین به مدت ۶ سال از درد رنج برده‌اند. در حالی که میانگین مدت درد در یک چهارم از افراد مطالعه ۱۱/۵ ماه بوده است، یک چهارم از افراد مورد مطالعه به‌طور میانگین به مدت ۱۴ سال با درد دست به‌گریبان بوده‌اند. این یافته به‌خوبی مصداق تعریف درد مزمن است: درد مزمن دردی است مقاوم به درمان که فراتر از دوره‌ای که برای بهبودی انتظار می‌رود، طول کشیده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد افرادی که دارای درد شدیدتری هستند از ناتوانی جسمی و افسردگی بیش‌تری رنج می‌برند. آیا یافته مذکور حاکی از آن است که برای درد مزمن درمانی وجود ندارد و پس از مزمن شدن درد، بیمار باید برای بقیه عمر درد و نتایج همراه با آن مانند ناتوانی جسمی و افسردگی را تحمل کرده و با آن کنار آید یا باید برای درمان درد مزمن به روش‌های درمانی دیگری جز آنچه اکنون مصطلح است، توسل جست؟ پرداختن به این پرسش هدف مطالعه حاضر نیست اما یافته مذکور پدیده جالب توجهی است که مطالعات بیش‌تری را در آینده می‌طلبد.

میانگین ۵ روز از کار غیبت کرده و ۳/۴ روز دیرتر از حد معمول به محل کار خود آمده بودند. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه راهبردهای مقابله (ضرایب همسانی درونی و اعتبار ملاک یا پیش‌بین) در این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. نتایج این مطالعه همچنین حاکی از آن است افراد مورد مطالعه در مواجهه با درد برخی از راهبردها مانند امیدواری - دعا و گفتگو با خود را بیش‌تر از راهبردهای دیگر مانند تفسیر مجدد درد و توجه برگردانی مورد استفاده قرار داده‌اند. براساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت فاجعه‌آفرینی راهبرد مقابل‌های است که می‌تواند برخی از تفاوت‌های موجود در شدت درد و ناتوانی جسمی مشاهده شده در میان بیماران مبتلا به درد مزمن را تبیین کند. سرانجام نتایج این مطالعه حاکی از آن است در حالی که فاجعه‌آفرینی بیش‌تر در مواجهه با درد با افسردگی شدیدتر همراه است، استفاده بیش‌تر از دو راهبرد مقابله نادیده‌انگاشتن درد و گفتگو با خود با افسردگی خفیف‌تر در میان شرکت کنندگان در مطالعه همراه بوده است.

قبل از بحث درباره یافته‌های مذکور، لازم است تا برخی از محدودیت‌های این مطالعه مطرح گردد. طرح مطالعاتی حاضر طرحی است مقطعی (Cross-sectional) و بنابراین ضرایب همبستگی و رگرسیون به‌دست آمده بین راهبردهای مقابله با درد از یک طرف و شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی از طرف دیگر را نباید به‌عنوان رابطه علت و معلولی نگرست. به دو دلیل عمده افراد شرکت‌کننده در این مطالعه معرف جامعه ایرانی مبتلایان به درد مزمن نیست؛ نخست آن‌که فقط مردان در این مطالعه شرکت داشتند؛ لذا یافته‌های مطالعه حاضر را نباید به زنان مبتلا به درد مزمن تعمیم داد؛ دوم آن‌که تمام افراد شرکت‌کننده در این مطالعه در زمان انجام مطالعه به انجام شغل خود به‌طور تمام وقت مشغول بودند بنا براین نمی‌توان آن‌ها را معرف کامل جامعه مبتلایان به درد مزمن در نظر گرفت که یکی از ویژگی‌های بارز بخش قابل توجهی از افراد چنین جامعه‌ای ناتوانی در انجام شغل به دلیل درد

## ۴-۲- یافته‌های مربوط به راهبردهای مقابله

## ۴-۲-۱- ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه راهبردهای مقابله

بر اساس یافته‌های این مطالعه، پرسشنامه راهبردهای مقابله دارای پایایی و اعتبار قابل قبولی است و می‌توان از آن برای سنجش راهبردهای مقابله در میان جمعیت ایرانی دارای درد مزمن استفاده کرد. ضرایب همسانی درونی ۷ خرده مقیاس پرسشنامه راهبردهای مقابله بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ متغیر است و این ضرایب در دامنه قابل قبولی قرار می‌گیرند [۴۴ و ۴۶]. به‌عنوان مثال ناملی و برنشتاین [۴۴] ضرایب همسانی درونی ۰/۹۰ و بالاتر را «عالی»، ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ را «قابل قبول» و ضرایب همسانی درونی کم‌تر از ۰/۷۰ را «ضعیف و غیرقابل قبول» طبقه‌بندی کرده‌اند. نتایج این مطالعه همچنین اعتبار ملاک (Criterion validity) یا اعتبار پیش بین (Predictive validity) پرسشنامه راهبردهای مقابله را تأیید کرد [۴۷]. پرسشنامه راهبردهای مقابله توانست برخی از تفاوت‌هایی را که در میان افراد مبتلا به درد مزمن در سه ملاک شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی وجود داشت، تبیین کند.

