


بررسی نقش خشم و ادراک خطا در سازگاری با درد مزمن*

The Relationship between Anger, Perception of Fault, and Adjustment to Chronic Pain

Mohammad Ali Asghari Moghaddam,  Ph.D.
Sekineh Julaieha, M.Sc.

دکتر محمد علی اصغری مقدم**
سکینه جولایها**

Abstract

The present literature indicates that chronic pain patients who report higher levels of anger, reported poor adjustment to pain adjustment. In this study, 149 chronic pain patients completed the following measures: mood, physical disability, anger, pain intensity, pain-related interference with daily activities and physical and mental components of quality of life. In addition, all patients were required to answer the following question: "Who (or what) do you think is responsible for the onset of your pain? Anger was prevalent among the study sample; Patients who scored higher in anger were more depressed and scored lower in the mental components of quality of life. In the present study, patients were classified according to their response to the question: "Who (or what) do you think is responsible for the onset of your pain?" The resulting three groups did not differ in pain intensity and mental and physical components of quality of life. However, patients who held

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی روابط بین خشم، ادراک بیماران از علت شروع درد و سطح سازگاری آنها با درد مزمن است. در مطالعه حاضر ۱۴۹ بیمار مبتلا به درد مزمن شرکت داشتند و با پاسخ به پرسشنامه‌هایی خاص، اطلاعاتی را در مورد خشم، شدت درد، افسردگی، ناتوانی جسمی، اختلال در زندگی روزمره و نیز کیفیت زندگی خود فراهم آورده و با پاسخ به یک پرسش، ادراک خود را از علت شروع درد خویش بیان کردند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که خشم در بین بیماران مورد مطالعه بسیار شایع است. بیمارانی که در مقیاس خشم نمره بالاتری بدست آورده بودند از افسردگی شدیدتری شکایت داشتند و در مؤلفه روانی کیفیت زندگی نمره پایین‌تری به دست آورده بودند. علاوه بر این، نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین ادراک بیمار از علت شروع درد و سطح سازگاری وی با درد مزمن رابطه معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این، افرادی که فرد دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانستند در مقایسه با افرادی که

* Faculty of Human Sciences, Shahed University, I. R. Iran, Tehran.  asghari7a@gmail.com, Tel:+98-21-552 775 58

** دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۹/۱۹، تصویب نهایی: ۱۳۸۶/۷/۲۹
** دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد تهران

the belief that their pain resulted from the intent or negligence of someone else (Group3) scored higher on depression and anger, compared to the patients in groups 1 and 2. Furthermore, patients in group 3 scored higher on physical disability and pain-related interference in daily activities, relative to patients in group 2. The patients in Groups 1 and 2 were not statistically different in any of the study variables.

Keywords: chronic pain, adjustment, anger, perception of fault.

معتقد بودند درد آنها بدون علت خاصی شروع شده است، ناتوانی جسمی شدیدتری داشته و درد در عملکرد روزانه آنها اختلال شدیدتری بوجود آورده بود. از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که خشم و مقصر دانستن دیگری در شروع درد، با سازگاری ضعیف‌تر با درد مزمن همراه است.

کلیدواژه‌ها: درد مزمن، خشم، ادراک خطا، سازگاری.

● مقدمه

«درد» در نهایت تجربه‌ای است ذهنی و خصوصی، اما همواره بر حسب ویژگی‌های حسی و عاطفی توصیف می‌شود. براساس تعریف انجمن بین‌المللی بررسی و مطالعه درد، «درد بدون تردید احساسی در بخش یا بخش‌هایی از بدن است، اما همواره ناخوشایند است و بنابراین، تجربه‌ای هیجانی به شمار می‌آید» (میرسکی و بوداک، ۱۹۸۶، صفحه ۲۱۷). مؤلفه هیجانی درد، طیفی از هیجاناتی را شامل می‌گردد که به لحاظ کیفیت منفی است و از مهمترین آنها می‌توان به «افسردگی»، «اضطراب» و «خشم» اشاره کرد، در بر می‌گیرد.

بیماران مبتلا به درد مزمن، خشم قابل توجهی را تجربه می‌کنند (اوکی فوجی و همکاران، ۱۹۹۹؛ گرین وود و همکاران ۲۰۰۳). خشم باعث تشدید درد می‌گردد. براساس «نظریه مهار ورودی»^۲ درد و «نظریه ماتریس عصبی»^۳ هیجانی منفی، چون خشم می‌تواند با ایجاد تغییر در «دستگاه عصبی پایین رونده»^۴ و نیز «دستگاه مرکزی تعدیل کننده درد»^۵، شدت درد را افزایش دهد (ملزک، ۱۹۹۱). به علاوه، خشم از طریق ایجاد اختلال در رابطه درمانی، باعث پیچیده‌تر شدن فرآیند درمان می‌گردد. همچنین، بیماران مبتلا به درد مزمن که نمی‌توانند با خشم خود مقابله کنند در رابطه با همسر، اطرافیان و همکاران خود دشواری‌هایی را تجربه می‌کنند، این دشواری‌ها به نوبه خود می‌تواند مشکلات آنها را تشدید کند (گرین وود و همکاران، ۲۰۰۳).

اصطلاح «خشم» نوعاً به حالت هیجانی ناخوشایندی اشاره دارد که به لحاظ شدت می‌تواند از آزرده‌گی خفیف تا غیظ شدید متغیر باشد. خشم با برانگیختگی فیزیولوژیک، حالات چهره‌ای خاص و تکانه برای پرخاشگری همراه است (اسمیت، ۱۹۹۴). «حالت خشم» نوعاً

گذراست و معمولاً در واکنش به مشاهده رفتاری غیر عادلانه از جانب دیگران نسبت به «خود»، ظاهر می‌گردد (برکوویتز، ۱۹۹۰). خشم همواره بر «موضوعی» متمرکز است (خود، دیگری، دنیا، سرنوشت، ...). اگرچه بیان خشم به شیوه‌ای سازنده می‌تواند انطباقی باشد، اما «خشم مزمن» از آنجاکه می‌تواند باعث بهم خوردن رابطه فرد با دیگران و فعال سازی مزمن دستگاه عصبی سمپاتیك گردد، غالباً غیر انطباقی به شمار می‌آید.

