

رابطه راهبردهای مقابله‌ای، با افسردگی، ناتوانی جسمانی و شدت درد در افراد مبتلا به کمر درد مزمن

زینب عظیمی^۱، عباس بخشی‌پور رودسری^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در درمان بیماری‌ها دارند. درد مزمن، می‌تواند موجب افسردگی و ناتوانی‌هایی برای بیماران شود که کیفیت و سبک زندگی آنان را تغییر می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی، ناتوانی جسمانی و شدت درد در افراد مبتلا به کمر درد مزمن بود.

مواد و روش‌ها: هفتاد بیمار مبتلا به کمر درد مزمن (بین سنین ۱۹ تا ۶۴ سال) که به کلینیک ارتوپدی امام رضای شهر اراک مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی Beck، ناتوانی جسمانی و مقیاس درجه‌بندی شدت درد را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و آزمون‌های تحلیل همبستگی و تحلیل رگرسیون چند متغیره صورت گرفت.

یافته‌ها: راهبرد مقابله‌ای فاجعه آفرینی با افسردگی، ناتوانی جسمانی و شدت درد رابطه مستقیم داشت ($P < ۰/۰۱$). همچنین نتایج نشان داد که افسردگی با ناتوانی جسمانی و شدت درد رابطه مستقیم و با کارآمدی مقابله رابطه منفی دارد (همه موارد $P < ۰/۰۱$) و ناتوانی جسمانی با تفسیر مجدد و انکار (هر دو مورد $P < ۰/۰۱$) و کنترل بر درد ($P < ۰/۰۵$) رابطه معکوس و با شدت درد ($P < ۰/۰۱$) رابطه مستقیم دارد. به علاوه فاجعه آفرینی با کارآمدی مقابله رابطه منفی داشت (هر دو مورد $P < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی مثل فاجعه آفرینی در برابر مشکلاتی همچون کمر درد مزمن، می‌تواند به وخیم‌تر شدن شرایط منجر شود و پیامدهای منفی چون افسردگی، ناتوانی جسمانی و درد بیشتری به همراه داشته باشد. در نتیجه مداخله در این زمینه و آموزش استفاده از راهبردهای کارآمد و مؤثر به بیماران می‌تواند موجب سازگاری مؤثر با دردهای مزمن گردد.

واژه‌های کلیدی: کمر درد مزمن، راهبردهای مقابله، افسردگی، ناتوانی جسمانی، شدت درد

ارجاع: عظیمی زینب، بخشی‌پور رودسری عباس. رابطه راهبردهای مقابله‌ای، با افسردگی، ناتوانی جسمانی و شدت درد در افراد مبتلا به کمر درد مزمن. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۷): ۷۰۹-۷۱۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۲۸

مهم‌ترین علت رنج و معلولیت انسان بوده است و به طور جدی بر کیفیت زندگی افراد بشر تأثیر می‌گذارد (۱). مشکلات همراه با اختلالات عضلانی اسکلتی و از کار افتادگی ثانویه بر این اختلالات به نحو چشم‌گیری رو به

مقدمه

دردهای مزمن، یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در جهان هستند که سالانه میلیون‌ها نفر دچار آن می‌شوند، ولی درمان مناسبی دریافت نمی‌کنند. در سراسر دنیا دردهای مزمن،

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول) Email: zeinab.azimi1@yahoo.com
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

افزایش است (۲).

توجه به عوامل روان‌شناختی و عوارض درد همچون غیبت از کار، روی آوردن به مصرف سیگار، اشکال در خواب و خستگی ناشی از کار یا بی‌خوابی، هنوز مورد غفلت می‌باشد و مطالعه کاملی در مورد حجم خسارات اقتصادی و اجتماعی ناشی از درد مزمن در ایران انجام نگرفته است. پژوهش‌های مختلف در ایران و سایر کشورها نشان داده‌اند که درد مزمن اغلب با علائم روان‌شناختی، به خصوص اضطراب و افسردگی توأم است و افسردگی و شاخص‌های اختلالات روان‌پزشکی، همبستگی بالایی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن دارند (۱۰-۳).

دردهای ناحیه تحتانی کمر بعد از سردرد مزمن رایج‌ترین علت مراجعه به پزشکان است (۱۱). ۱۲ تا ۴۵ درصد از بزرگسالان و ۶۰ تا ۸۰ درصد از کل جامعه در طول زندگی خود یک بار به کمردرد مزمن مبتلا می‌شوند (۱۲). همچنین ۲۵ درصد از هزینه‌های جبرانی ناتوانی در محیط کار و ۱۲ درصد از مرخصی‌های استعلاجی ناشی از این مشکل می‌باشد (۱۳، ۱۱). همه روزه نیم درصد نیروی انسانی برای بیشتر از شش ماه بر اثر کمردرد مزمن از کار کناره می‌گیرند (۱۴) که هزینه‌های پزشکی مستقیم (حق ویزیت، جراحی، بستری در بیمارستان و جبران مالی در زمینه ناتوانی) و غیر مستقیم (غیبت از کار و فقدان بهره‌وری) زیادی به همراه دارد (۱۴، ۱۳، ۲).