## ۴-۲-۲- راهبردهای مقابله و شدت درد

تحلیل همبستگی یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که از ۷ راهبرد مقابله مورد مطالعه تنها راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی با شدت درد رابطه دارد و افرادی که گزارش کرده‌اند در مواجهه با درد بیش‌تر فاجعه‌آفرینی کرده‌اند درد شدیدتری را نیز گزارش کرده‌اند. در همین حال افرادی که از کارآمدی مقابله بالاتری برخوردار بوده‌اند (توانایی خود را در کاهش درد با استفاده از راهبردهای مقابله بالاتر ارزیابی کرده بودند) شدت درد کم‌تری را نیز گزارش کرده‌اند. هم سو با یافته‌های به‌دست آمده از بیماران مبتلا به درد مزمن [۴۲، ۴۸، ۴۹] و نیز هماهنگ با بررسی‌های انجام شده با افراد سالمی که در آزمایش‌های بالقوه دردناک تشخیصی و درمانی شرکت داشته‌اند [۲۴ و ۵۰]، یافته‌های این مطالعه نیز نشان می‌دهد که فاجعه‌آفرینی یک راهبرد مقابله

غیرانطباقی است و فاجعه‌آفرینی بیش‌تر در مواجهه با درد، با درد شدیدتری همراه است و به همین دلیل یک عامل خطر برای سازگاری با دردهای حاد و مزمن به شمار می‌آید [۲۷]. همچنین تأثیر انطباقی کارآمدی مقابله بر شدت درد با نتایج پژوهش‌های قبلی که با بیماران مبتلا به درد مزمن [۵۱، ۵۲، ۵۳ و ۵۴] و افراد سالمی که تحت آزمایش‌های بالقوه دردناک تشخیصی و درمانی قرار گرفته‌اند [۲۴] انجام شده است، هماهنگ است. این یافته نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده در حوزه خودکفایی را بازنمایی می‌کند که در آن‌ها مشخص شده است بین باور فرد به توانایی خود برای انجام مسئولیت‌ها و وظایف و انجام واقعی آن مسئولیت‌ها و وظایف در عمل، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد [۵۵].

نتایج تحلیل رگرسیون که با هدف پیش‌بینی شدت درد انجام گرفت نشان داد که از بین ۹ متغیر پیش بین (۷ راهبرد مقابله و دو مقیاس کارآمدی مقابله) تنها راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی است که می‌تواند شدت درد را پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر، به استثناء فاجعه‌آفرینی استفاده یا عدم استفاده از سایر راهبردها، ارتباطی با شدت درد ندارد. این یافته که در سایر مطالعات انجام شده با بیماران درد مزمن نیز مشاهده شده است [۹، ۱۹، ۵۶ و ۵۷] می‌تواند دارای کاربردهای نظری و بالینی باشد؛ اگرچه استفاده از برخی از راهبردهای مقابله در مواجهه با درد حاد و درد ناشی از روش‌های بالقوه دردآور تشخیصی و درمانی با شدت درد کم‌تری همراه بوده است، مثلاً نادیده انگاشتن درد و توجه برگردانی در درد ماموگرافی [۲۴]، اما به نظر می‌رسد این راهبردها در مواجهه با درد مزمن (دردی که سال‌ها از شروع آن گذشته و علی‌رغم توسل شخص به انواع اقدامات درمانی همچنان ادامه یافته است) وجه انطباقی خود را از دست می‌دهد. در تبیین چنین احتمالی می‌توان گفت که ممکن است عوامل گوناگون از جمله ساختارشناختی که فرد در طول زمان در رابطه با درد خود شکل می‌دهد (تجربه فرد از درد)

راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی و نیز ادراک ضعیف‌تر از توانایی خود برای کاهش درد با ناتوانی جسمی شدیدتر همراه است، هماهنگ است.