خشم بیماران «درد مزمن» بر چه چیزی یا چه کسی متمرکز است؟ اوکی فوجی و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی با ۹۶ بیمار درد مزمن نشان دادند که اهداف خشم بیماران متنوع است؛ خود بیمار، اطرافیان مهم وی، کارفرما، سازمان‌های بیمه گر، سرنوشت، دنیا، نظام قضایی، دست اندرکاران نظام درمانی و فرد مسبب تصادف. در این مطالعه، ۶۹ درصد از افراد، در زمان بررسی نسبت به فردی (کسی) احساس خشم داشتند و خشم معطوف به خود و به افراد دخیل در نظام درمانی به ترتیب با ۷۴ درصد و ۶۲ درصد و خشم معطوف به سرنوشت با ۱۹ درصد بالاترین و پایین‌ترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. در این مطالعه، ۶۰ درصد افرادی که دردشان بر اثر تصادف بوجود آمده بود نسبت به فرد بوجود آورنده تصادف احساس خشم داشتند. همچنین در این مطالعه خشم شدیدتر، با درد، افسردگی و ناتوانی شدیدتر همراه بود.

«ادراک خطا»^۱، ارتباط تنگاتنگی با خشم دارد؛ این اصطلاح را بیگوس و باتی (۱۹۸۷) برای توصیف باور بیمار مبنی بر اینکه خطای عمدی یا سهوی فرد دیگری باعث شروع درد وی شده است، بکار برده‌اند. «ادراک خطا» می‌تواند الگویی از باورها، نگرش‌ها و انتظاراتی را بوجود آورد که واقعیت درونی بیمار و واکنش‌های رفتاری وی را نسبت به درد تحت تأثیر قرار دهد. برای نمونه، می‌توان انتظار داشت رنج ناشی از درد هنگامی که فرد درد خود را نه به عنوان مشکل جسمی بلکه به عنوان مشکلی فاقد علت مشخص یا موضوعی برخاسته از عدم توجه و مراقبت دیگران می‌نگرد، افزایش یابد. خشم برخاسته از این باور که دیگری مسئول درد من است می‌تواند سازگاری فرد با درد مزمن را دچار اختلال کرده و بطور چشم‌گیری از انگیزه بیمار برای شرکت فعالانه در درمان، بکاهد (دی‌گود و کیرنان، ۱۹۹۶).

دی‌گود و کیرنان (۱۹۹۶)، رابطه بین «ادراک خطا» و «سازگاری با درد مزمن» را مورد بررسی قرار داده‌اند. در این مطالعه، ۱۸۸ بیمار مبتلا به درد مزمن بر پایه پاسخ به این پرسش که چه کسی را در بوجود آمدن درد خود مقصر می‌دانند در یکی از سه گروه زیر قرار گرفتند: افرادی که کارفرمای خود را علت درد خود می‌دانستند (۳۲ نفر) افرادی که فرد دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانستند (۴۱ نفر) و افرادی که فرد یا حادثه خاصی را به عنوان مقصر شروع درد خود قلمداد

نکرده بودند (۱۰۴ نفر). در حالی که افراد سه گروه از لحاظ شدت درد یا اختلال بوجود آمده در فعالیت‌های روزانه بر اثر درد تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند، افراد دو گروهی که کارفرما و یا دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانستند، نسبت به افراد گروهی که کسی را در شروع درد خود مقصر نمی‌دانستند از «افسردگی» و رفتارهای درد شدیدتری شکایت داشتند. همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که «ادراک خطا»، با پاسخ ضعیف به درمان‌های قبلی همراه بوده است.

بطور خلاصه، مطالعات تجربی که رابطه بین خشم و سازگاری با درد مزمن را مورد بررسی قرار داده‌اند نشان می‌دهد که خشم با «شدت درد» (سامرز و همکاران، ۱۹۹۲)، «احساس ناخوشایند بودن درد» (وید و همکاران، ۱۹۹۰) و «مشکلات خلقی و هیجانی» (داکرو و همکاران، ۱۹۹۵) رابطه دارد. همچنین رابطه نزدیکی بین باور شحص در مورد علت شروع درد و مشکلات خلقی و هیجانی و واکنش به درمان وجود دارد اما این مطالعه‌ها کافی نبوده است زیرا به تازگی ضرورت انجام چنین بررسی‌هایی مورد تأکید قرار گرفته است (گرین وود و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به آنچه که گذشت، مطالعه حاضر به منظور آزمون دو فرضیه طراحی و اجرا شده است:

□ فرضیه ۱: بین خشم و سازگاری با درد مزمن رابطه وجود دارد؛ بیماران مبتلا به درد مزمنی که دارای خشم شدیدتری هستند سازگاری ضعیف‌تری را با درد مزمن نیز نشان می‌دهند.

□ فرضیه ۲: بین ادراک خطا و سازگاری با درد مزمن رابطه وجود دارد؛ بیماران مبتلا به درد مزمنی که دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانند در مقایسه با بیماران مبتلا به درد مزمنی که خود را در شروع درد خود مقصر می‌دانند و یا علت مشخصی را برای درد خود ذکر نمی‌کنند، دارای سازگاری ضعیف‌تری با درد مزمن هستند.

● روش

○ «جامعه‌این پژوهش» را کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن ۱۸ ساله و بالاتر که دست کم دارای گواهینامه پایان تحصیلات دوره ابتدایی بودند و از دی ۱۳۸۴ تا تیر ۱۳۸۵ برای درمان به دو مرکز پزشکی در شهرستان قزوین مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهد. ملاک تشخیص درد مزمن در این مطالعه دردی است که دست کم ۳ ماه از شروع آن گذشته و علیرغم درمان‌های انجام شده بطور کامل بهبود نیافته باشد (کرومی و اوکلی-دیویس، ۱۹۹۹).

○ در این مطالعه، «سازگاری با درد مزمن» بر حسب شدت درد، افسردگی، اختلال در زندگی روزانه، ناتوانی جسمی و مؤلفه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی ارزیابی گردید؛ بیمارانی که از

درد، افسردگی، ناتوانی جسمی و اختلال کمتری در زندگی روزانه برخوردار بوده و در دو مؤلفه جسمی و روانی کیفیت زندگی نمره بالاتری بدست آوردند، دارای سازگاری بهتری با درد مزمن هستند.

○ ابزار

□ الف. تاریخچه شخصی و اطلاعات مربوط به درد: افراد شرکت کننده در مطالعه با تکمیل پرسشنامه، اطلاعاتی را در مورد ویژگی‌های شخصی و متغیرهای مرتبط با درد و بیماری فراهم آوردند.

□ ب. «شدت درد» با استفاده از خرده مقیاس شدت درد «سیاهه چند وجهی درد»^۹ (کرنز و همکاران، ۱۹۸۵) مورد ارزیابی قرار گرفت. این خرده مقیاس با سه عبارت، ارزیابی چند وجهی از شدت درد را فراهم می‌آورد و ویژگی‌های روانسنجی آن در جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری و گلکک، ۱۳۷۸).