ویژگی‌های روانی-اجتماعی می‌تواند عامل مهمی در طول مدت درد و ناتوانی باشد و درمان‌های روان‌شناختی در کاهش درد مؤثرند (۱۶، ۱۵). همچنین مشکلات هیجانی همراه با درد کمر به درمان بیماری کمک می‌کند (۱۷). به علاوه درد کمر باعث مشکلات روان‌شناختی در بیماران می‌شود (۱۶). اگر چه اکثر بیماران به طور موقت به کمر درد مبتلا می‌گردند، اما بخش قابل توجهی از این بیماران، به نوع مزمن آن دچار می‌گردند و تعداد آن‌ها در سال‌های اخیر پیوسته افزایش یافته است. این موضوع می‌تواند توانایی درمان موفقیت‌آمیز این بیماران را زیر سؤال ببرد. از سوی

دیگر درک ما از عوامل مؤثر در علت‌شناسی و حفظ این اختلال بسیار محدود است. به عبارت دیگر فقط ۱۰ تا ۱۵ درصد از بیماران مبتلا به کمردرد مزمن نوعی آسیب‌شناسی با علت روشن برای علائم خود نشان داده‌اند (۱۸).

مطالعات پیش‌بینی می‌کند که ۷ درصد از بیماران مبتلا به درد حاد ناحیه تحتانی کمر دچار مشکلات ناتوانی مزمن می‌شوند (۱۷) و افرادی که علاوه بر مشکل خود، یکی از اختلالات محور یک روان‌پزشکی را دارند، شانس بسیار بیشتری برای ناتوانی مزمن دارند (۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که درد در مردان بیشتر از زنان با افسردگی رابطه دارد و با میزان ناتوانی و شدت درد ارتباط داشته است (۲۰). مطالعات نقش عوامل روانی-اجتماعی را در بروز کمردرد مزمن بااهمیت‌تر از پدیده‌های معین جسمی و پزشکی مطرح نموده‌اند (۱۴). در مطالعه‌ای بر روی کارگران مشخص شد که نارضایتی شغلی عامل عمده‌ای در بروز خطر کمردرد مزمن بوده است (۲۱). امروزه با در نظر گرفتن نقش عوامل روان‌شناختی و رفتاری در برنامه توان‌بخشی عملکردی برای بیماران کمردرد مزمن فیزیوتراپی، ورزش‌های هوازی و آرام‌سازی را به درمان اضافه نموده‌اند (۲۳، ۲۲). مطالعات وجود علائم غیر جسمی بیماران با درد خفیف کمر را به عنوان هشدار برای درمانگران جهت نیاز به ارزیابی روان‌شناختی و نه نشانه‌ای از تمارض پیشنهاد می‌دهد و بر تمرکز بر درمان مشکلات روانی همراه با درمان‌های جسمی تأکید می‌نماید (۲۴). شواهد حاصل از مطالعات آینده‌نگر نشان می‌دهد که متغیرهای روان‌شناختی در شروع درد و تبدیل درد حاد به نیمه مزمن و مزمن مؤثر می‌باشد. استرس، اضطراب، آشفتگی خلق و هیجان، عملکرد شناختی و درد متغیرهای مؤثری در این امر می‌باشند (۲۶، ۲۵). همچنین زنان نسبت به مردان، مشکلات روان‌شناختی بیشتر و محدودیت بیشتری در عملکرد شغلی نشان می‌دهند (۲۸، ۲۷).

آگاهی از نقش عوامل روانی-اجتماعی در درد، می‌تواند نقش بسیار مهمی در کنترل و پیش‌گیری از اختلالات درد ایفا نماید. پژوهش‌های بسیاری تلاش کرده‌اند تا عواملی را

به طور کلی افرادی که از راهبردهای مقابله فعال استفاده می‌کنند که شامل پایداری در انجام تکالیف با وجود درد، فعالیت بدنی و انحراف توجه از درد است، افسردگی و ناتوانی کمتری تجربه می‌کنند. بنابراین این راهبردها از سوی درمانگران به عنوان راهبرد انطباقی برای درد مزمن تلقی شده‌اند (۳۸، ۳۹). در مقابل، مقابله غیر فعال مثل در بستر ماندن و مراقبت از قسمت دردناک به عنوان بازتاب درماندگی ادراک شده بیمار در کنترل درد تلقی می‌شود (۴۰، ۳۹) و در طبقه راهبردهای غیر انطباقی قرار می‌گیرد که بین این شیوه مقابله و افسردگی و نیز سایر پیامدهای نامطلوب ناشی از درد مزمن ارتباط زیاد یافت شده است (۴۴-۳۸).

درد، تأثیرات همه جانبه‌ای بر زندگی افراد دارد و سازگاری مؤثر با درد، نیازمند انطباق همه جانبه زندگی بیمار با تجربه درد است. از این رو تغییر در عوامل روان‌شناختی همراه در تجربه درد می‌تواند اثرات محدودکننده درد را در زندگی افراد مبتلا به دردهای مزمن به حداقل برساند. به همین منظور تعیین عوامل روان‌شناختی مؤثر در تجربه درد به منظور ایجاد شرایطی برای تغییر این عوامل ضرورت دارد. با توجه به اهمیت راهبردهای مقابله در تجربه درد و مشکلاتی که راهبردهای ناکارآمد برای افراد مبتلا به دردهای مزمن به همراه دارند، اعم از افزایش شدت درد، میزان ناتوانی جسمانی، افسردگی و ... و نظر به گسترش روزافزون بیماری‌های روان‌تنی مانند کمردرد مزمن و همچنین اهمیت عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تشدید این اختلالات، در این مطالعه در صدد هستیم تا به تعیین رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی، ناتوانی جسمانی و شدت درد در افراد دچار بیماری کمر درد مزمن بپردازیم.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری تحقیق حاضر را که به روش پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) انجام گرفت، افراد مبتلا به کمر درد مزمن در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دادند. هفتاد بیمار ۱۹ تا ۶۴ ساله مبتلا به کمر درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک ارتوپدی