در تحلیل رگرسیونی که با هدف پیش‌بینی ناتوانی جسمی انجام شد نقش شدت درد کنترل گردید؛ نتایج تحلیل نشان داد که به استثناء فاجعه‌آفرینی استفاده یا عدم استفاده از سایر راهبردها، ارتباطی با ناتوانی جسمی ندارد. این یافته به لحاظ نظری بسیار مهم است زیرا نه تنها نقش شدت درد که خود پیش‌بینی‌کننده مهم و معنادار ناتوانی جسمی است کنترل شده است بلکه یافته مذکور حاکی از آن است که ناتوانی جسمی گزارش شده به وسیله افراد مبتلا به درد مزمن تنها به شدت درد وابسته نیست (شدت درد به تنهایی قادر به تبیین تمام ناتوانی جسمی مشاهده شده نیست)؛ براساس این یافته می‌توان گفت عوامل روان‌شناختی مانند راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی می‌تواند فراتر از شدت درد ناتوانی جسمی را تبیین کند. یافته مذکور که هماهنگ با نتایج پژوهش‌های قبلی است [۶۲] به لحاظ بالینی بسیار مهم است و برای برنامه‌های درمان شناختی رفتاری درد مزمن که در آن‌ها به نقش شناخت‌ها و پاسخ‌های مقابله در سازگاری با درد مزمن اهمیت داده می‌شود حمایت نظری بیشتری فراهم می‌آورد. یافته‌های این مطالعه مبین آن است که برنامه‌های درمان شناختی-رفتاری درد مزمن که می‌کوشد تا اجتناب از راهبردهای ناسازگارانه مانند فاجعه‌آفرینی را به بیماران آموزش دهد [۶۳] می‌تواند به کاهش ناتوانی جسمی منجر گردد. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای با ۱۴۱ بیمار مبتلا به درد مزمن که در برنامه درمان شناختی-رفتاری درد مزمن شرکت داشته‌اند نشان داده شده است که کاهش در استفاده از راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی به هنگام تجربه درد که بر اثر شرکت در برنامه درمان شناختی-رفتاری حاصل آمده بود با کاهش در میزان ناتوانی جسمی همراه بوده است [۶۴].

به‌عنوان عامل واسطه‌ای قدرتمندی در رابطه بین راهبرد مقابله و شدت درد عمل کند. بررسی این احتمال که در صورت تأیید می‌تواند حمایت بیش‌تری برای دیدگاه شناختی-رفتاری درد مزمن فراهم آورد موضوع پژوهش‌های آینده است. از نظر بالینی، یافته‌های این مطالعه این احتمال را مطرح می‌کند که تشویق بیماران درد مزمن به استفاده از راهبردهای مختلف در مواجهه با درد احتمالاً نمی‌تواند واجد ارزش درمانی باشد؛ در عوض، تشویق بیماران به عدم فاجعه‌آفرینی می‌تواند نتایج درمانی مثبتی در پی داشته باشد که از میان آن‌ها می‌توان به کاهش شدت درد اشاره کرد.

#### ۴-۲-۳- راهبردهای مقابله و ناتوانی جسمی

ناتوانی به محدودیت فعالیت که با آسیب جسمی یا ذهنی همراه است اطلاق می‌گردد [۵۸]. درد مزمن عاملی است که به ایجاد ناتوانی کمک کرده و عملکرد حرفه‌ای و اجتماعی فرد را متاثر می‌سازد (برای مثال نگاه کنید به ۵۹). با توجه به هزینه سنگین اقتصادی درد مزمن و ناتوانی جسمی همراه با آن [۲، ۳ و ۶۰]، عوامل تعیین‌کننده ناتوانی جسمی توجه بسیار زیادی را به خود جلب کرده است. در راستای پاسخ به همین نیاز مطالعه حاضر نشان داده است گذشته از نقشی که شدت درد در ناتوانی جسمی ایفا می‌کند راهبردهای مقابله در تعیین میزان ناتوانی جسمی بیماران نقش دارد. به‌طور مشخص تحلیل همبستگی یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد افراد دارای درد شدیدتر دارای ناتوانی جسمی شدیدتری نیز هستند؛ علاوه بر این، آن گروه از افرادی که در مواجهه با درد خود کم‌تر فاجعه‌آفرینی کرده و بیش‌تر سعی کرده بودند تا درد خود را نادیده گرفته و از راهبرد گفتگو با خود بیش‌تر استفاده کنند از ناتوانی جسمی کمتری برخوردار بودند. همچنین باور به توانایی بیش‌تر برای کاهش درد (کارآمدی مقابله بالاتر) با ناتوانی جسمی پایین‌تری همراه بود. نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی [۲۵، ۲۸ و ۶۱] که در آن‌ها نشان داده شده است استفاده بیش‌تر از



## ۴-۲-۴- راهبردهای مقابله و افسردگی

افسردگی در بین بیماران درد مزمن شایع است [۵]. نتایج مطالعه حاضر که با هدف تعیین رابطه بین افسردگی و راهبردهای مقابله صورت گرفت همبستگی‌های معناداری را بین برخی از راهبردهای مقابله و افسردگی نشان داد؛ در این مطالعه فاجعه‌آفرینی بیش‌تر در مواجهه با درد با افسردگی شدیدتر همراه بود؛ علاوه بر این، استفاده بیش‌تر از دو راهبرد مقابله نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود و نیز برخورداری از کارآمدی مقابله بهتر با افسردگی خفیف‌تر همراه بوده است. بخشی از یافته‌های این مطالعه به وسیله مطالعات دیگری که با بیماران درد مزمن انجام شده است تأیید می‌گردد [۲۸ و ۵۰]. به عنوان مثال در مطالعه‌ای با ۱۱۸ بیمار مبتلا به درد مزمن فکی-گیجگاهی (Temporomandibular) نشان داده شده است که استفاده بیش‌تر از راهبرد مقابله گفتگو با خود و فاجعه‌آفرینی کم‌تر در مواجهه با درد، با افسردگی کم‌تر همراه است [۲۸].