□ ج. با استفاده از «سیاهه افسردگی بک»^{۱۰} (BDI) (بک و همکاران، ۱۹۷۹) مورد سنجش قرار گرفت. این سیاهه دارای ۲۱ عبارت مرتبط با علائم و ویژگی‌های شناختی، عاطفی و فیزیولوژیک افسردگی است و هر علامت با ۴ عبارت مشخص می‌گردد. از آزمودنی خواسته می‌شود تا عبارات متعلق به هر یک از علائم افسردگی را به دقت خوانده و عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت او را «در طول هفته گذشته از جمله امروز» نشان می‌دهد، انتخاب کند. به هر یک از عبارات نمره‌ای بین «صفر» تا «سه» تعلق می‌گیرد. نمره کل آزمودنی بین «صفر» تا «شصت و سه» تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر افسردگی شدیدتر است. ویژگی‌های روانسنجی این سیاهه در جمعیت ایرانی مورد تأیید است (رجبی و همکاران، ۱۳۸۰).

□ د. در این مطالعه از ابزار «فرم کوتاه شده ۳۶ سؤالی زمینه‌یابی سلامت»^{۱۱} (SF-36) (ویر و شربورن، ۱۹۹۲) به عنوان مقیاس بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن استفاده شد. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه ۳۶ سؤالی در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری و فقیهی، ۱۳۸۲؛ منتظری و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعه ساختار عاملی «فرم کوتاه شده ۳۶ سؤالی زمینه‌یابی سلامت» با استفاده از روش تحلیل مؤلفه اصلی به استخراج دو مؤلفه منجر شده است: اولین مؤلفه که از ترکیب سه خرده مقیاس عملکرد جسمی ایفای نقش جسمی و درد بدنی بوجود می‌آید «مؤلفه جسمی»^{۱۲} و دومین مؤلفه که از ۵ خرده مقیاس سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی تشکیل شده است «مؤلفه روانی»^{۱۳}

نام‌گذاری شده است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵). نمره آزمودنی در هر یک از این دو مؤلفه بین صفر تا ۱۰۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر، در مقایسه با نمره پایین‌تر، بیانگر کیفیت زندگی بهتری است.

□ هم‌خرده مقیاس «اختلال در زندگی روزانه سیاهه چندوجهی درد» (کرنز و همکاران، ۱۹۸۵) برای ارزیابی شدت اختلالی که درد در زندگی روزانه بیماران بوجود آورده است، مورد استفاده قرار رفت. ویژگی‌های روانسنجی این خرده مقیاس که دارای ۹ پرسش است در جمعیت ایرانی درد مزمن مورد تأیید است (اصغری و گلکک، ۱۳۷۸).

□ و. برای سنجش میزان ناتوانی جسمی از «پرسشنامه ناتوانی جسمی» (رولند و موریس، ۱۹۸۳) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت است و دامنه وسیعی از فعالیت‌های روزانه را که در نتیجه درد مختل شده است، می‌سنجد (برای مثال، «به خاطر درد بیشتر اوقات در منزل می‌مانم»). این پرسشنامه در مطالعات گسترده‌ای با بیماران مبتلا به درد مزمن (رولند و موریس، ۱۹۸۳؛ اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۱؛ نیکولاس و اصغری، ۲۰۰۶؛ اصغری و همکاران، ۲۰۰۸) بکار گرفته شده و ویژگی‌های روانسنجی آن تأیید شده است. نمره بیمار در این پرسشنامه بین صفر و تا ۲۴ تغییر می‌کند و نمره بالاتر مبین ناتوانی جسمی شدیدتر است.

□ ز. برای سنجش «خشم» از «سیاهه پرخاشگری اهواز»^{۱۴} استفاده شد. این ابزار دارای ۳۰ عبارت است که هر یک با استفاده یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی و همیشه) درجه‌بندی می‌گردد. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در میان جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (زاهدی فر و همکاران، ۱۳۷۹).

□ ح. با طرح یک پرسش، عقیده بیمار در مورد علت شروع دردش مورد واریسی قرار گرفت. این پرسش شبیه به پرسشی است که دی‌گود و کیرنان (۱۹۹۶) در مطالعه با بیماران مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار داده‌اند. از هر یک از افراد پرسیده شد که «مقصر درد شما چه کسی است؟»

● نتایج

○ میانگین (انحراف معیار) سن افراد مورد مطالعه ($13/7 \pm$ انحراف معیار) سال بوده است. از مجموع افراد مورد مطالعه (۱۴۹ نفر)، ۷۶٪ زن و ۲۴٪ مرد بوده‌اند. ۸۰٪ از افراد مورد مطالعه متأهل، ۱۷٪ مجرد و ۳٪ مطلقه یا بیوه بوده‌اند. اکثریت افراد مورد مطالعه (۷۳٪) محل اصلی درد خود را در دست‌ها و پاها گزارش کرده‌اند. درد در ناحیه کمر و پشت با ۱۵٪، ناحیه شانه و گردن با ۷٪ و ناحیه لگن با ۵٪ بقیه فراوانی‌ها را به خود اختصاص داده است. افراد مورد مطالعه، بطور

میانگین، ۴۹ ماه (انحراف معیار) با درد دست به گریبان بوده‌اند و برای درمان و رهایی از درد به اقدامات گوناگونی توسل جسته‌اند؛ برای نمونه؛ ۹۴٪ از افراد مورد مطالعه برای رهایی از درد به پزشک مراجعه کرده‌اند، ۵٪ تحت عمل جراحی قرار گرفته و ۹۰ درصد در زمان مطالعه دارو مصرف می‌کرده‌اند. میانگین مصرف دارو در بین افراد مورد مطالعه ۱۹ ماه (انحراف معیار) گزارش شده است.

○ در مطالعه حاضر، میانگین (انحراف معیار) نمره خشم برابر است با (۶/۸ ± انحراف معیار). ۳۲/۹۳ میانگین (انحراف معیار) نمره خشم ۲۵ درصد اول، دوم، سوم و چهارم توزیع به ترتیب برابر است با (۲/۹ ± انحراف معیار) ۲۴/۵، (۱/۲ ± انحراف معیار) ۳۰/۵، (۱/۳ ± انحراف معیار) ۳۴/۵ و (۳/۷ ± انحراف معیار) ۴۱/۹. با مقایسه اطلاعات فوق با میانگین (انحراف معیار) جامعه دانشجویی که پرسشنامه در آن هنجاریابی شده است (۷/۲ ± انحراف معیار) ۲۶/۸۹ می‌توان گفت خشم در بین جمعیت مورد مطالعه بسیار شایع است و ۸۳ درصد آنها میزان خشمی بالاتر از میانگین جامعه‌ای که پرسشنامه در آن هنجاریابی شده است را گزارش کرده‌اند.

○ نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل، نشان می‌دهد که زنان و مردان شرکت کننده در مطالعه در هیچ یک از متغیرهای مورد سنجش، با یکدیگر تفاوت آماری معنی داری ندارند. لذا نتایج بدست آمده از آنها را می‌توان به عنوان یک گروه مورد تحلیل قرار داد (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه زنان (n=۱۱۳) و مردان (n=۳۶) مورد مطالعه از نظر متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	شاخص‌ها	میانگین (انحراف معیار) مردان	میانگین (انحراف معیار) زنان	مقدار t	سطح معنی داری
خشم	۳۲/۹(۷/۸)	۳۲/۸(۶/۵)	۰/۸	۰/۹۳	
افسردگی	۱۸/۹(۹/۱)	۱۵/۷(۸/۷)	۱/۸	۰/۰۶	
نا توانی جسمی	۱۰/۳(۵/۴)	۹/۸(۵/۳)	۰/۳۷	۰/۷۰	
شدت درد	۳/۹(۱/۷)	۳/۶(۱/۵)	۰/۹۲	۰/۳۵	
اختلال در زندگی	۳/۳(۱/۶)	۲/۸(۱/۳)	۱/۶	۰/۱۰	
کیفیت زندگی (مؤلفه جسمی)	۳۸/۲(۲۱/۶)	۴۲/۵(۱۸/۸)	-۱/۱۳	۰/۲۵	
کیفیت زندگی (مؤلفه روانی)	۴۲/۷(۱۵/۰)	۴۹/۰(۱۶/۴)	-۱/۷۷	۰/۰۷	

○ فرضیه نخست مطالعه حاضر با استفاده از محاسبه ضرایب همبستگی بین خشم و متغیرهای ارزیابی کننده سطح سازگاری با درد مزمن مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به محاسبه ۶ ضریب

جدول ۲- خلاصه اطلاعات بدست آمده از مقیاس‌های بکار گرفته شده در این مطالعه و ضرایب همسانی درونی آنها

شاخص‌ها	دامنه ممکن	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ	خشم	افسردگی	ناتوانی جسمی	شدت درد	اختلال در زندگی	کیفیت (مؤلفه جسمی)	کیفیت (مؤلفه روانی)
خشم	۱۴-۵۶	۳۲/۹	۶/۸	۰/۸۱	-						
افسردگی	۰-۶۳	۱۶/۵	۸/۹	۰/۸۶	۰/۳۱*						
ناتوانی جسمی	۰-۲۴	۹/۹	۵/۳	۰/۸۶	۰/۰۹	۰/۴۶*					
شدت درد	۰-۶	۳/۷	۱/۵	۰/۸۱	۰/۱۴	۰/۴۲*	۰/۵۲*				
اختلال در زندگی	۰-۶	۲/۹	۱/۴	۰/۹۲	۰/۱۷	۰/۵۲*	۰/۵۹*	۰/۷۳*			
کیفیت زندگی (مؤلفه جسمی)	۰-۱۰۰	۴۱/۵	۱۹/۶	۰/۸۳	۰/۰۱	۰/۴۱*	۰/۵۰*	۰/۶۳*	۰/۵۹*		
کیفیت زندگی (مؤلفه روانی)	۰-۱۰۰	۴۷/۶	۱۶/۳	۰/۸۹	۰/۳۱*	۰/۶۰*	۰/۵۳*	۰/۴۸*	۰/۶۰*	۰/۵۲*	

*p < ۰/۰۰۱

همبستگی بین متغیر مستقل (خشم) و متغیرهای وابسته (افسردگی، ناتوانی جسمی، شدت درد، شدت اختلال در زندگی روزمره بر اثر درد و دو مؤلفه جسمی و روانی کیفیت زندگی)، برای کنترل احتمال خطای نوع اول از «تصحیح بون فرونی»^{۱۵} استفاده شده است (سطح معنی داری ۰/۵ بر تعداد ضرایب همبستگی مورد مطالعه (۶) تقسیم شده است (۶=۰/۰۰۸) (بلند و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین، تنها آن ضرایب همبستگی که در سطح (p=۰/۰۰۸) و یا کوچکتر از آن معنی دار است، مورد توجه قرار گرفت. جدول ۲ نشان می‌دهد بیماران درد مزمنی که درجات شدیدتری از خشم را تجربه کرده‌اند دارای افسردگی شدیدتری هستند و در مؤلفه روانی کیفیت زندگی نیز نمره پایین‌تری بدست آورده‌اند.

○ در این مطالعه با طرح یک پرسش از بیماران خواسته شده بود تا بگویند که «مقصر درد آنها چه کسی یا چه چیزی است؟» از مجموع افراد مورد مطالعه، ۴۷ نفر (۳۱/۵٪) خود، ۱۰ نفر کارفرما، (۶/۷٪) عواملی مانند آب و هوارا عامل شروع درد خود ذکر کردند. ۴۰ نفر (۲۶/۸ درصد) بیان کردند که دردشان بدون هیچ‌گونه علت مشخصی شروع شده است. پس از حذف ۵ نفری که عواملی چون آب و هوارا در شروع درد خود دخیل دانسته بودند، افراد در قالب سه گروه بزرگ قرار گرفتند (افرادی که خود را در شروع درد مقصر می‌پنداشتند، افرادی که دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانستند و افرادی که دردشان بدون علت مشخص ظاهر شده بود). علاقه پژوهشی اولیه این بود که «آیا ادراک خطا در سازگاری با درد تأثیر دارد؟» برای پاسخ به این پرسش با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) میانگین نمره‌های سه گروه یاد شده در متغیرهای مورد مطالعه با یکدیگر مقایسه شد. نتایج این تحلیل در جدول‌های ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس برای بررسی رابطه بین ادراک خطا و متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	شاخص‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
خشم	بین گروهی	۶۴۴/۶۴	۳۲۲/۸	۷/۵	۰/۰۰۱	
	درون گروهی	۶۰۳۵/۳۳	۴۲/۹			
	کل	۶۶۸۰				
افسردگی	بین گروهی	۱۲۲۲/۹۵	۶۱۱/۵	۸/۶۷۳	۰/۰۰۱	
	درون گروهی	۹۹۴۴/۹	۷۰/۷			
	کل	۱۱۲۱۷/۸۳				
ناتوانی جسمی	بین گروهی	۲۴۱/۱۱	۱۲۰/۱	۴/۴	۰/۰۱	
	درون گروهی	۳۸۰۲/۲۲	۲۶/۳			
	کل	۴۰۴۳/۳۳				
شدت درد	بین گروهی	۱۰/۶	۵/۳	۲/۳۳	۰/۱	
	درون گروهی	۳۲۰/۴	۲/۳			
	کل	۳۳۱				
اختلاف در زندگی	بین گروهی	۱۱/۸	۶/۱	۳/۱۳	۰/۰۴	
	درون گروهی	۲۳۰/۴	۲/۱			
	کل	۲۴۲/۲				
کیفیت زندگی (مؤلفه جسمی)	بین گروهی	۴۹۰/۸	۲۴۶/۴	۰/۶۳۴	۰/۵۷۷	
	درون گروهی	۵۵۴۲/۵	۳۹۴/۹			
	کل	۵۵۹۱۱/۲				
کیفیت زندگی (مؤلفه روانی)	بین گروهی	۱۵۴۹/۵	۶۹۲/۷	۲/۶۳	۰/۰۷	
	درون گروهی	۲۸۳۰/۵	۲۶۲/۵			
	کل	۲۹۸۵۴/۲				