که موجب تنوع سطوح افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود، شناسایی و تبیین کنند. این تلاش‌ها موجب شکل‌گیری الگوهای چند وجهی (زیستی - روانی - اجتماعی) برای توجیه پیامدهای درد گردیده است و نشان می‌دهد که جنبه‌های زیستی همراه با عواملی همچون هیجان‌ها (به ویژه خشم، افسردگی و اضطراب)، محیط اجتماعی و فرهنگی، معنای درد برای فرد، شناخت‌های مرتبط با درد و راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد نقش مهمی دارند (۳۰، ۲۹).

پژوهشگران بسیاری بر نقش واسطه‌ای و قدرتمند راهبردهای مقابله در تجربه روانی و فیزیولوژیک درد تأکید کرده‌اند. طبق تعریف Lazarus و Folkman، مقابله به کاربرد هدفمند فنون شناختی و رفتاری اطلاق می‌گردد که با هدف از بین بردن، کاهش دادن یا به حداقل رساندن مشکلات یا استرس‌ها به کار می‌رود. Lazarus و Folkman مقابله مسأله‌مدار (Problem oriented) را از هیجان‌مدار (Emotional oriented) تفکیک کرده‌اند. در مقابله مسأله‌مدار، مشکل به اجزای کوچک و کنترل‌پذیر تجزیه می‌شود و فرد در جستجوی راه حل‌های مختلف و هدایت اعمال است، در حالی که راهبردهای هیجان‌مدار، به صورت اجتناب، انزوا، سرکوب و کنار گذاشتن ظهور می‌یابند (۳۱). وضعیت ناشی از درد مزمن با سازگاری ضعیف و افسردگی همراه است (۳۲) و برای توضیح آن از تفاوت بیماران در به کارگیری انواع مختلف راهبردهای مقابله استفاده شده است (۳۱). بیماران مبتلا به درد مزمن، اغلب ارزیابی‌های منفی و ناسازگارانه‌ای درباره وضعیت و توانایی‌های‌شان برای کنترل درد دارند. بنابراین مایلند که درد را به عنوان یک تهدید ارزیابی کنند و در نتیجه به مقابله هیجان‌مدار متوسل شوند که افسردگی را به دنبال دارد (۳۳). افسردگی موجب تأثیر منفی بر ارزیابی و انتظار تهدید بیشتر می‌شود (۳۵، ۳۴). بنابراین، بازسازی شناختی از طریق رویارویی با ارزیابی‌های واقع‌گرایانه می‌تواند میزان افسردگی در این بیماران را کاهش دهد (۳۲). از سوی دیگر، افراد دارای عزت نفس بالا، بر مقابله مسأله‌دار تکیه می‌کنند (۳۶) و کمتر افسرده می‌شوند (۳۷).

این پرسش‌نامه را تأیید کردند (۴۱).

پرسش‌نامه افسردگی Beck (BDI-II) یا Beck depression inventory second edition): این پرسش‌نامه دارای ۲۱ عبارت مرتبط با علایم افسردگی است که هر علامت با ۴ عبارت مشخص می‌شود. شرکت کنندگان باید عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت آن‌ها را در طول هفته گذشته تا امروز نشان می‌دهد، انتخاب کنند. به هر یک از علایم، نمره‌ای از صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند و نمره بالاتر نشانه افسردگی شدیدتر است. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است (۴۷).

پرسش‌نامه ناتوانی جسمانی Roland و Morris: این پرسش‌نامه حاوی ۲۴ عبارت است و دامنه وسیعی از فعالیت‌های روزانه‌ای را که به علت کم‌درد مختل شده‌اند، می‌سنجد. دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین صفر و ۲۴ می‌باشد و پاسخ هر سؤال در یک مقیاس لیکرتی صفر و یک (بلی و خیر) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه در مطالعات با بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن (۴۸) و بیماران دارای درد مزمن در نقاط مختلف بدن (۴۹) به کار گرفته شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد تأیید می‌باشد.

مقیاس درجه‌بندی عددی شدت درد: برای اندازه‌گیری شدت درد از این مقیاس استفاده شد. این مقیاس خط صافی است که در یک انتهای آن عدد صفر (عدم درد) و در انتهای دیگر آن عدد ۱۰ (شدیدترین درد ممکن) نوشته شده است. شرکت کنندگان باید با انتخاب عددی بین صفر تا ۱۰ میزان درد خود را در زمان مطالعه تعیین کنند. این مقیاس در پژوهش با بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده شده است و اعتبار و روایی آن مورد تأیید می‌باشد (۵۰).