در این پژوهش، در تحلیل رگرسیونی که با هدف پیش‌بینی شدت افسردگی انجام گرفت، نقش شدت درد کنترل گردید؛ سه راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی، نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود توانستند فراتر از اثر شدت درد بر افسردگی، شدت افسردگی را پیش‌بینی کنند؛ در حالی که دو راهبرد نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود در سازگاری با درد مزمن دارای نقش انطباقی بودند (استفاده بیش‌تر از دو راهبرد مذکور در مواجهه با درد با افسردگی خفیف‌تر همراه بود). راهبرد فاجعه‌آفرینی در رابطه با افسردگی نقش غیرانطباقی خود را آشکار ساخت (فاجعه‌آفرینی بیش‌تر با افسردگی شدیدتر همراه بود). این یافته به لحاظ نظری بسیار مهم است زیرا نه تنها نقش شدت درد که خود پیش‌بینی‌کننده مهم و معنادار افسردگی است کنترل شده است بلکه یافته مذکور حاکی از آن است که افسردگی گزارش شده به وسیله افراد مبتلا به درد مزمن تنها به شدت درد وابسته نیست و راهبردهای

مقابله مشخصی می‌توانند فراتر از شدت درد تفاوت‌های موجود در شدت افسردگی در میان افراد دارای درد مزمن را تبیین کند. بخشی از یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی هماهنگ است؛ به عنوان مثال، در مطالعه ترنر و همکاران نشان داده شده است که راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی می‌تواند شدت افسردگی را پیش‌بینی کند [۲۸]. یافته‌های مطالعه حاضر به لحاظ بالینی بسیار مهم است و برای برنامه‌های درمان‌شناختی رفتاری درد مزمن که در آن‌ها به نقش شناخت‌ها و پاسخ‌های مقابله در سازگاری با درد مزمن اهمیت داده می‌شود حمایت نظری بیش‌تری فراهم می‌آورد. یافته‌های این مطالعه مبین آن است که برنامه‌های درمان‌شناختی-رفتاری درد مزمن که می‌کوشد تا اجتناب از راهبردهای ناسازگارانه مانند فاجعه‌آفرینی را به بیماران آموزش دهد [۶۳] می‌تواند به کاهش شدت افسردگی منجر گردد. به عنوان مثال، نتایج دو مطالعه‌ای که با استفاده از روش متاآنالیز (Meta-analysis) برآیند (بازده) درمانی برنامه‌های شناختی و رفتاری درد مزمن را بررسی کرده است [۶۵ و ۶۶] حاکی از آن است که در مقایسه با گروه کنترل، درمان‌شناختی و رفتاری درد مزمن با پیشرفت‌های بیش‌تری در زمینه کاهش درد، ناتوانی جسمی، افسردگی و رفتار درد همراه بوده است.

در حالی که نتایج مطالعات قبلی حاکی از عدم وجود رابطه معناداری بین راهبردهای مقابله، به استثناء فاجعه‌آفرینی و افسردگی است [۲۸ و ۱۵] مطالعه حاضر نشان داده است که دو راهبرد مقابله نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود می‌توانند حتی پس از کنترل شدت درد، تفاوت‌های موجود در شدت افسردگی افراد دارای درد مزمن را به نحو معناداری پیش‌بینی کنند. با توجه به این که اکثریت قریب به اتفاق مطالعاتی که رابطه بین راهبردهای مقابله با سازگاری با درد را مورد بررسی قرار داده است در جوامع غربی انجام شده است شاید بتوان عوامل فرهنگی و قومی را در به وجود آمدن چنین تفاوت‌هایی مؤثر دانست و این احتمال را مطرح کرد که عوامل مذکور می‌توانند رابطه بین راهبردهای

تنها می‌تواند شدت درد را پیش‌بینی کند بلکه می‌تواند حتی پس از کنترل نقش شدت درد، بخشی از تفاوت‌های موجود در شدت افسردگی و ناتوانی جسمی مشاهده شده در بین افراد دارای درد مزمن را تبیین کند. نتایج مطالعه حاضر برای درمان‌شناختی- رفتاری درد مزمن که آموزش اجتناب از درگیری با افکار و راهبردهای مقابله غیرانطباقی (مانند فاجعه‌آفرینی) به بیمار یکی از مولفه‌های اصلی آن را تشکیل می‌دهد، حمایت نظری فراهم می‌آورد.

مقابله و افسردگی را تحت تأثیر قرار دهند. انجام مطالعات بین فرهنگی می‌تواند درستی یا نادرستی چنین احتمالی را مورد آزمون قرار دهد.