همانگونه که جدول‌های ۳ و ۴ نشان می‌دهند معنی داری آزمون F در رابطه با متغیرهای افسردگی، خشم، ناتوانی جسمی، و اختلال در زندگی روزانه به این معنی است که دست کم بین دو میانگین از سه میانگین مورد مقایسه، تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد در حالی که در هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه، تفاوت آماری معنی داری بین بیمارانی که خود را مقصر درد خود می‌دانند و آنهایی که علت خاصی را برای شروع درد خود ذکر نمی‌کنند، وجود ندارد، بیمارانی که دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانند نسبت به دو گروه دیگر دارای خشم و افسردگی شدیدتری هستند. به علاوه، افراد گروه مذکور نسبت به افرادی که علت خاصی را برای شروع درد خود ذکر نکرده‌اند از ناتوانی جسمی شدیدتر و اختلال شدیدتری در زندگی روزانه برخوردارند.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه برای سه گروه مرتبط با ادراک خطا

نتایج مقایسه بین گروه‌ها	ادراک خطا			شاخص‌ها متغیر
	گروه ۳ دیگری (n=۵۷)	گروه ۲ بدون علت (n=۴۰)	گروه ۱ خود (n=۴۷)	
گروه ۳ از گروه ۱ و ۲ متفاوت	۳۵/۶(۶/۹)	۳۱/۳(۶/۵)	۳۱/۲(۶/۲)	خشم
گروه ۳ از گروه ۱ و ۲ متفاوت	۲۰/۰(۹/۵)	۱۳/۷(۷/۶)	۱۴/۴(۷/۶)	افسردگی
گروه ۳ از گروه ۲ متفاوت	۱۱/۴(۵/۰)	۸/۳(۵/۸)	۹/۵(۴/۹)	نا توانی جسمی
تفاوتی بین سه گروه موجود نیست	۳/۹(۱/۴)	۳/۲(۱/۶)	۳/۸(۱/۵)	شدت درد
گروه ۳ از گروه ۲ متفاوت	۳/۲(۱/۴)	۲/۵(۱/۵)	۲/۹(۱/۴)	اختلال در زندگی
تفاوتی بین سه گروه موجود نیست	۳۹/۵(۱۹/۴)	۴۴/۱(۱۹/۹)	۴۱/۱(۲۰/۳)	کیفیت زندگی (مؤلفه جسمی)
تفاوتی بین سه گروه موجود نیست	۴۳/۵(۱۴/۳)	۵۱/۳(۱۸/۲)	۴۹/۶(۱۶/۵)	کیفیت زندگی (مؤلفه روانی)

● بحث

○ یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که «خشم» در میان بیماران «درد مزمن» شایع است و دو سازه «خشم» و «ادراک خطا» می‌تواند بخشی از تفاوت‌های موجود در سطوح سازگاری با درد مزمن را تبیین کند. در اینجا ابتدا به محدودیت‌ها و نکات قوت این مطالعه اشاره خواهد شد و سپس یافته‌های این مطالعه با توجه به منابع موجود مورد بحث قرار خواهد گرفت. طرح مطالعه حاضر، طرحی مقطعی است؛ بنابراین، ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه را نباید گواهی بر وجود رابطه علت و معلولی دانست. نمونه مورد مطالعه «نمونه در دسترس» است؛ به همین دلیل نمی‌توان آن را معرف جامعه بیماران درد مزمن دانست. بدیهی است که تعمیم یافته‌های این مطالعه به جامعه بیماران درد مزمن مستلزم مطالعات بیشتری است. البته در کنار محدودیت‌های مذکور باید به نکات مثبت این مطالعه از جمله استفاده از یک نمونه به لحاظ اندازه مناسب، استفاده از مقیاس‌های دارای ویژگی‌های روانسنجی مطلوب و تلاش برای مهار احتمال خطای آماری نوع اول اشاره کرد. با توجه به محدودیت‌ها و نکات قوت فوق، یافته‌های مطالعه حاضر مورد بحث قرار می‌گیرد.

○ همانند مطالعات قبلی (اوکی فوجی و همکاران، ۱۹۹۹؛ گرین وود و همکاران، ۲۰۰۳) بیماران شرکت کننده در این مطالعه خشم را به درجه قابل توجهی تجربه می‌کنند. به عنوان مثال، اوکی فوجی و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای با ۹۶ بیمار مبتلا به درد مزمن دریافتند که ۶۹ درصد از آنها خشم را تجربه می‌کنند. در مطالعه حاضر، اگر میانگین نمونه هنجاریابی آزمون پرخاشگری اهواز را به عنوان نقطه برش در نظر گیریم، ۸۳ درصد بیماران و اگر میانگین گروه

مورد مطالعه را به عنوان نقطه برش در نظر گیریم، ۴۲ درصد از بیماران دارای خشم قابل توجهی هستند.

○ آموزه‌های اجتماعی خشم را غالباً نامطلوب تلقی می‌کند لذا ممکن است برخی از بیماران وجود خشم را انکار کرده یا کوشیده باشند تا شدت آن را کمتر نشان دهند. در این رابطه می‌توان به پژوهش کوریثلی و همکاران (۱۹۹۰) اشاره کرد که در درمان بیماران درد مزمن با استفاده از «روش روان درمانگری تجربه‌ای»^۶ (شکلی از گشتالت درمانگری که برای افزایش آگاهی از عواطف منفی بیماران و بیان آن طراحی شده است) نشان دادند بیان خشم توسط بیمار مستلزم تلاش قابل توجهی از جانب درمانگر است زیرا بیماران بر این باورند که باید چنین احساس‌هایی را در درون خود مخفی کرده و آنها را بروز ندهند.