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی شرکت کنندگان پژوهش بر حسب متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

امام رضا (ع) اراک با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تشریح هدف‌های پژوهش و جلب مشارکت آنان، پرسش‌نامه‌های راهبردهای مقابله Rosenstiel و Keefe، افسردگی Beck، ناتوانی جسمانی Roland و Morris و مقیاس درجه‌بندی عددی شدت درد را تکمیل کردند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از احراز تشخیص کم‌درد مزمن توسط پزشک، عدم وجود سایر اختلالات طبی عمومی روان‌پزشکی، عدم سوء مصرف مواد، داشتن حداقل سن ۱۸ سال تمام بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ (Version 17, SPSS Inc, Chicago IL) و آزمون‌های تحلیل همبستگی و تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

ابزارهای سنجش

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله Rosenstiel و Keefe: این پرسش‌نامه ۴۲ عبارت دارد که شش راهبرد مقابله شناختی توجه برگرداندنی (Distraction)، تفسیر مجدد درد (Reinterpretation)، گفتگو با خود (Self-statement)، انکار درد (Ignoring)، فاجعه آفرینی (Catastrophising) و دعا-امیدواری (Praying or hoping) و یک راهبرد مقابله رفتاری (Increasing activity level) را که افزایش فعالیت رفتاری نام دارد، می‌سنجد. هر یک از راهبردهای مقابله از ۶ عبارت تشکیل شده‌اند و شرکت کنندگان باید در یک مقیاس ۷ درجه‌ای (۰-۶) مشخص کنند که تا چه اندازه از هر یک از راهبردها استفاده می‌کنند. نمرات هر راهبرد از صفر تا ۳۶ متغیر است. همچنین این پرسش‌نامه ۲ مقیاس ۷ درجه‌ای (۰-۶) دیگر نیز دارد و نشان می‌دهد که افراد با استفاده از راهبردهای مذکور، تا چه میزان توانسته‌اند درد خود را کاهش دهند و بر درد خود کنترل داشته باشند. این پرسش‌نامه اولین بار در افراد مبتلا به کم‌درد مزمن هنجاریابی شد و ضریب همسانی درونی ۷ خرده مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد (۴۵). اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات بسیاری تأیید شده است (۴۶). اصغری مقدم و گلک (به نقل از Carroll و همکاران) ضریب پایایی خرده مقیاس‌های آن را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ گزارش کردند و روایی ملاکی و پیش‌بین

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	دامنه نمرات شرکت کنندگان	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	۵-۴۲	۲۳/۴۷	۹/۷۷
ناتوانی جسمی	۸-۱۹	۱۲/۳۵	۳/۶
شدت درد	۲-۱۰	۵/۳۲	۲/۱۲
راهبرد مقابله			
توجه برگردانی	۵-۳۲	۹/۸۲	۴/۱
فاجعه آفرینی	۷-۳۱	۱۲/۹۴	۵/۳۳
گفتگو با خود	۷-۳۰	۱۱/۲	۳/۷۵
انکار	۵-۲۹	۱۱/۳۸	۲/۹۵
تفسیر مجدد	۵-۲۸	۱۳/۰۸	۴/۳۲
دعا و امیدواری	۶-۳۲	۱۳/۷۷	۳/۸۶
فعالیت رفتاری	۶-۳۴	۱۳/۸۴	۳/۸۷
کارآمدی مقابله			
کنترل بر درد	۱-۵	۲/۱۳	۱/۳۳
کاهش درد	۰-۵	۲/۴۱	۱/۳۲

ناتوانی جسمانی و شدت درد رابطه مستقیم داشت و با کارآمدی مقابله رابطه منفی شد (در همه موارد $P < 0/01$). همچنین ناتوانی جسمانی با شدت درد رابطه مستقیم داشت ($P < 0/01$) و رابطه راهبرد تفسیر مجدد درد و انکار (در هر دو مورد $P < 0/01$) و کنترل بر درد ($P < 0/05$) منفی شد. علاوه بر این شدت درد با کارآمدی مقابله رابطه منفی داشت ($P < 0/01$). به علاوه نتایج نشان داد که فاجعه آفرینی با کارآمدی مقابله رابطه منفی دارد ($P < 0/01$).

در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چند متغیره ارائه شده است. همان طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد، تنها راهبرد فاجعه آفرینی میزان افسردگی و شدت درد را پیش‌بینی می‌کند (در هر دو مورد $P < 0/0001$)؛ به طوری که افزایش استفاده از این راهبرد با افزایش میزان افسردگی و شدت درد همراه است. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که راهبرد فاجعه آفرینی، ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی می‌کند ($P < 0/01$) و افزایش استفاده از راهبردهای انکار و تفسیر مجدد، کاهش ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی می‌کنند (در هر دو مورد $P < 0/0001$).

بر اساس جدول ۲ می‌توان گفت که راهبرد فاجعه آفرینی با افسردگی و ناتوانی جسمانی و شدت درد رابطه مستقیم دارد (در همه موارد $P < 0/01$). همچنین میزان افسردگی با