به‌عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت راهبردهای مقابله می‌تواند بخشی از تفاوت‌های موجود در شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی مشاهده شده در بین افراد مبتلا به درد مزمن را تبیین کند. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که فاجعه‌آفرینی راهبردی است غیرانطباقی و استفاده از آن در مواجهه با درد مزمن نه

### منابع

- Bonica JJ (1953). The management of pain. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Cousins MJ (1995). Back pain in the work place. In: W.E. Fordyce (Ed.), Task Force on Pain in Work Place. Seattle: IASP Press (p. ix).
- Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM (1995). A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain*;62:233-240.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of American Medical Association*;289:3095-30105.
- Currie SR, Wang J (2004). Chronic back pain and major depression in general Canadian population. *Pain*;107:54-60.
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins, M.J (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*;89:127-134.
- Kerns RD, Otis J, Rosenberg R, Reid C (2003). Veterans' reports of pain and associations with ratings of health, health-risk behaviours, affective distress and use of the healthcare system. *Journal of Rehabilitation Research and Development*;40:371-380.
- Waddell G, Main CJ (1984). Assessment of severity in low back disorders. *Spine* ;9:204-208.
- Flor H, Turk DC (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioural Medicine*;11:251-265.
- Jensen MC, Brant Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS (1994a). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *The New England Journal of Medicine*;331:69-73.
- Bonica, J (1990). General considerations in chronic pain. In: Bonoica, JJ (Ed.), The management of pain, Vol. 1, 2<sup>nd</sup> edition, Philadelphia: Lea & Febiger (pp. 180-196).
- Rudy TE, Turk DC, Zaki HS, Curtin HD (1989). An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders. *Pain*;36:311-320.
- Turk DC, Monarch ES (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: DC, Turk and RJ, Gatchel (eds.) Psychological approaches to pain management, 2<sup>nd</sup> edition (pp. 3-29), New York: Guilford Press.
- International Association for the Study of Pain (1994). Classification of chronic pain. IASP Press: Seattle.
- Turner J, Jensen MP, Romano J (2000) Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain. *Pain*;85:115-125.
- Linton S J (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*;25:1148-1154.
- Turk DC, Okifuji A (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ;70:678-690.
- Lazarous RS, Folkman S (1984). Stress, appraisals and coping. New York: Springer.
- Rosenstiel AK, Keefe FJ (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*;17:33-44.
- Romano JM, Jensen MP, Turner JA (2003). The chronic pain coping inventory-42: reliability and validity. *Pain*;104:65-73.
- Turk DC, Meichenbaum D, Genest M (1983). Pain and Behavioural Medicine. A Cognitive-Behavioural Perspective. New York: The Guilford Press.
- Flor H, Behle DJ, Birbaumer N (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*;31:63-73.
- DeGood DE, Tait RC (2001). Assessment of pain beliefs and pain coping. In: Turk DC, Melzack R (Eds.) Handbook of Pain Assessment, Second Edition (pp.320-345), New York: Guilford Press.
- Asghari A, Nicholas MK (2004). Pain during mammography: the role of coping strategies. *Pain*,108:170-179.
- Dozois DJA, Dobson KS, Wong M, Hughes D, Long A (1996). Predictive utility of the CSQ in low back pain: individual vs. composite measures. *Pain*;66:171-180.
- Brown GK, Nicassio PM (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*;31:53-64.
- Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA and Lefebvre JC (2001). Theoretical perspective on the relation between catastrophizing and pain *Clinical Journal of Pain*,17:52-64.