○ در تبیین خشم بیماران مبتلا به درد مزمن می‌توان گفت که این بیماران با ناکامی‌های متعددی از جمله شکایات جسمی مستمر و غالباً بدون تبیین، اطلاع ناکافی از علت بیماری و شکست‌های درمانی متعدد (ترک و سالوی، ۱۹۹۶) مواجهند. تجویز «داروهای ضد درد»^۷ اولین و گاه تنها اقدامی است که برای درمان درد مزمن انجام می‌شود. اما علیرغم استفاده گسترده از این داروها، از بین بردن کامل درد هدفی است غالباً دست نیافتنی (گچل و ترک، ۱۹۹۶). بر اساس یکی از بررسی‌هایی که بر پایه منابع پژوهشی موجود به عمل آمده است (ترک، ۲۰۰۲) داروهای ضد درد در مجموع تنها ۳۲ درصد شدت درد را کاهش می‌دهد. نتایج دو مطالعه دیگری که کارآمدی داروهای ضد درد را با استفاده از مقیاسی ۱۱ درجه‌ای (بین صفر تا ۱۰) مورد بررسی قرار داده است نشان داده است که داروهای مذکور در مجموع ۴ درجه (۳۶ درصد) از شدت درد بیماران کاسته است (کالینز و همکاران، ۲۰۰۰؛ مک کوی و همکاران، ۱۹۹۶). در این دو مطالعه، تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از بیماران گزارش کرده بودند که داروهای تجویز شده دست کم ۵۰ درصد از شدت درد آنها را کاهش داده است. کمر درد مزمن در درجه اول و سایر دردها در درجه بعد منجر به عمل جراحی می‌گردد. با این همه، گروهی از مطالعات نشان داده است که پس از عمل جراحی، بخش قابل توجهی از درد ممکن است ادامه یابد (لمن و همکاران، ۱۹۸۷). نورث و همکاران (۱۹۹۳)، برای نمونه، درصد بیمارانی که به دلیل کمر درد تحت اعمال جراحی متعددی قرار گرفته بودند، ۵ سال پس از عمل جراحی هنوز از درد رنج می‌برند.

○ بیماران شرکت کننده در این مطالعه به طور میانگین ۴ سال (میان‌ه = ۲ سال) از درد در رنج بوده‌اند و به طور میانگین ۱۹ ماه (میان‌ه = ۵ ماه) دارو مصرف کرده‌اند. اما علیرغم این اقدامات درد ادامه یافته است. شاید بتوان گفت ناکامی بیماران در تلاش برای رهایی از درد می‌تواند به

تجربه خشم بیماران منجر شده است.

○ در این مطالعه، بین «خشم زنان» و «مردان» تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعه اوکی فوجی و همکاران (۱۹۹۹) همسو است، اما با نتایج سایر مطالعاتی (برای نمونه، کیندر و همکاران، ۱۹۸۶) که با استفاده از آزمون MMPI نشان داده‌اند مردان دارای درد مزمن خشمگین تر از زنان مبتلا به درد مزمن هستند، ناهمسو است. در حالی که در مطالعه حاضر و در مطالعه اوکی فوجی و همکاران برای ارزیابی خشم از ابزارهایی که به همین منظور طراحی شده بود، استفاده شده است، در مطالعه کیندر و همکاران از آزمونی استفاده شده است که فاقد مقیاسی اختصاصی برای ارزیابی خشم است و بالا بودن نمره در دو مقیاس pd و opt به عنوان شاخصی از وجود خشم در بیمار تلقی شده است (اخوت و دانشمند، ۱۳۵۷). به همین دلیل احتمالاً نتایج این مطالعه و مطالعه اوکی فوجی و همکاران دقیق تر از نتایج مطالعه کیندر و همکاران است و می‌توان گفت احتمالاً بین میزان خشم زنان و مردان مبتلا به درد مزمن تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد.

○ عدم تفاوت بین میزان خشم زنان و مردان مبتلا به درد مزمن مستلزم تبیین بیشتری است. هنجارهای اجتماعی از زنان و مردان انتظار دارد تا در ابراز هیجان‌ها تفاوت‌هایی از خود نشان دهند. هرچند در مقایسه با مردان، زنان عواطف خود را به شیوه‌ای سهل‌تر بیان می‌کنند اما بیان خشم چندان با هنجارهای اجتماعی زنانه توافق ندارد و از جانب اجتماع تشویق نمی‌گردد. از طرف دیگر در فرایند اجتماعی شدن مردان، خشم تنها هیجانی است که جامعه ابراز آن را در مردان تشویق می‌کند. نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌کند که علیرغم تفاوت‌هایی که در فرآیند اجتماعی شدن زنان و مردان از نظر بیان خشم وجود دارد، درد مزمن وضعیت به غایت فشارآوری را برای تجربه خشم، صرفنظر از اینکه فرد به چه جنسی تعلق داشته باشد، فراهم می‌آورد. بنابراین، به نظر می‌رسد که تجربه درد مزمن ممکن است هنجارهای اجتماعی موجود در ابراز خشم را تحت الشعاع قرار دهد.

○ یافته‌های این مطالعه نشان داد بیمارانی که خشم شدیدتری داشته‌اند دارای مشکلات خلقی و هیجانی شدیدتری نیز بوده‌اند. این یافته بقدری در مطالعات قبلی (برای نمونه، وید و همکاران، ۱۹۹۰؛ داکرو و همکاران، ۱۹۹۵) تکرار شده است که اکنون به باوری علمی تبدیل شده است (گرین وود و همکاران، ۲۰۰۳). در تبیین این یافته می‌توان از دو دیدگاه مطرح روانشناسی یعنی نظریه روان‌پویشی و نظریه شناختی کمک گرفت. در نظریه «روان‌پویشی»^{۱۸} «افسردگی» چیزی جز خشم برگشت داده شده بطرف درون نیست (فروید، ۱۹۳۴). در همین

رابطه روزن تسویگ (۱۹۷۶؛ ۱۹۷۸) به افراد «خود تنبیه گری» اشاره می‌کند که خشم خود را به طرف بیرون ابراز نمی‌کنند بلکه به همراه خود ملامت گری خشم را بر خود متمرکز کرده و به این طریق در معرض خطر افسردگی قرار می‌گیرند. ممکن است افراد شرکت کننده در این مطالعه به جای برونی کردن خشم، آن را به طرف خود برگردانده باشند و این امر باعث به وجود آمدن رابطه بین خشم و افسردگی شده باشد. متأسفانه در مطالعه حاضر «شیوه بیان خشم» (درونی کردن و سرکوب خشم یا برونی کردن و بیان آن) مورد بررسی قرار نگرفته است، در نتیجه، امکان پاسخ به این احتمال با استفاده از داده‌های به دست آمده از مطالعه حاضر میسر نیست.