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- افسردگی											
۲- ناتوانی جسمی	۰/۳۶۷**										
۳- شدت درد	۰/۶۷۶**	۰/۳۵۷**									
۴- توجه برگردانی	-۰/۰۴۵	-۰/۱۹	-۰/۰۲۲								
۵- فاجعه آفرینی	۰/۸۲۲**	۰/۳۷۳**	۰/۸۱۴**	-۰/۰۳۴							
۶- گفتگو با خود	-۰/۱۷۸	۰/۰۸۶	۰/۰۳۲	-۰/۱۱۲	-۰/۰۸۲						
۷- انکار	-۰/۰۵۶	-۰/۵۳۶**	-۰/۰۷۶	-۰/۳۱۳**	۰/۰۰۸	-۰/۰۴۵					
۸- تفسیر مجدد	-۰/۱۷۴	-۰/۴۷۸**	-۰/۱۷۹	۰/۰۸۹	-۰/۲۱۸	۰/۱۲۶	۰/۱۷۵				
۹- دعا و امیدواری	-۰/۰۴۵	۰/۱۴۴	۰/۰۵۵	-۰/۰۱۳	۰/۰۰۲	۰/۲۱۴	-۰/۱۹۹	۰/۱۱۷			
۱۰- فعالیت رفتاری	۰/۰۲	۰/۱۵۱	۰/۰۲۷	۰/۱۵۲	۰/۱۱۳	۰/۰۶۷	-۰/۲۹۱**	-۰/۰۱۸	۰/۴۶۸**		
۱۱- کنترل بر درد	-۰/۵۸۳**	-۰/۲۷۸*	-۰/۴۹۹**	-۰/۰۷۴	-۰/۰۷۰۲**	۰/۱۳۴	۰/۰۱۲	۰/۲۳	۰/۰۸۴	۰/۰۰۵	
۱۲- کاهش درد	-۰/۵۹۹**	-۰/۲۱	-۰/۴۹۷**	-۰/۰۴۳	-۰/۰۷۶۶**	۰/۰۱۳	-۰/۰۱۰۱	۰/۱۷۹	۰/۰۴۴	-۰/۱۳۷	۰/۷۷۹**

* همبستگی در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است.
** همبستگی در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل اهمیت متغیرهای پیش‌بینی کننده افسردگی، ناتوانی جسمی و شدت درد بر اساس راهبردهای مقابله

متغیر پیش بین			افسردگی*			شدت درد**			ناتوانی جسمی***			
	T	β	p	T	β	p	T	β	p	T	β	p
توجه برگردانی	۰/۷۲۸	۰/۰۵۶	۰/۴۷	۰/۴۸۸	۰/۰۳۷	۰/۶۲۷	۱/۵۰۵	۰/۱۴	۰/۱۳۸			
فاجعه آفرینی	۷/۴۶۸	۰/۸۵۹	۰/۰۰۰۱	۹/۳۵۱	۱/۰۴۷	۰/۰۰۰۱	۲/۷۴	۰/۳۸	۰/۰۰۸			
گفتگو با خود	-۱/۶۴۸	-۰/۱۲	۰/۱۰۵	۱/۱۸۹	۰/۰۸۵	۰/۲۳۹	۱/۵۳۵	۰/۱۳۵	۰/۱۳			
انکار	-۱/۳۹۵	-۰/۱۱۵	۰/۱۶۸	-۰/۷۸	-۰/۰۶۲	۰/۴۳۸	-۴/۲۰۲	-۰/۴۱۶	۰/۰۰۰۱			
تفسیر مجدد	۰/۶۳۶	۰/۰۴۸	۰/۵۲۷	-۰/۲۲۲	-۰/۰۱۶	۰/۸۲۵	-۴/۱۵۷	-۰/۳۸	۰/۰۰۰۱			
دعا و امیدواری	-۰/۱۶۸	-۰/۰۱۴	۰/۸۶۷	۰/۸۱۹	۰/۰۶۶	۰/۴۱۶	۱/۱۸۸	۰/۱۱۹	۰/۲۴			
فعالیت رفتاری	-۰/۹۳	-۰/۰۸	۰/۳۵۶	-۱/۴۰۹	-۰/۱۱۸	۰/۱۶۴	-۰/۸۹۳	-۰/۰۹۲	۰/۳۷۵			
کنترل بر درد	-۰/۱۳	-۰/۰۱۶	۰/۸۹۷	۰/۲۷۸	۰/۰۳۳	۰/۷۸۲	-۰/۱۳۶	-۰/۰۲	۰/۸۹۳			
کاهش درد	۰/۳۸۲	۰/۰۵۲	۰/۷۰۴	۱/۸۹۹	۰/۲۵	۰/۰۶۲	۰/۵۹۳	۰/۰۹۷	۰/۵۵۵			

 $R^2 = ۰/۵۷۳$ *** $R^2 = ۰/۷۷۲$ ** $R^2 = ۰/۷۰۶$ *

بحث و نتیجه‌گیری

استفاده از فاجعه آفرینی در مواجهه با درد می‌تواند نتایج مثبتی مانند کاهش شدت درد، کاهش ناتوانی جسمانی و کاهش افسردگی را به همراه داشته باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌هایی که در آن‌ها استفاده بیشتر از فاجعه آفرینی با ناتوانی جسمانی بیشتر همراه بوده است، همسو می‌باشد (۵۸-۵۶). این یافته اهمیت بالینی زیادی دارد و در درمان‌های شناختی- رفتاری درد مزمن که در آن به نقش شناخت‌ها و پاسخ‌های مقابله سازگاری با درد پرداخته می‌شود، کاربرد دارد.

در مورد رابطه مستقیم افسردگی و فاجعه آفرینی نیز باید گفت که برخی پژوهش‌ها این یافته را تأیید کرده‌اند (۵۸، ۵۹). همچنین نتایج نشان داد که افسردگی بیشتر با ناتوانی جسمانی بیشتر و درد شدیدتر همراه است. این یافته با یافته‌های قبلی همسویی دارد (۵۸، ۵۹).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی می‌تواند بر تشدید عوارض بیماری‌های جسمانی و افزایش رنج بیمار تأثیرگذار باشد. به طور کلی می‌توان از این پژوهش نتیجه گرفت که راهبردهای مقابله با درد می‌تواند بخشی از تفاوت‌های موجود در شدت درد، ناتوانی جسمانی و افسردگی بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن را تبیین کند. پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از راهبرد فاجعه‌آفرینی در مواجهه با درد مزمن، موجب افزایش شدت درد تجربه شده، ناتوانی جسمانی و افسردگی در بیماران می‌گردد. به نظر