28. Turner J, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL (2001). The role of beliefs, catastrophising and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*;92:41-51.
29. Tuttle DH, Shutty MS, De Good DE (1991). Empirical dimensions of coping in chronic pain patients: a factorial analysis. *Rehabilitation Psychology*;36:179-187.
30. Robinson ME, Riely JL, Myers CD, Sadler IJ, Kvaal SA, Geisser ME, Keefe FJ (1997). The coping strategies questionnaire. A large sample item level factor analysis. *Clinical Journal of Pain*; 13:43-49.
31. Jensen MP, Turner JA, Romano JM (1992a). Chronic pain coping measures: individual vs. composite scores. *Pain*; 51: 273-280.
32. Tabachnick BG, Fidell LS (1996). Using multivariate statistics. (3<sup>rd</sup> ed) New York: Harper Collins.
۳۳. اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۸۳) بررسی میزان شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده و تاثیر آن بر عملکرد اجتماعی و زندگی کارکنان یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران. دانشور رفتار، سال یازدهم، دوره جدید، شماره ۴. صص ۱-۱۴.
34. Crombie IK, Oakley Davies HT (1999). Requirements for epidemiological studies. In: IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche, M. Von Korff (Eds.). *Epidemiology of Pain*; (p.p.17-24), Seattle: IASP Press.
35. Jensen MP, Karoly P (1992). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: D.C. Turk and R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (pp. 193-213). New York: Guilford press.
36. Roland M, Morris R (1983). 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.
37. Deyo RA (1986). Comparative validity of the Sickness Impact Profile and shorter scales for functional assessment in low back pain. *Spine*;11:951-954.
38. Jensen MP, Storm SE, Turner JA, Romano JM (1992b). Validity of Sickness Impact Profile Roland scale as a measure of dysfunction in chronic pain patients. *Pain*;50:157-162.
39. Asghari A, Nicholas MK (2001). Pain Self Efficacy Beliefs and Pain Behaviour: A Prospective Study. *Pain*;94:85-100.
40. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*;4:561-571.
42. Beck A.T, Steer RA, Garbin MG (1988). Psychometric proprieties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*;8:77-100.
43. Cronbach, L.J.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16:
44. Nunnally JC, Bernstein IH (1994). *Psychometric theory*. 3<sup>rd</sup> edition. New York: McGraw-Hill.
45. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK (1994b). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*; 57: 301-309.
46. Jensen MP (2003). Questionnaire validation: a brief guide for readers of the research literature. *Clinical Journal of Pain*;19:345-352.
47. Anastasi A (1990). *Psychological testing*, Sixth edition. New York: Macmillan Publishing Company.
48. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophising as a maladaptive strategy. *Pain*;37:51-56.
49. Severeijns R, Vlaeyen JWS, van den Hout MA, Weber WEJ (2001). Pain catastrophising predicts pain intensity, disability and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of Pain*;17:165-172.
50. Sullivan MJL, Rouse D, Bishop S, Johnston S (1997). Thought suppression, catastrophising and pain. *Cognitive Therapy and Research*;21:555-568.
51. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain* 1991;47:249-283.
52. Affleck G, Tennen H, Urrows S, Higgins P (1992a). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: insight from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 60:119-126.
53. Affleck G, Urrows S, Tennen H, Higgins P (1992b). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain* ;51:221-229.
54. Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre JC, Starr K, Caldwell DS, Tennen H (1997).. Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain*;69:35-42.
55. Bandura A (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychology Review*;84:191-215.
56. Fernandez E, Turk DC (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta analysis. *Pain*;36:123-135.
57. Eccleston C (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anesthesia*;87:144-152.
58. World Health Organisation (WHO) (1981). Expert committee on disability prevention and rehabilitation. WHO technical report Series;68B:6-37.
59. Sullivan MD, Loeser JD (1992). The diagnosis of disability: treating and rating disability in pain clinic. *Archive of International Medicine*;152:1829-1835.
60. Fordyce WE (1995). *Back pain in the work place: management of disability in non-specific conditions*. Seattle: IASP Press.
61. Vlaeyen JW, Linton, SJ (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of art. *Pain*;85:317-332.
62. Sullivan MJL, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA (1998). Catastrophising, pain and disability following soft tissue injuries. *Pain*;77:253-60.
63. Nicholas MK, Molloy A, Tonkin L, Beeston L (2000). *Manage Your Pain: Practical and Positive Ways of Adapting to Chronic Pain*; Sydney: ABC Books.
64. Jensen MP, Turner JA, Romano JM (2001). Changes in beliefs, catastrophising and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 69:655:662.
65. Morley S, Eccleston C, Williams A (1999). Systematic review and meta analysis of randomized control trials of cognitive behavioural therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*;80:1-13.
66. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Anti M, Irvin E, Bombardier C (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *British Medical Journal*;322:1511-1516.

## پیوست ۱: پرسشنامه راهبردهای مقابله (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳)

پاسخگوی گرامی: وقتی افراد با دردی روبرو می‌شوند سعی می‌کنند از پس آن برآمده یا با آن کنار آیند؛ لذا به این منظور روش‌هایی را به کار می‌برند؛ مثلاً به خودشان چیزهایی می‌گویند یا به انجام فعالیت‌های مختلفی می‌پردازند. برخی از آنچه در زیر می‌آید فهرستی از مطالب و فعالیت‌هایی است که افراد به هنگام تجربه درد آن‌ها را گزارش کرده‌اند.

از شما می‌خواهیم که با استفاده از مقیاس زیر مشخص نمایید که وقتی دچار درد هستید تا چه میزان هر یک از موارد زیر را به کار می‌برید. در این مقیاس، صفر (۰) به معنا آن است که به هنگام احساس درد مطلب مطرح شده در آن عبارت را هیچ‌گاه به کار نمی‌برید، عدد سه (۳) به معنا آن است که به هنگام درد مطلب مطرح شده در آن عبارت را گاهی به کار می‌برید و عدد شش (۶) نشان دهنده آن است که به هنگام درد مطلب مطرح شده در آن عبارت را همیشه به کار می‌برید. لطفاً پاسخ خود را در نقطه چینی که به دنبال هر عبارت آمده است بنویسید.

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
هیچ‌گاه			گاهی			همیشه
۱.						
وقتی که درد دارم تلاش می‌کنم تا احساس کنم از درد فاصله دارم، گویی که شخص دیگری به درد مبتلا است نه من.....						
۲.						
وقتی که درد دارم منزل را ترک می‌کنم و کاری انجام می‌دهم، مثلاً به سینما می‌روم و یا خرید می‌کنم.....						
۳.						
وقتی که درد دارم سعی می‌کنم تا در مورد چیز خوش آیندی فکر کنم.....						
۴.						
وقتی که درد دارم آن را نه به عنوان درد بلکه به عنوان یک حس گنگ و مطبوع تلقی می‌کنم.....						
۵.						
وقتی که درد دارم فکر می‌کنم درد بسیار وحشتناک است و هرگز بهتر نخواهد شد.....						
۶.						
وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم شجاع باش و با وجود درد جلو برو (ادامه بده).....						
۷.						
وقتی که درد دارم مطالعه می‌کنم.....						
۸.						
وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم می‌توانم بر دردم پیروز شوم.....						
۹.						
وقتی که درد دارم به شمارش اعداد در ذهنم می‌پردازم یا تصنیفی را در ذهنم زمزمه می‌کنم.....						
۱۰.						
وقتی که درد دارم می‌کوشم تا آن را به عنوان احساس دیگری جز درد (مثل کرختی یا بی‌حسی) تلقی کنم.....						
۱۱.						
وقتی که درد دارم می‌ترسم و حس می‌کنم که مرا درهم خواهد شکست.....						
۱۲.						
وقتی که درد دارم در ذهنم به بازی‌های فکری می‌پردازم تا ذهنم را از درد منحرف کنم.....						
۱۳.						
وقتی که درد دارم احساس می‌کنم زندگی ارزش ادامه دادن ندارد.....						
۱۴.						
وقتی که درد دارم به خود می‌گویم روزی کسی پیدا خواهد شد و به من کمک خواهد کرد و درد برای مدتی از بین خواهد رفت.....						
۱۵.						
وقتی که درد دارم به درگاه خداوند دعا می‌کنم که زیاد طول نکشد.....						
۱۶.						
وقتی که درد دارم فکر می‌کنم که درد در بدن من نیست و چیزی جدای از من است.....						
۱۷.						
وقتی که درد دارم درباره آن فکر نمی‌کنم.....						
۱۸.						
وقتی که درد دارم سعی می‌کنم به سال‌هایی که پیش رو دارم و به اوضاع و احوال بعد از این که توانستم از درد خلاص شوم فکر کنم.....						
۱۹.						
وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم دردی ندارم.....						
۲۰.						
وقتی که درد دارم به خودم می‌گویم نمی‌توانم به درد اجازه دهم تا مانع انجام کارهایم شود.....						
۲۱.						
وقتی که درد دارم هیچ‌گونه توجهی به آن نمی‌کنم.....						
۲۲.						
وقتی که درد دارم به دکترهایم اعتقاد دارم و می‌دانم که روزی برای درمان درد من روشی پیدا خواهند کرد.....						
۲۳.						
وقتی که درد دارم مهم نیست که تا چقدر بدتر شود، می‌دانم که می‌توانم آن را کنترل کنم.....						

۲۴. وقتی که درد دارم وانمود می‌کنم که دردی وجود ندارد.....
۲۵. وقتی که درد دارم همیشه نگرانم که آیا تمام می‌شود.....
۲۶. وقتی که درد دارم تجربیات خوش آیند مربوط به گذشته را به خاطر می‌آوردم.....
۲۷. وقتی که درد دارم به افرادی فکر می‌کنم که از انجام کاری با آن‌ها لذت می‌برم.....
۲۸. وقتی که درد دارم برای توقف آن دعا می‌کنم.....
۲۹. وقتی که درد دارم تصور می‌کنم که درد خارج از بدن من است.....
۳۰. وقتی که درد دارم طوری به کارم ادامه می‌دهم که انگار هیچ اتفاقی نیفتاده است.....
۳۱. وقتی که درد دارم آن را به‌عنوان یک مبارزه تلقی می‌کنم و اجازه نمی‌دهم که مزاحم من شود.....
۳۲. وقتی که درد دارم اگرچه آرام می‌دهد اما به کار خود ادامه می‌دهم.....
۳۳. وقتی که درد دارم احساس می‌کنم که بیش از این نمی‌توانم آن را تحمل کنم.....
۳۴. وقتی که درد دارم سعی می‌کنم که در جمع افراد دیگر باشم.....
۳۵. وقتی که درد دارم آن را نادیده می‌گیرم.....
۳۶. وقتی که درد دارم به ایمانم به خداوند تکیه می‌کنم.....
۳۷. وقتی که درد دارم احساس می‌کنم مثل این که دیگر نمی‌توانم به کارم ادامه دهم.....
۳۸. وقتی که درد دارم به کارهایی فکر می‌کنم که از انجام آن‌ها لذت می‌برم.....
۳۹. وقتی که درد دارم برای این که ذهنم را از درد منحرف کنم هر کاری انجام می‌دهم.....
۴۰. وقتی که درد دارم کاری را که از انجام آن لذت می‌برم انجام می‌دهم؛ مثلاً نگاه کردن به تلویزیون یا گوش دادن به موسیقی.....
۴۱. وقتی که درد دارم وانمود می‌کنم که درد بخشی از وجودم نیست.....
۴۲. وقتی که درد دارم به فعالیت می‌پردازم (برای مثال انجام کارهای مربوط به منزل یا انجام کاری براساس نقشه قبلی).....

براساس تمام کارهایی که برای مقابله و یا کنار آمدن با درد انجام می‌دهید، در یک روز عادی، احساس می‌کنید تا چه میزان بر درد خود کنترل دارید؟ لطفاً در مقیاس زیر به دور عدد مناسب دایره‌ای بکشید. توجه داشته باشید که می‌توانید به دور هر عدد در مقیاس زیر دایره بکشید.

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
هیچ کنترلی ندارم			تا حدی کنترل دارم			کاملاً کنترل دارم
براساس تمام کارهایی که برای مقابله و یا کنار آمدن با درد انجام می‌دهید، در یک روز عادی، احساس می‌کنید تا چه میزان می‌توانید درد خود را کاهش دهید؟ لطفاً در مقیاس زیر به دور عدد مناسب دایره‌ای بکشید. توجه داشته باشید که می‌توانید به دور هر عدد در مقیاس زیر دایره بکشید.						
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
اصلاً نمی‌توانم آن را کاهش دهم			تا حدی می‌توانم آن را کاهش دهم			کاملاً می‌توانم آن را کاهش دهم

## پیوست ۲: پرسشنامه ناتوانی جسمی (رولند و موریس، ۱۹۸۳)

هنگامی که درد آزارتان می‌دهد ممکن است احساس کنید انجام برخی از فعالیت‌هایی که به‌طور معمول آن‌ها را انجام می‌دهید برایتان دشوار است. پرسشنامه زیر حاوی عباراتی است که معمولاً افراد آن عبارات را برای توصیف خود به هنگامی که دارای درد هستند به کار می‌گیرند. هنگامی که این عبارات را می‌خوانید ممکن است دریابید که برخی از آن‌ها به‌خوبی وضعیت امروز شما را توصیف می‌کند. همان‌طوری که عبارات زیر را مطالعه می‌کنید درباره وضعیت امروز خودتان فکر کنید و اگر عبارتی را یافتید که وضعیت امروز شما را توصیف می‌کند در داخل مربعی که در مقابل آن عبارت وجود دارد علامت ضربدر (x) بگذارید. اگر به عبارتی رسیدید که در مورد وضعیت امروزتان صدق نمی‌کند در مقابل آن عبارت علامت ضربدر (x) گذارید و به عبارت بعد بروید. لطفاً به‌خاطر داشته باشید که فقط مقابل عبارتی علامت ضربدر (x) بگذارید که اطمینان دارید وضعیت امروز شما را توصیف می‌کند.

- ۱- به دلیل درد بیشتر اوقات در منزل می‌مانم.
- ۲- در تلاش به‌منظور تسکین درد و یا کاهش شدت آن وضعیت بدنی خودم را به کرات (به دفعات زیاد) عوض می‌کنم.
- ۳- به دلیل درد آهسته‌تر از حد معمول راه می‌روم.
- ۴- به دلیل درد هیچ‌کدام از کارهایی را که معمولاً در منزل انجام می‌دهم، انجام نمی‌دهم.
- ۵- به دلیل درد به هنگام بالا رفتن از پله از نرده‌های (میله‌های) کنار دیوار استفاده می‌کنم.
- ۶- به دلیل درد بیشتر اوقات برای استراحت دراز می‌کشم.
- ۷- به دلیل درد باید برای بلند شدن از روی صندلی راحتی دسته صندلی را بگیرم.
- ۸- به دلیل درد از دیگران می‌خواهم تا کارهایم را انجام دهند.
- ۹- به دلیل درد آهسته‌تر از حد معمول لباسهایم را می‌پوشم.
- ۱۰- به دلیل درد فقط می‌توانم برای مدت کوتاهی سر پا بایستم.
- ۱۱- به دلیل درد تلاش می‌کنم تا از خم شدن یا زانو زدن خودداری کنم.
- ۱۲- به دلیل درد بلند شدن از روی صندلی برایم مشکل است.
- ۱۳- تقریباً تمام اوقات درد دارم.
- ۱۴- به دلیل درد برایم مشکل است که در رختخواب غلت بزنم.
- ۱۵- به دلیل درد اشتهایم خیلی خوب نیست.
- ۱۶- به دلیل درد پوشیدن جوراب‌هایم برایم دشوار است.
- ۱۷- به دلیل درد فقط می‌توانم مسافت کوتاهی راه بروم.
- ۱۸- به دلیل درد کم‌تر اتفاق می‌افتد که بتوانم خوب بخوابم.
- ۱۹- به دلیل درد لباس‌هایم را با کمک دیگران می‌پوشم.
- ۲۰- به دلیل درد بیشتر اوقات روز را یکجا می‌نشینم.
- ۲۱- به دلیل درد از انجام کارهای سنگین خانه خودداری می‌کنم.
- ۲۲- به دلیل درد بیشتر از حد معمول نسبت به دیگران تند مزاج و بد خلق هستم.
- ۲۳- به دلیل درد آهسته‌تر از حد معمول از پله‌ها بالا می‌روم.
- ۲۴- به دلیل درد بیشتر اوقات را در رختخواب می‌مانم.

دکتر محمدعلی اصغری مقدم و ناصر گلک

نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن

دکتر محمدعلی اصغری مقدم و ناصر گلک

دکتر محمدعلی اصغری مقدم و ناصر گلک