○ در این مطالعه، «ادراک خطا» توانست بخشی از تفاوت موجود در سطح سازگاری بیماران درد مزمن را تبیین کند؛ در حالی که ادراک خطا تأثیری بر شدت درد نداشت، مقصر پنداشتن دیگری در شروع درد با خشم، افسردگی، ناتوانی جسمی و اختلال در زندگی روزانه رابطه داشت. این یافته با یافته مطالعه دی گود و کیرنان (۱۹۹۶) که در آن نشان داده شده بود ادراک خطا با شدت درد رابطه‌ای ندارد اما افرادی که دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانند نسبت به گروهی که دیگری را در شروع درد خود مقصر نمی‌دانند دارای مشکلات خلقی و رفتاری شدیدتری هستند کم و بیش مشابه است. در مقیاسی وسیع‌تر، یافته‌های مطالعه حاضر هماهنگ با دیدگاه شناختی رفتاری درد مزمن است که طی بیست و پنج سال گذشته، با اتکا به نتایج پژوهشی گسترده نشان داده است باورها و شناخت‌های بیمار در سازگاری وی با درد مزمن نقش قاطعی ایفا می‌کند (ترک و همکاران، ۱۹۸۳؛ گچل و ترک، ۲۰۰۲). چرا چنین رابطه‌ای بین ادراک خطا و سطح سازگاری با درد مزمن وجود دارد.

○ دی گود و کیرنان (۱۹۹۶) در تبیین یافته‌های مطالعه خود، به موضوع «درخواست غرامت» و فرآیندهای همراه آن اشاره کرده‌اند: افرادی که دیگری را در شروع درد خود مقصر می‌دانند احتمالاً بیش از افرادی که مقصری برای درد خود نمی‌یابند، درگیر اخذ غرامت بخاطر درد و از کارافتادگی هستند. مطالعات بسیاری نشان داده است آن گروه از بیمارانی که پرونده ادعای غرامت آنها در جریان دادرسی است، نسبت به آنهایی که چنین پرونده‌ای را تسلیم نکرده یا تصمیم‌گیری در مورد پرونده غرامت آنها نهایی شده است از میزان سازگاری ضعیف‌تری با درد مزمن برخوردارند (ترک و اوکی فوجی، ۱۹۹۶، بلایت و همکاران ۲۰۰۳). برای نمونه، در مطالعه بلایت و همکاران (۲۰۰۳)، «بیماران متقاضی دریافت غرامت» به خاطر آسیب‌دیدگی شغلی در مقایسه با افراد «بیماران غیرمتقاضی» دریافت غرامت، از شدت درد و ناتوانی جسمی بیشتری شکایت داشته و داروی ضد درد بیشتری مصرف می‌کردند. البته مطالعات فوق همگی

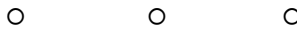
در کشورهای غربی که دارای نظام دریافت غرامت سازمان یافته ای است انجام شده است و تعمیم آن به بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن مستلزم مطالعات بیشتری است.

○ ادراک خطا می تواند «نظام باوری» را در ذهن بیمار بوجود آورد که خود حاصل پرسش های فراوانی است: چرا من و نه دیگران؟ چرا باید چنین حادثه ای برای من روی دهد؟ آیا سازوار چنین رویدادی بودم؟ آیا به خاطر اعمال گذشته ام تنبیه شده ام؟ چرا طرف مقابل به گونه ای عمل کرد که این حادثه برایم روی دهد؟ آیا چنین رخدادی عادلانه بود؟ و ... چنین نظام باوری می تواند احساس خشم یا گناه در بیمار بوجود آورد که چنین احساساتی به نوبه خود می تواند به سازگاری ضعیف تری با درد مزمن منجر گردد.

○ به نظر می رسد ارتباط بین ادراک خطا و سازگاری با درد مزمن را بتوان به کمک یک سازه روانشناختی دیگر یعنی «پذیرش»^{۱۹} درد به عنوان یکی از واقعیات زندگی بیمار نیز تبیین کرد. نقش پذیرش درد در فرآیند سازگاری با درد مزمن از مدت ها قبل مورد توجه بوده است. بازتاب چنین نقشی را می توان در این گفته افراد به بیماران دارای بیماری های لاعلاج یا به کسی که عضوی از اعضا بدن خود را به دلیلی از دست داده است مشاهده کرد که می گویند «این موضوع تا آخر عمر با توست، بنابراین باید یک جوری با آن کنار بیایی». نقشی که پذیرش درد در سازگاری با درد مزمن ایفا می کند در سال های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است (مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۴؛ نیکولاس و اصغری، ۲۰۰۶). برای نمونه، نیکولاس و اصغری (۲۰۰۶) در مطالعه ای با ۲۵۲ بیمار مبتلا به درد مزمن نشان داده اند نمره بالاتر در مقیاس پذیرش درد مزمن با نمره پایین تر در سه مقیاس شدت درد افسردگی و ناتوانی جسمی همراه است. به سخن دیگر، پذیرش درد مزمن با سازگاری بهتر با درد مزمن همراه است. افرادی که در مقیاس پذیرش درد مزمن نمره بالاتری بدست می آورند تلاش زیادی برای رهایی از درد یا اجتناب از آن به عمل نمی آورند و با قبول محدودیت هایی که درد بر زندگی آنها تحمیل کرده است به فعالیت ها و مسئولیت های روزمره خود ادامه می دهند. مقصر پنداشتن دیگری در شروع درد و عواطف منفی برخاسته از آن، احتمالا می تواند در فرآیند پذیرش درد مداخله کرده و مانع از «پذیرش» آن به عنوان یکی از واقعیات های زندگی روزمره گردد. این موضوع می تواند در مطالعات آینده مورد آزمون قرار گیرد.

○ یافته های مطالعه حاضر برای دیدگاه شناختی- رفتاری درد مزمن که به نقش باورهای بیماران در سازگاری با درد مزمن اهمیت می دهد حمایت تجربی بیشتری فراهم می آورد. همچنین آن بخش از یافته های این مطالعه که ارتباط بین «خشم» با «افسردگی» و مؤلفه روانی

«کیفیت زندگی» را مورد تأیید قرار داده است دارای کاربردهای بالینی است. براساس این یافته‌ها، متخصصان بالینی باید بطور منظم خشم را در بیماران درد مزمن مورد ارزیابی قرار دهند. با توجه به شایع بودن خشم در بین این بیماران متخصصان بالینی باید انتظار آن را داشته باشند که گاه موضوع تخلیه خشم بیماران، قرار گیرند. ایجاد و حفظ رابطه درمانی با چنین بیمارانی مستلزم تلاش بیشتر از جانب درمانگر است.