در پژوهش حاضر که در آن رابطه میان راهبردهای مقابله، افسردگی، ناتوانی جسمانی و شدت درد در افراد دارای کم‌درد مزمن مورد بررسی قرار گرفت، یافته‌ها نشان داد که افرادی که از راهبرد مقابله‌ای فاجعه آفرینی بیشتر استفاده می‌کنند، افسردگی، ناتوانی جسمانی و درد شدیدتری را تجربه می‌کنند. همان‌طور که مطالعات صورت گرفته با بیماران مبتلا به درد مزمن نشان می‌دهد، یافته‌های این مطالعه نیز نشان می‌دهد که فاجعه آفرینی یک راهبرد مقابله‌ای غیر انطباقی است و استفاده بیشتر از آن با درد شدیدتری همراه است (۵۲، ۵۱، ۴۷). همچنین یافته پژوهش، مبنی بر تأثیر کارآمدی مقابله در کاهش شدت درد با نتایج پژوهش‌های قبلی با بیماران مزمن همسو می‌باشد (۵۲، ۵۱، ۴۷). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، تنها فاجعه آفرینی توانست شدت درد را پیش‌بینی کند و سایر راهبردها ارتباطی با شدت درد ندارند. این یافته در مطالعات انجام شده با بیماران درد مزمن نیز به دست آمده است (۵۵-۵۳، ۴۵). این امر می‌تواند کاربردهای نظری و بالینی داشته باشد. اگر چه استفاده از برخی راهبردها با شدت درد کمتری همراه بوده است، اما به نظر می‌رسد که این راهبردها در برابر درد مزمن که درد دیرپایی است، وجه انطباقی خود را از دست می‌دهند. در نتیجه یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تشویق بیماران مبتلا به دردهای مزمن به عدم

ادراک شده بیمار در کنترل درد، در طبقه راهبردهای غیر انطباقی قرار می‌گیرد که پیامدهای نامطلوب ناشی از درد مزمن را افزایش می‌دهد.

در نتیجه، این مطالعه برای رفتار- درمانی شناختی درد مزمن که شامل آموزش اجتناب از درگیری با افکار و راهبردهای مقابله غیر انطباقی (مانند فاجعه آفرینی) می‌باشد، حمایت نظری فراهم می‌کند. با توجه به نتایج این پژوهش، نقش عوامل روان‌شناختی بیش از پیش در مشکلات بیماران مبتلا به کمردرد مزمن آشکار گردیده است. بنابراین علاوه بر مداخلات پزشکی، مداخلات روان‌شناختی ویژه‌ای در زمینه‌های مختلفی چون پیش‌گیری، درمان و توان‌بخشی، ضروری است. پژوهش حاضر نیز مانند پژوهش‌های مشابه محدودیت‌هایی دارد که از آن جمله، استفاده از ابزارهای خود گزارشگری برای اندازه‌گیری متغیرها می‌باشد و احتمال دارد که پاسخ‌های غیر دقیق را در افراد برانگیزد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این موضوع در صورت امکان کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان‌هایی که افکار و راهبردهای مقابله غیر انطباقی را به چالش می‌کشند، مورد بررسی واقع شود.

سپاسگزاری

از مساعدت مسؤولین محترم کلینیک ارتوپدی امام رضا (ع) و همچنین از بیماران شرکت کننده در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

می‌رسد که بیمارانی که اغلب ارزیابی‌های منفی و ناسازگارانه‌ای درباره وضعیت و توانایی‌های‌شان برای کنترل درد دارند، مایلند که دردشان را به عنوان یک تهدید ارزیابی کنند و در نتیجه به فاجعه‌آمیز کردن درد خود می‌پردازند. در نتیجه این توجه منفی به درد، شدت درد تجربه شده را در آن‌ها افزایش می‌دهد و از طرفی احساس عدم کنترل بر درد، می‌تواند موجب درماندگی و افسردگی فرد گردد و ناتوانی بیشتری را برای او به ارمغان آورد. افسردگی علاوه بر تأثیر منفی بر ارزیابی، موجب انتظار تهدید بیشتری می‌شود. ارتباط معنی‌داری بین مقابله ناکارآمد و افسردگی گزارش شده است. بنابراین، به نظر می‌رسد که یک دور باطل بین این عوامل ایجاد می‌گردد که تجربه درد و حس عدم کنترل بر درد و فاجعه‌آمیز کردن درد، موجب افسردگی، ناتوانی جسمانی و درد بیشتری می‌شود که به نوبه خود، موجب فاجعه‌آمیز کردن درد و ادامه این دور می‌گردد. بازسازی شناختی از طریق رویارویی با ارزیابی‌های واقع‌گرایانه در مورد درد، می‌تواند میزان افسردگی در این بیماران را کاهش دهد. به طور کلی افرادی که از راهبردهای مقابله فعال که شامل پایداری در انجام تکالیف به رغم وجود درد، فعالیت بدنی و انحراف توجه از درد است، استفاده می‌کنند، افسردگی و ناتوانی کمتری تجربه می‌کنند. بنابراین این راهبردها از سوی درمانگران به عنوان راهبرد انطباقی برای درد مزمن تلقی شده‌اند و باید به بیماران مبتلا به دردهای مزمن توصیه گردد که هر چه بیشتر از این راهبردها استفاده کنند. در مقابل، مقابله غیر فعال مثل در بستر ماندن و مراقبت از قسمت دردناک به عنوان بازتاب درماندگی