یادداشت‌ها

- | | |
|---|--|
| 1- Pain | 2- Gate control theory |
| 3- Neuromatrix theory | 4- Descending nervous system |
| 5- Central pain modulation system | 6- Anger |
| 7- Object | 8- Perception of fault |
| 9- West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) | |
| 10- Beck Depression Inventory (BDI) | 11- Health Survey, Short form, 36-Item (SF-36) |
| 12- Physical component | 13- Mental component |
| 14- Ahwaz Aggression Inventory (AAI) | 15- Bonferroni correction |
| 16- Experimental psychotherapy | 17- Analgesic |
| 18- Psychodynamic | 19- Acceptance |

منابع

- اخوت، ولی‌الله؛ دانشمند، لقمان. (۱۳۵۷). ارزشیابی شخصیت. انتشارات دانشگاه تهران.
- اصغری، محمدعلی؛ فقیهی، سمانه. (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در دو نمونه ایرانی، دانشور رفتار، ۱۱، ۱-۱۱.
- رجیبی، غلامرضا؛ عطاری، یوسفعلی؛ حقیقی، جمال‌الدین. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسشنامه افسردگی بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، ۳ و ۴، ۶۶-۴۹.
- زاهدی‌فر، شهین؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین. (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، ۱ و ۲، ۱۰۲-۷۳.
- Asghari, A.; & Nicholas M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.
- Asghari, A.; Julaeiha, S.; & Godarsi, M. (2008). *Disability and depression in chronic pain patients: Pain or pain-related beliefs?* Archives of Iranian Medicine, In press.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*.

- New York: Guilford Press.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.
- Bigos, S. J.; & Battie M. C. (1987). Acute care to prevent back disability. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 221, 212-130.
- Bland, M.; Bultand, B.; Peacock, J.; Poloniecki, J.; Reid, F.; & Sedgwick, P. (2002). *Statistics guide for research grant applicants*. <http://www.sghms.ac.au>
- Blyth, F. B.; March, L. M.; Nicholas, M. K.; & Cousins, M. J. (2003). Chronic pain, work performance and litigation. *Pain*: 103, 41-47.
- Collins, S. L.; Moore, A.; McQuay, H. J.; & Wiffen, P. (2000). Antidepressants and anticonvulsants for diabetic neuropathy and postherpetic neuralgia: A quantitative systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20, 449-58.
- Corbishley, M.; Hendrickson, R.; & Beutler, L. (1990). Behavior, affect, and cognition among psychogenic pain patients in group expressive psychotherapy. *Journal of Pain Symptom Management*, 5, 241-248.
- Crombie, I. K.; & Oakley-Davies, H. T. (1999). Requirements for epidemiological studies. In: IK Crombie, P.R. Croft, S.J. Linton, L. LeResche, M. Von Korff (Eds.). *Epidemiology of Pain*; (pp. 17-24), Seattle: IASP Press.
- Degood, D. E.; & Kiernan, B. (1996). Perception of fault in patients with chronic Pain. *Pain* 64, 153-159.
- Duckro, P.N.; Chibnall, J. T.; & Tomazic, T. J. (1995). Anger, depression, and disability: A path analysis of relationships in a sample of chronic posttraumatic headache patients. *Headache* 35, 7-9.
- Freud, S. (1934). Mourning and melancholia. In: S. Freud. *Collected Papers*, Vol. 4. London: Hogarth Press.
- Gatchel, R. J.; & Turk, D. C. (1996). *Psychological approaches to pain management*, New York: Guilford Press.
- Gatchel, R. J.; & Turk, D. C. (2002). *Psychological approaches to pain management*, second edition, New York: Guilford Press.
- Greenwood, K. A.; Thurston, R.; Rumble, M.; Waters, S. J.; & Keefe, F. J. (2003). Anger and persistent pain: Current status and future directions. *Pain* 103, 1-3.
- Kerns, R. D.; Turk, D. C.; & Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain

- Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Kinder, B.; Curtiss, G.; & Kalichman, S. (1986). Anxiety and anger as predictors of MMP1 elevations in chronic pain patients. *Journal of Personality Assessment*, 50, 651-661.
- Lehmann, T. R.; Spratt, K. F.; Tozzi, J. E.; Weinstein, J. N.; Reinartz, S. J.; El-Khoury, G. Y.; & Colby, H. (1987). Long-term follow up of lower lumbar fusion patients. *Spine*, 12, 97-104.
- McCracken, L. M.; Vowles, K. E.; & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain* 107, 159-166.
- McQuay, H. J.; Tramer, M.; Nye, B.A.; Carroll, D.; Wiffen, P. J.; & Moore, R. A. (1996). A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain* 68, 217-27.
- Melzack, R. (1991). From the gate to the neuromatrix. *Pain Suppl*, 6, 1221-22.
- Merskey, H.; & Bogduk, N. (1986). Classification of chronic pain: Description of Chronic pain syndromes and definition of pain terms, *Pain Supplement* 3, 1-225.
- Montazeri, A.; Goshtasebi, A.; Vahdaninia, M.; & Gandek, B. (2005). The short form Health Survey (SF-63): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 14, 875-882.
- Nicholas, M. K.; & Asghari, A. (2006). Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? *Pain*, 124, 269-279.
- North, R. G.; Ewend, M. G.; Lawton, M. T.; James, C. S.; & Long, D. M. (1993). Failed back surgery syndrome: 5-year follow-up after spinal cord stimulator implantation. *Neurosurgery*, 28, 692-699.
- Okifuji, A.; Turk, D. C.; & Curran, S. I. (1999). Anger in chronic pain: Investigation of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 1-12
- 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.
- Rosenzweig, S. (1976). Aggressive behavior and the Rosenzweig picture frustration study. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 885-891.
- Rosenzweig, S. (1978). *The Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study basic manual and adult form supplement*, Rana, St. Louis, MO.
- Smith, T. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In: Siegman, A.; Smith, T. (Editors). *Anger, hostility, and the heart*, Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Summers, J. D.; Rapoff, M. A.; Varghese, G.; Porter, K.; & Palmer P. (1992). Psychological factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain* 47: 183-189.
- Turk, D. C.; Meichenbaum, D.; & Genest, M. (1983). *Pain and behavioural medicine. A cognitive-behavioural perspective*. New York: The Guilford Press.
- Turk, D. C.; & Okifuji, A. (1996). Perception of treatment onset, compensation status and physical findings: Impact on pain severity, emotional distress and disability in chronic pain patients. *Journal of Behavioural Medicine*, 19, 435-453.
- Turk, D. C.; & Salovey, P. (1996). Chronic disease and illness behaviors: A cognitive-behavioral perspective. In: P. Nicassio and T. W. Smith, editors. *Psychosocial management of chronic illness*, American Psychological Association: Washington, DC.
- Turk, D. C. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 18, 355-365.
- Wade, J. B.; Price, D. D.; Hamer, R. M.; Schwartz, S. M.; & Hart, R. P. (1990). An emotional component analysis of chronic pain. *Pain*, 40, 303-310.
- Ware, J. E.; & Sherburne, C. D. (1992). The Mos 36-item short-form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483.