References

1. Loeser JD, Butter HS, Chapman CR, Turk CD. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
2. Turk DC, Gatchel RJ. Psychological Approaches to Pain Management, Second Edition: A Practitioner's Handbook. New York, NY: Guilford Press; 2002.
3. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Bagheri-Nesami M, Ahmad-Shirvani M, Khalilian AR, Shayesteh-Azar M. Occupational back pain in Iranian nurses: an epidemiological study. Br J Nurs 2006; 15(17): 914-7.
4. Peuckmann V, Ekholm O, Rasmussen NK, Moller S, Groenvold M, Christiansen P, et al. Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. Breast Cancer Res Treat 2007; 104(1): 39-46.
5. Van CN, Jaspers JP, Van De Wiel HB, Wit HP, Albers FW. Psychological assessment of patients with Meniere's

- disease. *Int J Audiol* 2006; 45(9): 496-502.
6. Chung MC, Berger Z, Jones R, Rudd H. Posttraumatic stress disorder and general health problems following myocardial infarction (Post-MI PTSD) among older patients: the role of personality. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(12): 1163-74.
 7. Eisner MD, Yelin EH, Katz PP, Lactao G, Iribarren C, Blanc PD. Risk factors for work disability in severe adult asthma. *Am J Med* 2006; 119(10): 884-91.
 8. Lepine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19 (Suppl 1): S3-S7.
 9. Taylor RE, Creed F, Hughes D. Relation between psychiatric disorder and abnormal illness behaviour in patients undergoing operations for cervical discectomy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 63(2): 169-74.
 10. Pilowsky I, Spence N, Rounsefell B, Forsten C, Soda J. Out-patient cognitive-behavioural therapy with amitriptyline for chronic non-malignant pain: a comparative study with 6-month follow-up. *Pain* 1995; 60(1): 49-54.
 11. Cavanaugh J, Weinstein J. Low back pain: Epidemiology, anatomy, and neurophysiology. In: Wall PD, Melzack R, Editors. *Textbook of Pain*. London, UK: Churchill Livingstone; 1994. p. 441-5.
 12. Andrasik F, Blanchard EB. Biofeedback: Treatment of muscle Contraction headache. In: Hatch JP, Fisher JG, Rugh J, Editors. *Biofeedback: studies in clinical efficacy*. New York, NY: Plenum Press; 1987. p. 281-315.
 13. Olbrich D. Psychological and psychosocial factors in chronic backache. Findings and social medicine consequences. *Versicherungsmedizin* 2003; 55(2): 70-5.
 14. Teasell RW, White K. Clinical approaches to low back pain. Part 1. Epidemiology, diagnosis, and prevention. *Can Fam Physician* 1994; 40: 481-6.
 15. Fleurmond J, Sharpe I. Is it all in the head? The Psychological effects of chronic pain and the effectiveness of modern therapies. *Ethn Dis* 2005; 15(4): 47-80.
 16. Weiser S, Cedraschi C. Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain--a literature review. *Baillieres Clin Rheumatol* 1992; 6(3): 657-84.
 17. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine (Phila Pa 1976)* 1995; 20(24): 2702-9.
 18. Frymoyer JW, Gordon SL. New perspectives on low back pain: workshop, Airlie, Virginia. Park Ridge, IL: The Academy; 1989. p. 217-68.
 19. Pulliam CB, Gatchel RJ, Gardea MA. Psychosocial differences in high risk versus low risk acute low-back pain patients. *J Occup Rehabil* 2001; 11(1): 43-52.
 20. Dickens C, Jayson M, Creed F. Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosomatics* 2002; 43(1): 42-8.
 21. Johnston JM, Landsittel DP, Nelson NA, Gardner LI, Wassell JT. Stressful psychosocial work environment increases risk for back pain among retail material handlers. *Am J Ind Med* 2003; 43(2): 179-87.
 22. van VB, Zinzen E, van Heerden HJ, Becker P, Meeusen R. Psychosocial factors related to lower back problems in a South African manganese industry. *J Occup Rehabil* 2005; 15(2): 215-25.
 23. Taimela S, Negrini S, Paroli C. Functional rehabilitation of low back disorders. *Eura Medicophys* 2004; 40(1): 29-36.
 24. Scalzitti DA. Screening for psychological factors in patients with low back problems: Waddell's nonorganic signs. *Phys Ther* 1997; 77(3): 306-12.
 25. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25(9): 1148-56.
 26. Ackerman MD, Stevens MJ. Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. *J Clin Psychol* 1989; 45(2): 223-8.
 27. Quint U, Hasenburg H, Patsalis T, Franke GH. Psychological stress of inpatients with acute and chronic lumbar syndrome. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1998; 136(5): 444-50.
 28. Leroux I, Dionne CE, Bourbonnais R. Psychosocial job factors and the one-year evolution of back-related functional limitations. *Scand J Work Environ Health* 2004; 30(1): 47-55.
 29. Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* 2000; 85(1-2): 115-25.
 30. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 678-90.
 31. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
 32. Boothby J, Thorn BE, Stroud MW, Jensen MP. Coping with pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, Editors. *Psychosocial*

- Factors in Pain: Critical Perspective. New York, NY: Guilford Press; 1999. p. 343-59.
33. Smith CA, Wallston KA. Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: application of a general model. *Health Psychol* 1992; 11(3): 151-62.
 34. de RD, Schreurs K. Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clin Psychol Rev* 2001; 21(2): 205-40.
 35. Endler NS, Corace KM, Summerfeldt LJ, Johnson JM, Rothbart P. Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences* 2003; 34(2): 323-46.
 36. Terry DJ. Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66(5): 895-910.
 37. Bednar RL, Peterson SR. *Self-Esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. 2nd ed. Washington, DC: Amer Psychological Assn; 1995.
 38. Romano JM, Jensen MP, Turner JA. The Chronic Pain Coping Inventory-42: reliability and validity. *Pain* 2003; 104(1-2): 65-73.
 39. Tan G, Jensen MP, Robinson-Whelen S, Thornby JI, Monga TN. Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain* 2001; 90(1-2): 127-33.
 40. De Good DE, Tait RC. Assessment of pain beliefs and pain coping. In: Turk DC, Melzack R, Editors. *Handbook of Pain Assessment*. New York, NY: Taylor & Francis Group; 2001. p. 320-44.
 41. Carroll L, Mercado AC, Cassidy JD, Cjte P. A population-based study of factors associated with combinations of active and passive coping with neck and low back pain. *J Rehabil Med* 2002; 34(2): 67-72.
 42. Mercado AC, Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Coping with neck and low back pain in the general population. *Health Psychol* 2000; 19(4): 333-8.
 43. Soares JJ, Sundin O, Grossi G. The stress of musculoskeletal pain: a comparison between primary care patients in various ages. *J Psychosom Res* 2004; 56(3): 297-305.
 44. Tan G, Nguyen Q, Anderson KO, Jensen M, Thornby J. Further validation of the chronic pain coping inventory. *J Pain* 2005; 6(1): 29-40.
 45. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17(1): 33-44.
 46. Asghari Moghaddam MA, Golak N. The Roles of Pain Coping Strategies in Adjustment to Chronic Pain. *Daneshvar Raftar* 2005; 12(10): 1-22. [In Persian].
 47. Beck A, Steer R. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1989; 8(1): 7-100.
 48. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1983; 8(2): 141-4.
 49. Deyo RA. Comparative validity of the sickness impact profile and shorter scales for functional assessment in low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1986; 11(9): 951-4.
 50. Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, Editors. *Handbook of pain assessment*. New York, NY: Guilford Press; 1992.
 51. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain* 1989; 37(1): 51-6.
 52. Severijns R, Vlaeyen JW, Van Den Hout MA, Weber WE. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clin J Pain* 2001; 17(2): 165-72.
 53. Flor H, Turk DC. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *J Behav Med* 1988; 11(3): 251-65.
 54. Fernandez E, Turk DC. The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis. *Pain* 1989; 38(2): 123-35.
 55. Eccleston C. Role of psychology in pain management. *Br J Anaesth* 2001; 87(1): 144-52.
 56. Dozois DJ, Dobson KS, Wong M, Hughes D, Long A. Predictive utility of the CSQ in low back pain: individual vs. composite measures. *Pain* 1996; 66(2-3): 171-80.
 57. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85(3): 317-32.
 58. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain* 2001; 92(1-2): 41-51.
 59. Sullivan MJ, Rouse D, Bishop S, Johnston S. Thought Suppression, Catastrophizing, and Pain. *Cognitive Therapy and Research* 1997; 21(5): 555-68.

The relationship between coping strategies, depression, physical disability, and pain intensity in people with chronic back pain

Zeynab Azimi¹, Abbas Bakhshipour Roudsari²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Psychological factors have a pivotal role in the chronicity of diseases. Chronic pain may lead to depression and disabilities in patients, which may change their quality of life and life style. The aim of this study was to evaluate the relationship between coping strategies, depression, physical disability, and pain intensity in people with chronic back pain.

Methods and Materials: A sample of 70 patients, who had chronic back pain (age range between 19 to 64 years) and referred to Imam Reza Orthopedic Clinic in Arak, Iran, was selected. They answered the questionnaires of coping strategies, BDI-II (Beck), physical disability, and pain intensity rating scale. Data were analyzed by SPSS for Windows (version 17; SPSS Inc., Chicago, IL., USA) using regression analysis and correlation analysis.

Findings: Data analysis showed that catastrophizing (a coping strategy) has a direct correlation with depression, physical disability, and pain intensity ($P < 0.01$). The results also showed that depression was directly related to pain intensity and physical disabilities, and inversely related to coping efficacy ($P < 0.01$ in all cases). Moreover, physical disability was inversely related to ignoring the pain, reinterpretation of pain (in both cases $P < 0.01$), and controlling the pain ($P < 0.05$), and directly related to pain intensity ($P < 0.01$). Moreover, catastrophizing was inversely related to coping efficacy (in both cases $P < 0.01$).

Conclusions: The current study showed that the use of ineffective coping strategies, like catastrophizing, in problems such as chronic pain can worsen the conditions and have some negative consequences such as more depression, physical disability, and pain. Therefore, intervention and training of efficient coping strategies may lead to patients coping effectively with chronic pain.

Keywords: Chronic low back pain, Coping strategies, Depression, Physical disability, Pain intensity

Citation: Azimi Z, Bakhshipour Roudsari A. **The relationship between coping strategies, depression, physical disability, and pain intensity in people with chronic back pain.** J Res Behav Sci 2013; 10(7): 709-18

Received: 18.08.2012

Accepted: 31.12.2012

1- MSc. Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: zeinab.azimi1@yahoo.com

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran