

رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی

ایران داودی *، یدا... زرگر *، الهام مظفری پورسی سخت * * *، فریده نرگسی * * * *، کریم مولا * * * * *
* استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسؤول)
* * استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز
* * * کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز
* * * * کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز
* * * * * دانشیار گروه روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

مشخصات مقاله:

تاریخچه:
دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۱۵
تجدیدنظر: ۱۳۹۱/۳/۱۹
پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۸

کلیدواژه‌ها:

روماتیسم، شخصیت، حمایت اجتماعی، راهبرد مقابله، ناتوانی عملکرد.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش متغیرهای فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله و در پیش‌بینی ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی شهر اهواز بود.

روش: بدین منظور یک گروه ۱۵۱ نفری از بیماران مبتلا به روماتیسم با روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های مقیاس فاجعه‌سازی درد، مقیاس علائم اضطراب درد، خرده مقیاس روان رنجورخویی پرسشنامه شخصیتی آیزنک، خرده مقیاس حمایت اجتماعی مقیاس سنجش تأثیر آرتريت، پرسشنامه راهبردهای مقابله، مقیاس سنجش تأثیر آرتريت را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که متغیرهای پژوهش قادر به تبیین ۳۹٪ واریانس ناتوانی عملکرد بودند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که به ترتیب فاجعه‌سازی درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و یکی از راهبردهای مقابله‌ای در معادله باقی ماندند. این متغیرها جمعاً ۳۸٪ از واریانس ناتوانی عملکردی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش از نقش عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی وضعیت عملکردی در بیماران روماتیسمی حمایت می‌کند.

The Relationship between Pain Catastrophizing, Social Support, pain-related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic patients

I .Davoudi*, Y. Zargar** , E. Mozaffaripour*** , F. Nargesi**** , K. Molah****

* Assistant pro. of Psychology department, Chamran University of Ahvaz

** Assistant pro. of Psychology department, Chamran University of Ahvaz

*** MA. of Clinical Psychology, Chamran University of Ahvaz

**** MA. of Clinical Psychology department, Chamran University of Ahvaz

***** Associate pro. of Rheumatology department, Ahvaz Jundishapur University of Medical Science

P.O.B. Psychology department, Chamran University of Ahvaz, davoudi_i@scu.ac.ir

Abstract

Aim: The aim of present study was to investigate the relationship between the pain catastrophizing, pain-related anxiety, social support, coping strategies and neuroticism, with functional disability in Rheumatic patients, in Ahvaz-Iran.

Method: The sample Contained 151 participants who selected via available sample method and completed Pain Catastrophizing Scale (PCS), Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20), subscale of neuroticism from Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R) Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2), and Coping strategies Questionnaire. Functional status were assessed using the three-Factor Model of the Arthritis Impact Scale, 2nd ed., (AIMS2).

Results: The result of a multiple regression analysis showed that pain catastrophizing, pain-related anxiety, social support, coping strategies and neuroticism were able to explain 39% of the variance in the AIMS2. The result of multiple regression analysis with stepwise method indicated that pain catastrophizing, neuroticism, social support and one of coping strategies were variables that entered in the model, respectively. Thesesvariables accounted for 38% of the variance in functional disability.

Conclusion: The present results support the hypothesized role of psychosocial variables in predicting Functional status in Rheumatic patients.

Article Information:

History:

Receipt:2012/3/5

Revise: 2012/6/8

Acceptance: 2012/6/17

Keywords:

Rheumatic, Personality, Social support, Coping strategies, Functional.

مقدمه

عود و گاهی فروکش خود به خودی همراه هستند. هر دو جنس، همه سنین و گروه‌های نژادی امکان ابتلا دارند، اما بسیاری از این بیماری‌ها در زنان به مراتب شایع‌تر از مردان هستند (لارنس^۵، ۲۰۰۸).

بیماری‌های روماتیسمی بر جنبه‌های مختلفی از زندگی روزمره بیماران تأثیر می‌گذارند و منجر به صدماتی می‌شوند که باعث کاهش توانایی انجام بعضی از وظایف و فعالیت‌ها می‌شود. از جمله حوزه‌هایی که تحت تأثیر پیامدها و عوارض بیماری قرار می‌گیرند عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی و اختلال در عملکرد روان‌شناختی و هیجانی است که خود این اختلالات و ناتوانی‌ها در یک سیکل معیوب باعث افزایش ناتوانی در فرد مبتلا می‌شوند. درد فراوان‌ترین، آزار دهنده‌ترین و ناتوان کننده‌ترین علامت در بیماران مبتلا به استئوآرتریت، آرتریت روماتوئید، فیبرومیالژیا و سایر بیماری‌های عضلانی-اسکلتی و اصلی‌ترین علامت در بسیاری از بیماری‌های روماتیسمی است (ادواردز و همکاران، ۲۰۰۶). بیماران مبتلا به دردهای عضلانی-اسکلتی اغلب کاهش نامطلوبی در میزان فعالیت‌های روزمره خود گزارش می‌کنند که این تأثیر درد بر عملکرد به طور کلی به عنوان ناتوانی مطرح می‌شود (وربونت، هویجینن و کوک^۶، ۲۰۰۹). در بیشتر بیماری‌های همراه با درد مداوم، درد به عنوان آسیبی که در ناتوانی نقش دارد و به طور معنی‌داری بر عملکرد و کارایی اجتماعی و شغلی مؤثر است، مطرح شده است (سالیوان و لويسر^۷، ۱۹۹۲؛ به نقل از سالیوان و همکاران، ۲۰۰۱). در مجموع، شایع‌ترین علامت‌های مشترک در بیماری‌های روماتیسمی دردهای عضلانی و مفصلی، خستگی و آشفته‌گی‌های هیجانی است (ادواردز، بینگام، باتون و

بیماری‌های عضلانی-اسکلتی^۱ از جمله شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها در همه گروه‌های سنی و در جوامع مختلف و از جمله کشور ما به شمار می‌آیند که باعث ناتوانی، از کارافتادگی، بازنشستگی زودرس و از دست دادن شغل می‌شوند. بیماری‌های روماتیسمی^۲ جزء بیماری‌های عضلانی-اسکلتی محسوب می‌شوند که بخش مهمی از مراجعان پزشکان عمومی را تشکیل می‌دهند (وولف^۳، ۲۰۰۴). بیماری‌های روماتیسمی شامل انواع زیادی از بیماری‌ها، از جمله لوپوس اریتماتوی سیستمیک، نقرس، فیبرومیالژیا، آرتریت روماتوئید، کمردرد، استئوآرتریت، سندرم شوگرن، واسکولیت‌ها و روماتیسم غیرمفصلی است. استئوآرتریت، کمردرد، فیبرومیالژیا و آرتریت روماتوئید جزء شایع‌ترین بیماری‌های عضلانی-اسکلتی هستند. یک ششم از مراجعات بیماران به متخصصان بهداشتی، به علت مشکلات عضلانی-اسکلتی است. بسیاری از این بیماری‌ها جزء مشکلات مهم تشخیصی و درمانی به حساب می‌آیند و بسیاری از آنها به سیستم‌های عضوی دیگر گسترش می‌یابند. در بیماری‌های روماتیسمی اندام‌های مختلفی مانند پوست، مخاط، ریه، قلب و عروق، دستگاه گوارش، کلیه و مفاصل ممکن است درگیر شوند. هیچ کدام از درمان‌های دارویی و طبی این بیماری را درمان نمی‌کنند و تاکنون درمان قطعی برای بیماری‌های روماتولوژیک شناخته نشده است (هاريسون^۴، ۲۰۰۵، ترجمه مهدی منتظری، ۱۳۸۴). بنابراین، تمرکز اصلی بر کاهش علائم و نگهداری و حفظ وضعیت عملکردی بیماران است. این بیماری‌ها ماهیت مزمن دارند و اغلب با

5. Lawrence
6. Verbunt, Huijnen & Köke
7. Sullivan & Loeser

1. Musculoskeletal disease
2. Rheumatologic disease
3. wolf
4. Harison

هیثورنثویت^۸، ۲۰۰۶). در پژوهش‌های مختلف مشاهده شده است که بیماری‌های روماتیسمی اغلب با شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی و پریشانی‌های روان‌شناختی همراه هستند (کوجیما^۹ و همکاران، ۲۰۰۹).

علت ایجاد این بیماری‌ها ناشناخته است. مطالعات نشان داده‌اند که شناخت‌های فاجعه‌ساز درد و اجتناب از فعالیت و در بیماران مبتلا به درد مزمن با پیامدهای بعدی درد (مثل ناتوانی و اختلال عملکرد جسمانی و هیجانی) مرتبط است (ولاین و لیتون^{۱۰}، ۲۰۰۰؛ به نقل از اورز، کرایمات، گین، جاکوبز^{۱۱} و بیجولسما، ۲۰۰۳). واکنش‌های شناختی ترس، یعنی باورهای فاجعه‌سازی درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب خود، درد و ناتوانی را در فرد تشدید می‌کند (اورز و همکاران، ۲۰۰۳).

یک حوزه جدید از پژوهش‌های مرتبط با درد مزمن ترس از درد است. اغلب مطالعات دریافته‌اند که اضطراب بر درد تأثیرگذار است، اگرچه بیشتر پژوهش‌های درد و اضطراب بر دردهای حاد متمرکز شده‌اند (استرال، کلاینکنت و دینل^{۱۲}، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها اضطراب مرتبط با درد^{۱۳} را نیز به عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرهای سهیم در ایجاد و باقی ماندن دردهای عضلانی-اسکلتی مطرح می‌کنند (اسموندسون، ولاین و کرومبز^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ به نقل از کارلتون، ابرامز، اسموندسون، آنتونی و مک‌کیب^{۱۵}، ۲۰۰۹).
سازه دیگری که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده‌ای مثل بیماری‌های روماتیسمی، پیش‌بینی-

کننده سطح درد و آسیب در عملکردهای مختلف و ناتوانی است، راهبردهای مقابله‌ای است. در دهه‌های اخیر به طور فزاینده‌ای آگاهی درمانگران و پژوهشگران نسبت به تأثیرات بالقوه ارزیابی‌ها و روش‌های مقابله بر عملکرد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است و این شناخت تا حدی با رشد تحقیقاتی که ارتباط قوی بین واکنش‌های مقابله‌ای را با شدت درد، تندرستی روان‌شناختی و عملکرد جسمانی نشان داده‌اند، تقویت شده است (تان، جنسن، رابینسن-ولن، ثورن‌بای و مونگا^{۱۶}، ۲۰۰۱). بیماران از راهبردهای گوناگونی برای مقابله با مشکلاتشان استفاده می‌کنند و تفاوت بیماران در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای، تبیین‌کننده تفاوت‌های بین آنها در انطباق و سازگاری است (دیسویک، ناتویج، ایکلند و لیدستروم^{۱۷}، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از مباحث پژوهشی در روان‌شناسی سلامت، ویژگی‌های شخصیتی بیماران است. در پژوهش‌ها مشاهده شده است که سطوح بالاتر روان‌رنجورخویی با مسایل و مشکلات عضلانی-اسکلتی مرتبط بوده است (اوران و رایچن برگ^{۱۸}، ۲۰۰۳). اگرچه وابسته‌های روان‌شناختی-اجتماعی و روان‌پزشکی روان‌رنجورخویی در جمعیت کلی در مطالعات زیادی بررسی شده است، اما به اثرات آن بر سلامت جسمانی توجه نسبتاً کمی شده است (گودوین، کوكس و کلارا^{۱۹}، ۲۰۰۶). این مطلب نشان دهنده اهمیت توجه و بررسی این متغیر شخصیتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی از جمله بیماری‌های عضلانی اسکلتی است.

گذشته از عوامل شناختی-رفتاری، منابع اجتماعی مثل

16. Tan, Robinson-Whelen, Thornby & Monga
17. Dysvik, Natvig, Eikeland & Lindstrom
18. Oron & Reichenberg
19. Goodwin, Cox & Clara

8. Edwards, Bingham, Bathon & Haythornthwaite
9. Kojima
10. Vlaeyen & Linton
11. Jacobs
12. Strahl, Kleinknecht & Dinnel
13. Pain-related anxiety
14. Asmundson & Crombez
15. Carleton, Abrams, Antony & McCabe

شاید جلوگیری از عوارض و پیامدهای بلندمدت نامطلوب در بیماران بسیار ارزشمند باشد (اورز و همکاران، ۱۹۹۸). تحقیق حاضر در پی بررسی این مسئله است که آیا بین متغیرهای فاجعه‌سازی درد، حمایت اجتماعی، اضطراب درد، راهبردهای مقابله با درد و روان رنجورخویی با ناتوانی عملکرد در بیماران روماتیسمی شهر اهواز رابطه وجود دارد.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به روماتیسم بود که طی پاییز و زمستان (آذر تا اسفند) سال ۱۳۸۸ به مطب متخصصین روماتولوژی شهر اهواز مراجعه کردند. با توجه به دشوار بودن روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در این بیماران و به دلیل مشکلاتی مثل در دسترس نبودن یک فهرست از تمام بیماران روماتیسمی مراجعه‌کننده به مطب‌ها، در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس برای پر کردن پرسشنامه‌ها استفاده شد. بدین صورت که طی ماه‌های آذر تا اواسط اسفند ماه ۱۳۸۸ به مطب سه پزشک فوق تخصص روماتولوژی موجود در شهر اهواز به طور روزانه مراجعه می‌شد و به تمامی بیمارانی که طی ساعت‌های حضور پژوهشگر، به مطب مراجعه می‌کردند و ملاک‌های مورد نظر در این پژوهش را داشتند پرسشنامه‌ها ارائه می‌شد. تمام افراد داوطلب برای پر کردن پرسشنامه‌ها بیماران سرپایی بودند و هیچ کدام از آنها در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها در بیمارستان بستری نبودند. ملاک‌هایی که طبق آنها پرسشنامه به افراد داده می‌شد عبارت بودند از: سن بالاتر از ۱۶ سال و کمتر از ۶۰ سال، داشتن سواد حداقل راهنمایی، تشخیص ابتلای فرد به روماتیسم توسط یک روماتولوژیست و حذف افرادی که علی‌رغم داشتن مشکلات عضلانی - اسکلتی هنوز

شبکه‌های اجتماعی و دریافت حمایت از سوی افراد نزدیک نیز بر پیامدها و عوارض بلندمدت درد مزمن تأثیر می‌گذارد و می‌تواند مانع اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی و جسمی شود، که این اجتناب بر ناتوانی عملکرد و درد در افراد مبتلا به بیماری مزمن تأثیر زیادی دارند. مشاهده شده است که عده‌ای از بیماران مبتلا به بیماری‌های نسبتاً شدید، از نظر اجتماعی و روان‌شناختی انطباق و سازگاری خوبی یافته‌اند، در حالی که افرادی که در شرایط مشابه آنها هستند و سیر بیماری خوش‌خیم‌تر و ملایم‌تری دارند از نظر سلامت روان ممکن است مسائل و مشکلات جدی‌تری داشته باشند که نیازمند درمان باشد (کیف و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از اورز و همکاران، ۲۰۰۳).

علی‌رغم شیوع بیماری‌های روماتیسمی در ایران، نقش عوامل روان‌شناختی- اجتماعی در این بیماران به ندرت مورد توجه پژوهشی و درمانی قرار گرفته است، این نکته به خصوص از این نظر قابل توجه است که حتی در بیمارانی که یافته‌های بالینی و نتایج آزمایش‌های تشخیصی آنها ظاهراً با هم مشابه است اما این افراد به طور قابل ملاحظه‌ای از نظر میزان بدکاری یا ناتوانی جسمانی و روان‌شناختی با هم متفاوت هستند (تورنر، جنسن و رومانو^{۲۰}، ۲۰۰۳). شواهد تجربی نیز نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی نسبت به شاخص‌های مرتبط با بیماری ارتباط قوی‌تری با ناتوانی دارند (شارپ^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۱). از طرفی چنان که گفته شد، برای این بیماری‌ها یک درمان قطعی وجود ندارد و تمرکز اصلی بر کاهش علائم و نگهداری و حفظ وضعیت عملکردی است. بنابراین، شناسایی سازوکارهایی که بر سیر و پیشرفت ناتوانی در مراحل اولیه بیماری مؤثر هستند، می‌تواند در پیش‌بینی و

20. Turner & Romano

21. Sharpe

۵۷ ماده اول به ۱۲ مقیاس تقسیم می‌شود (مینان و همکاران، ۱۹۹۲). علاوه بر این پرسشنامه AIMS2 دارای یک مقیاس ۱۲ ماده‌ای برای سنجش میزان رضایت‌مندی کلی بیمار از هر کدام از حیطه‌های سلامتی است که توسط خرده مقیاس‌های دوازده‌گانه آن سنجیده می‌شود. به این صورت که برای هر مقیاس AIMS2 یک سؤال در این مقیاس ۱۲ ماده‌ای وجود دارد که میزان رضایت کلی فرد را از یک حیطه سلامتی (مانند مؤلفه جسمانی) مورد پرسش قرار می‌دهد. مقیاس‌های AIMS2 با یک سبک مشابه نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس‌ها بسته به تعداد ماده‌ها بین ۲۵-۵ و در بعضی مقیاس‌ها بین ۲۰-۴ است. بیجولسما و همکاران در سال ۱۹۹۸ در یک نمونه ۳۳۷ نفری از بیماران پایایی AIMS2 را با استفاده از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ارزیابی کرده و آلفای کرونباخ مقیاس‌ها بین ۰/۹۱ تا ۰/۶۵ به دست آمد. آنها همچنین پایایی بازآزمایی AIMS2 را در یک گروه نمونه ۶۷ نفری از بیماران در دو نوبت با فاصله زمانی یک ماه محاسبه کردند و ضریب همبستگی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ به دست آمد. در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه AIMS2 در یک گروه نمونه ۲۳۰ نفری از بیماران مبتلا به استئوآرتریت بررسی کرده و پایایی مقیاس‌های این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ به دست آوردند. همچنین پایایی بازآزمایی AIMS2 در این پژوهش بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ به دست آمده است که نشان‌دهنده یک پایایی بازآزمایی عالی است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های سنجش تأثیر آرتریت (AIMS2) بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ به دست آمده است که نشان‌دهنده یک پایایی قابل قبول است. موسوی و همکاران در سال ۲۰۰۹ با استفاده از روایی همگرا، همبستگی مقیاس AIMS2 را با نمرات SF-36 و معیارهای بالینی

تشخیصی دریافت نکرده بودند و داشتن دردهای مفصلی شدید که مانع تمرکز و تکمیل پرسشنامه توسط فرد شود یا بی‌حوصله بودن بیمار و نداشتن یک محدودیت جسمانی از جمله مشکلات بینایی و یا همراه نداشتن عینک (با توجه به اینکه تعداد زیادی از این بیماران به دلیل عوارض جانبی داروهایی که برای کنترل بیماری مصرف می‌کنند یا بنا به این دلیل که بسیاری از بیماری‌های عضلانی-اسکلتی به سایر سیستم‌های عضوی از جمله چشم گسترش می‌یابند، با مشکلات بینایی مواجه می‌شوند). همچنین از ویژگی‌ها و مشخصات فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و مدت بیماری نیز پرسش به عمل آمد. از بین بیمارانی که طی این مدت و در زمان حضور محققان مراجعه کرده بودند، تعداد ۲۱۰ پرسشنامه به افرادی که ملاک‌های ذکر شده را داشته و داوطلب همکاری شده بودند، داده شد. در نهایت، با حذف پرسشنامه‌های ناقص، تعداد ۱۵۱ پرسشنامه جهت بررسی و آزمون فرضیه‌های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش: ۱. مقیاس سنجش تأثیر آرتریت: ویرایش اول مقیاس سنجش تأثیر آرتریت^{۲۲} (AIMS) یکی از اولین پرسشنامه‌هایی است که به طور خاص با هدف ارزیابی وضعیت سلامتی و عملکردی در بیماران مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی، توسط مینان و همکاران در سال ۱۹۸۰ ساخته شد. این پرسشنامه با یک رویکرد چندبعدی، به بررسی وضعیت تندرستی در بیماران مبتلا به روماتیسم می‌پردازد. ابعادی که این پرسشنامه می‌سنجد شامل ابعاد جسمانی، اجتماعی و شناختی و با تأکید بیشتر بر سنجش عملکرد جسمانی است. این پرسشنامه خوداجرایی و دارای ۷۸ ماده است که

مایلر، اسپروت و مانون در سال ۲۰۰۸ انجام شد میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۸، بزرگ‌نمایی ۰/۶۷، درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس PCS در یک گروه نمونه ۱۰۰ نفری از بیماران مبتلا به بیماری‌های عضلانی - اسکلتی با فاصله زمانی ۲۱ روز، برای کل مقیاس ۰/۸۰ $r =$ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ تأیید شد (مایلر و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران، این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش حاضر ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. ضریب همبستگی PCS و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک محاسبه شد و همبستگی مثبت و معنی‌داری ($r = ۰/۴۶$) بین نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمد ($p < ۰/۰۱$).

۳. مقیاس علائم اضطراب درد: مقیاس علائم اضطراب درد^{۲۴} یک ابزار خودگزارشی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک‌کراکن و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. PASS علائم اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می‌کند و شامل چهار زیر مقیاس علائم اضطراب شناختی مرتبط با تجربه درد، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد است (استرال و همکاران، ۲۰۰۰). فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۰ ماده بوده و توسط مک‌کراکن و دینگرا در سال ۲۰۰۲ و براساس مقیاس اصلی (PASS-40) ساخته شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فرم کوتاه اقتباس خوبی از فرم اصلی مقیاس است. همبستگی متقابل بین دو فرم کوتاه و بلند این مقیاس ۰/۹۵ به دست آمده است (رولفر، مک‌کراکن،

مثل درد، خشکی مفاصل و ارزیابی درمانگران از شدت بیماری بررسی کردند. مؤلفه جسمانی بالاترین همبستگی را با درد مفاصل ۰/۷۱، و پایین‌ترین با وظایف خانه ۰/۲۷- و خلق ۰/۳۹- به دست آمد. در مؤلفه روانی SF-36 بالاترین همبستگی با نمرات خلق ۰/۴۹- به دست آمد (موسوی و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه AIMS2 با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی هر کدام از خرده مقیاس‌های AIMS2 با نمره ماده مربوطه در بخش رضایت‌مندی از حوزه‌های مختلف وضعیت سلامتی که در انتهای آزمون آورده می‌شود، سنجیده شد و ضرایب همبستگی بین ۰/۵۷ تا ۰/۴۶ به دست آمد.

۲. مقیاس فاجعه‌سازی درد (PCS): مقیاس فاجعه‌سازی درد^{۲۳} توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه‌آمیز فرد ساخته شد. این پرسشنامه خوداجرائی بوده و از ۱۳ ماده تشکیل شده است و حداقل به ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد. مقیاس PCS برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه‌سازی بر تجربه درد، ساخته شده است. تحلیل عوامل نشان داده که شامل زیر مقیاس‌های نشخوار یا اندیشناکی، بزرگ‌نمایی یا اغراق‌آمیز کردن و درماندگی است. این سه مؤلفه افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی می‌کنند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که یک عدد از ۰ (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) را برای توصیف فراوانی ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب کنند. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کمتر بوده و با درد، ناتوانی و وضعیت استخدامی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی مرتبط است. در پژوهشی که توسط

پیترز، کرومیز، فون بروکلن^{۲۵}، ۲۰۰۴). دامنه نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنی‌ها باید در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال‌های این مقیاس پاسخ دهند. یک نمره کلی و چهار نمره برای خرده مقیاس به دست می‌آید که نمره کلی عموماً با جنبه‌های زیادی از عملکرد بیماران مرتبط است و چهار خرده مقیاس نیز در پیش‌بینی جنبه‌های متفاوت عملکرد بیماران مفید است. زیر مقیاس‌های فرم کوتاه مقیاس علائم اضطراب درد شامل اجتناب، ارزیابی ترسناک، اضطراب شناختی و واکنش فیزیولوژیک است. در پژوهشی که توسط مک‌کراکن و دینگرا در سال ۲۰۰۲ انجام شد همسانی درونی PASS-20 با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $\alpha = 0.91$ و در زیر مقیاس اجتناب $\alpha = 0.75$ ، ارزیابی ترسناک $\alpha = 0.82$ ، اضطراب جسمانی $\alpha = 0.81$ و در اضطراب شناختی $\alpha = 0.86$ محاسبه شده است. در ایران، این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش حاضر ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر یک گروه نمونه ۵۰ نفری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن روماتیسمی محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس اضطراب درد 0.88 و برای زیر مقیاس‌ها بین 0.64 تا 0.87 به دست آمده است که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول مقیاس PASS-20 در پژوهش حاضر است. در پژوهش مک‌کراکن و دینگرا در سال ۲۰۰۲ همبستگی بین نمره کل مقیاس PASS-20 و افسردگی بک $r = 0.63$ به دست آمد. همچنین در این پژوهش همبستگی این مقیاس با ناتوانی جسمانی و ناتوانی روان‌شناختی نیز بررسی شد و ضریب همبستگی برای ناتوانی جسمانی $r = 0.44$ و برای ناتوانی روان‌شناختی $r = 0.59$ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب

همبستگی مقیاس علائم اضطراب درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک محاسبه شد و همبستگی مثبت و معنی‌داری ($r = 0.49$) بین نمره کل مقیاس علائم اضطراب درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمد ($p < 0.01$).
 ۴. مقیاس روان رنجورخویی آیزنک (EPQ-R): روان رنجورخویی با استفاده از مقیاس روان رنجورخویی از فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ-R) سنجیده شد. این پرسشنامه با هدف سنجش ابعاد اصلی شخصیت توسط آیزنک و آیزنک در سال ۱۹۸۵ ساخته شده و دارای ۶ خرده مقیاس برون‌گرایی- درون‌گرایی، روان‌پریشی، روان رنجورخویی، جرم‌جویی، گرایش به اعتیاد، گرایش به تحریف است (کاوینانی، پورناصح و موسوی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر فقط از مقیاس روان رنجورخویی استفاده شده است. مقیاس روان رنجورخویی NEO و مقیاس روان رنجورخویی آیزنک با هم مشابه هستند و بین این دو مقیاس همبستگی قدرتمندی به دست آمده است (اورمل، روزمالن و فارمر^{۲۶}، ۲۰۰۴). در ایران این پرسشنامه توسط کاوینانی و همکاران در سال ۱۳۸۴ بر ۱۲۱۲ آزمودنی هنجاریابی و اعتبارسنجی شده و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای هر کدام از مقیاس‌ها به ترتیب برون‌گرایی- درون‌گرایی 0.79 ، روان‌پریشی‌گرایی 0.76 ، روان رنجورخویی 0.86 ، گرایش به اعتیاد 0.74 ، جرم‌جویی 0.75 و گرایش به تحریف 0.71 به دست آمده است. همچنین ضریب بازآزمایی برای هر کدام از مقیاس‌ها به ترتیب برون‌گرایی- درون‌گرایی 0.88 ، روان‌پریشی‌گرایی 0.76 ، روان رنجورخویی 0.88 ، گرایش به اعتیاد 0.93 ، جرم‌جویی 0.93 و گرایش به تحریف 0.95 به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بر نمونه‌ای ۵۰

نمونه ۲۳۰ نفری از بیماران بررسی شده و پایایی مقیاس-های این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. در پژوهش مذکور، پایایی مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۷۸ محاسبه شده است. همچنین در این پژوهش برای مقیاس حمایت اجتماعی پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آمده است که نشان‌دهنده یک پایایی بازآزمایی خوب است. در پژوهش حاضر، پایایی خرده مقیاس حمایت اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تأیید شد. در پژوهش موسوی و همکاران بررسی روایی پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی خرده مقیاس حمایت اجتماعی با مؤلفه روانی (SF-36) برابر با $r = -0.38$ به دست آمد. پرسشنامه AIMS2 دارای یک مقیاس ۱۲ ماده‌ای برای سنجش میزان رضایت‌مندی کلی بیمار از هر کدام از حیطه‌های سلامتی است که توسط خرده مقیاس‌های دوازده‌گانه آن سنجیده می‌شود. به این صورت که برای هر مقیاس AIMS2 یک سؤال در این مقیاس ۱۲ ماده‌ای وجود دارد که میزان رضایت کلی فرد را از یک حیطه سلامتی مورد پرسش قرار می‌دهد در پژوهش حاضر روایی مقیاس حمایت اجتماعی با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی این مقیاس با ماده مربوط به نمره رضایت‌مندی از وضعیت حمایت اجتماعی در مقیاس سنجش میزان رضایت‌مندی کلی سنجیده شد و ضریب همبستگی به دست آمده برابر با $r = 0.52$ بود $(p > 0.01)$.

۶. پرسشنامه راهبردهای مقابله: پرسشنامه راهبردهای مقابله^{۲۸} (CSQ) در سال ۱۹۸۳ توسط روزنشتاین و کیف ساخته شده و دارای ۴۲ ماده است که راهبردهای مقابله با درد را مورد سنجش قرار می‌دهد. CSQ شامل ۶ راهبرد

نفری محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس روان رنجورخویی آیزنک (EPQ-R) برابر با ۰/۸۴ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبولی است. کویانی و همکاران برای بررسی روایی مقیاس‌های شش‌گانه EPQ-R همبستگی نمره مقیاس‌ها و میانگین ارزیابی کمی ارزیاب‌ها (مصاحبه) را محاسبه کردند و ضریب همبستگی برون‌گرایی-درون‌گرایی ۰/۸۴، روان‌پریشی-گرایی ۰/۷۵، روان رنجورخویی ۰/۷۳، گرایش به اعتیاد ۰/۷۰، جرم جویی ۰/۶۸ و گرایش به تحریف ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز روایی ملاکی این مقیاس با استفاده از مقیاس روان رنجورخویی NEO بر گروه نمونه‌ای از بیماران روماتیسمی بررسی شد و ضریب همبستگی نشان‌دهنده وجود همبستگی مثبت $(r = 0.52)$ و معنی‌دار بین نمره کل مقیاس روان رنجورخویی آیزنک و خرده مقیاس روان رنجورخویی NEO بود $(p > 0.01)$.

۵. مقیاس حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی با استفاده از خرده مقیاس حمایت اجتماعی^{۲۷} پرسشنامه مقیاس‌های سنجش تأثیر آرتريت (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵) سنجیده شد. مقیاس حمایت اجتماعی این پرسشنامه دارای ۴ ماده است و به سؤالات آن در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (همیشه، اغلب مواقع، بعضی اوقات، و...) پاسخ داده می‌شود.

اورز و همکاران در سال ۱۹۹۸ ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه AIMS2 را در یک نمونه ۳۳۷ نفری از بیماران بررسی کرده و پایایی مقیاس حمایت اجتماعی این پرسشنامه با استفاده از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی خوبی است. همچنین در پژوهش موسوی و همکاران سال ۲۰۰۹، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه AIMS2 در یک گروه

شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد، فاجعه‌سازی، دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) است. هر یک از راهبردهای مقابله از ۶ عبارت تشکیل شده است؛ از آزمودنی خواسته می‌شود که با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه حد از هر کدام از راهبردها استفاده کرده است. نمره‌های ۶ عبارت با هم جمع شده یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد به دست می‌آید که بین صفر تا ۳۶ می‌تواند متغیر باشد. نمره بالاتر در هر راهبرد مقابله معرف استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مواجهه با درد مزمن است. علاوه بر این، پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس است که توانایی کنترل و توانایی کاهش درد با استفاده از راهبردهای به کار گرفته شده را می‌سنجند. در پژوهش حاضر زیر مقیاس فاجعه‌سازی این پرسشنامه استفاده نخواهد شد. در بعضی از پژوهش‌ها این راهبردهای مقابله را به فعالانه و منفعلانه طبقه‌بندی می‌کنند که راهبردهای فعالانه پرسشنامه CSQ شامل گفتگو با خود، توجه برگردانی، نادیده گرفتن درد، افزایش فعالیت رفتاری و راهبردهای منفعلانه پرسشنامه CSQ شامل تفسیر مجدد درد و دعا و امیدواری هستند (کوئیک، تاپسون، اسپنسر و هاو، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر برای سنجش فاجعه‌سازی درد از یک پرسشنامه جداگانه استفاده شده است. در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه توسط اصغری مقدم و گلک در سال ۱۳۸۴ بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای هر کدام از راهبردها به ترتیب توجه برگردانی $\alpha = 0/82$ ، تفسیر مجدد درد $\alpha = 0/77$ ، گفتگو با خود $\alpha = 0/82$ ، نادیده گرفتن درد $\alpha = 0/83$ ، دعا و امیدواری $\alpha = 0/74$ ، افزایش

فعالیت رفتاری $\alpha = 0/75$ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه، در یک گروه نمونه ۵۰ نفری، با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ راهبردهای مقابله برای توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد، افزایش فعالیت رفتاری، بین $0/80$ تا $0/88$ و برای راهبرد مقابله دعا و امیدواری $0/63$ به دست آمد. در پژوهش اصغری مقدم و گلک همبستگی بین راهبردهای مقابله با افسردگی و ناتوانی جسمی و شدت درد محاسبه شد و در تحلیل‌ها همبستگی گفتگو با خود با ناتوانی جسمانی $0/19 - (p < 0/01)$ و با افسردگی ضریب همبستگی $0/46 - (p < 0/001)$ به دست آمد. بین نادیده گرفتن درد با ناتوانی جسمانی ضریب همبستگی $0/23 - (p < 0/01)$ و با افسردگی ضریب همبستگی $0/47 - (p < 0/001)$ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضرایب روایی همزمان مقیاس پرسشنامه راهبردهای مقابله و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمد. در راهبردهای توجه برگردانی، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد نشان‌دهنده همبستگی منفی و معنی‌دار بین $0/49 -$ تا $0/38 -$ در سطح معنی‌داری $(p < 0/01)$ و در راهبردهای تفسیر مجدد درد، دعا و امیدواری و افزایش فعالیت رفتاری درد نشان‌دهنده همبستگی منفی و معنی‌دار بین $0/43 -$ تا $0/34 -$ با سطح معنی‌داری $(p < 0/05)$ در پژوهش حاضر بود.

یافته‌ها

جدول ۱ نتایج مربوط به میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌ها در متغیرهای ناتوانی عملکردی، فاجعه‌سازی درد، حمایت اجتماعی، اضطراب درد، روان رنجورخویی و راهبردهای مقابله‌ای را نشان می‌دهد.

شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد، فاجعه‌سازی، دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) است. هر یک از راهبردهای مقابله از ۶ عبارت تشکیل شده است؛ از آزمودنی خواسته می‌شود که با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه حد از هر کدام از راهبردها استفاده کرده است. نمره‌های ۶ عبارت با هم جمع شده یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد به دست می‌آید که بین صفر تا ۳۶ می‌تواند متغیر باشد. نمره بالاتر در هر راهبرد مقابله معرف استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مواجهه با درد مزمن است. علاوه بر این، پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس است که توانایی کنترل و توانایی کاهش درد با استفاده از راهبردهای به کار گرفته شده را می‌سنجند. در پژوهش حاضر زیر مقیاس فاجعه‌سازی این پرسشنامه استفاده نخواهد شد. در بعضی از پژوهش‌ها این راهبردهای مقابله را به فعالانه و منفعلانه طبقه‌بندی می‌کنند که راهبردهای فعالانه پرسشنامه CSQ شامل گفتگو با خود، توجه برگردانی، نادیده گرفتن درد، افزایش فعالیت رفتاری و راهبردهای منفعلانه پرسشنامه CSQ شامل تفسیر مجدد درد و دعا و امیدواری هستند (کوئیک، تاپسون، اسپنسر و هاو، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر برای سنجش فاجعه‌سازی درد از یک پرسشنامه جداگانه استفاده شده است. در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه توسط اصغری مقدم و گلک در سال ۱۳۸۴ بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای هر کدام از راهبردها به ترتیب توجه برگردانی $\alpha = 0/82$ ، تفسیر مجدد درد $\alpha = 0/77$ ، گفتگو با خود $\alpha = 0/82$ ، نادیده گرفتن درد $\alpha = 0/83$ ، دعا و امیدواری $\alpha = 0/74$ ، افزایش

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌ها در متغیرهای پژوهش

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | کمترین نمره | بیشترین نمره |
|----------------------|---------|--------------|-------------|--------------|
| ناتوانی عملکرد | ۱۱/۵۲ | ۳/۸۴ | ۳/۱۲ | ۲۲/۴۲ |
| فاجعه‌سازی درد | ۲۴/۹۳ | ۱۱/۹۲ | ۰ | ۵۲ |
| اضطراب درد | ۴۶/۴۰ | ۲۰/۶۸ | ۳ | ۹۵ |
| روان رنجورخویی | ۱۲/۷۷ | ۴/۷۰ | ۰ | ۲۳ |
| حمایت اجتماعی | ۲/۰۱ | ۱/۸۸ | ۰ | ۹ |
| توجه برگردانی | ۱۹/۰۹ | ۷/۸۳ | ۰ | ۳۶ |
| تفسیر مجدد درد | ۱۴/۵۹ | ۸/۹۸ | ۰ | ۳۶ |
| گفتگو با خود | ۲۴/۵۰ | ۸/۴۱ | ۰ | ۳۶ |
| نادیده گرفتن درد | ۱۸/۰۹ | ۹/۳۱ | ۰ | ۳۶ |
| دعا و امیدواری | ۲۸/۴۹ | ۵/۷۹ | ۳ | ۳۶ |
| افزایش فعالیت رفتاری | ۱۹/۸۷ | ۶/۷۲ | ۰ | ۳۶ |

راهبردهای مقابله

نیز بر داده‌ها انجام گرفت. جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان-رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به رماتیسم در شهر اهواز را با روش گام به گام نشان می‌دهد.

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. در ابتدا یک رگرسیون به روش ورود انجام شد که نتایج ($f=9.2, p<0.001, R=0.63$)، $R^2=0.39$ حاکی از رابطه چندگانه معنی‌دار متغیرها با ناتوانی عملکردی است. سپس برای تعیین قوی‌ترین پیش-بین‌های ناتوانی عملکردی یک رگرسیون به روش گام به گام

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی با روش گام به گام

| متغیرهای پیش‌بین | شاخص‌های آماری | | | ضرایب همبستگی | | | |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------------|---------------|------|------|------|
| | R | R ² | F | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
| فاجعه‌سازی درد | ۰/۵۰ | ۰/۲۵ | ۵۱/۳۳ $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۱۶ | ۰/۵۰ | ۰/۱۶ | ۰/۱۶ |
| روان رنجورخویی | ۰/۵۶ | ۰/۳۱ | ۳۴/۲۲ $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۱۰ | ۰/۲۴ | ۰/۳۰ | ۰/۳۰ |
| حمایت اجتماعی | ۰/۵۹ | ۰/۳۵ | ۲۷/۴۳ $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۱۱ | ۰/۲۲ | ۰/۲۷ | ۰/۲۷ |
| راهبرد تفسیر مجدد درد | ۰/۶۱ | ۰/۳۸ | ۲۲/۴۷ $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۱۲ | ۰/۲۲ | ۰/۲۷ | ۰/۲۷ |

ناتوانی عملکرد

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، با روش گام به گام متغیرهای فاجعه سازی درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله تفسیر مجدد درد به ترتیب قوی ترین پیش بینی کننده نمره ناتوانی عملکردی هستند ($F=22/47$ و $P<0/001$) و در کل ۳۸ درصد واریانس ناتوانی عملکردی را پیش بینی می کنند. اضطراب درد و برخی راهبردهای مقابله ای شامل، توجه برگردانی، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد، دعا و امیدواری و افزایش فعالیت رفتاری وارد معادله نشده و از تحلیل حذف شده اند.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که نتایج نشان داد بین متغیرهای فاجعه سازی درد، حمایت اجتماعی، اضطراب درد، راهبردهای مقابله و روان رنجورخویی با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی رابطه چندگانه ای وجود دارد. ضریب رگرسیون چندگانه حاصل از رگرسیون با روش ورود بین متغیرهای ناتوانی عملکردی متغیرهای فاجعه سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی ۶۲٪ به دست آمده است و این متغیرها در کل ۳۹ درصد از واریانس ناتوانی عملکردی را تبیین می کنند. متغیرهای فاجعه سازی درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی، راهبرد مقابله و تفسیر مجدد درد به ترتیب قوی ترین پیش بینی کننده ناتوانی عملکردی بودند و در کل ۳۸ درصد ($F=22/47$ و $P<0/001$) واریانس ناتوانی عملکردی را پیش بینی کردند.

بیماری های مزمن می توانند فرد را با چالش ها و تهدیدی هایی از جمله درد، بدشکلی، تخریب و صدمه رساندن به عملکرد جسمانی، تهدید زندگی و تغییر در دورنمای آینده مواجه سازند (دیویس و بینک، ۱۹۹۶؛ به نقل از بیچاپ، و همکاران، ۲۰۰۴). بیماری های روماتیسمی، بر جنبه های مختلفی از زندگی روزمره بیماران تأثیر می گذارند و منجر به صدماتی می شوند که باعث کاهش توانایی انجام بعضی از وظایف و فعالیت ها می شود. شواهد تجربی نشان داده اند که عوامل روان شناختی نسبت به شاخص های مرتبط با بیماری

ارتباط قوی تری با ناتوانی دارند (شارپ و همکاران، ۲۰۰۱). فاجعه سازی درد می تواند یک عامل خطر ساز برای درد مزمن و ناتوانی باشد (دراهوژال و همکاران، ۲۰۰۶). بعضی پژوهش ها همچنین این فرضیه را که فاجعه سازی از طریق تأثیر بر فرآیندهای توجه، درد را بدتر می کند را بررسی کرده اند. به عبارتی دیگر، میزان بالای فاجعه سازی می تواند در افراد به توجه انتخابی و شدید به محرک مرتبط با درد منجر شود. فاجعه سازها نسبت به غیر فاجعه سازها برای کنترل یا فرونشانی افکار مرتبط با درد سختی و مشکل بیشتری را تجربه می کنند، آنها درباره دردها بیشتر نشخوار فکری می کنند و عملکرد جسمانی و شناختی آنها بیشتر توسط انتظار درد آشفته می شود (گوپرت و همکاران، ۲۰۰۴).

پژوهش های پیشین نیز ارتباط اضطراب مرتبط با درد و ناتوانی را نشان داده اند (اسموندسون و لارسن، ۲۰۰۰؛ کرومب و همکاران، ۱۹۹۹؛ مک کراکن و همکاران، ۱۹۹۳؛ ودال و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از کارلتون و همکاران، ۲۰۰۹). اگر درد به عنوان تهدید کننده تفسیر شود، از طریق فرآیند شناختی فاجعه سازی، ترس مرتبط با درد تشکیل می گیرد. این منجر به رفتار اجتنابی و گوش به زنگی نسبت به احساسات بدنی و درد می شود که یک الگوی مزمن و همیشگی از ناتوانی، عدم استفاده از اندام دردمند و افسردگی تداوم می یابد. افسردگی و عدم استفاده از اندام با کاهش تحمل درد و در نتیجه افزایش تجربه دردناک مرتبط هستند و چرخه ترس و اجتناب را تشدید می کنند (رولفز و همکاران، ۲۰۰۴).

همچنین، تصور می شود که تفاوت های فردی در تجربه هیجانات منفی (مثل اضطراب و غمگینی) در تندرستی ضعیف سهمیم است. نتایج پژوهشی نشان داد که این بعد شخصیتی گسترده، آسیب پذیری نسبت به بیماری ایجاد می کند و روان رنجورخویی و هیجان پذیری منفی با کاهش طول عمر و افزایش میزان بروز بیماری های سخت و خطرناک مرتبط است (اسمیت، ۲۰۰۶).

دیگر کشور باید با احتیاط صورت گیرد. بیشتر افراد داوطلب همکاری در این پژوهش جزء افراد با سطح اجتماعی و اقتصادی متوسط و بالا بودند و افراد با سطوح اجتماعی اقتصادی پایین و افراد مسن به خاطر بی‌سوادی در این پژوهش کمتر داوطلب همکاری می‌شدند. بنابراین، تعمیم نتایج به این دسته از بیماران باید با احتیاط صورت گیرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر متغیرهایی که با سازگاری روانی-اجتماعی و تندرستی روان‌شناختی سروکار دارند سنجیده شوند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آرتربت با کاهش کیفیت زندگی و وضعیت عملکردی بیماران مرتبط است و عوامل روان‌شناختی نسبت به پارامترها و شاخص‌های مرتبط با بیماری ارتباط قوی‌تری با ناتوانی دارند. شناسایی مکانیزهایی که بر سیر پیشرفت ناتوانی در مراحل اولیه بیماری مؤثر است می‌تواند در پیش‌بینی و شاید جلوگیری از عوارض و پیامدهای بلندمدت نامطلوب در بیماران بسیار ارزشمند باشد.

سپاسگزاری

در پایان لازم است که از همه کسانی که در انجام این پژوهش نقش داشته‌اند، به ویژه بیماران روماتیسمی که با وجود بیمار بودن در نهایت صبر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند، تشکر و قدردانی نمایم.

منابع

اصغری مقدم، محمدعلی و گلک، ناصر (۱۳۸۴)، نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با سازگاری با درد مزمن، دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتاری، دانشگاه شاهد، سال دوازدهم، شماره ۱۰.

کاوایی، حسین؛ پورناصح، مهرانگیز و موسوی، اشرف سادات (۱۳۸۴)، *هنجاریابی و اعتبارسنجی فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک در جمعیت ایرانی*، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳، ۳۰۴-۳۱۱.

هاریسون، تنسلی، راندولف (۲۰۰۵)، *اصول طب داخلی بیماری‌های روماتولوژی و سیستم ایمنی*، ترجمه منتظری، مهدی، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۴، تهران.

حمایت از سوی فامیل و دوستان به طور مستقیم با ارضای نیاز فرد به احساس پیوستگی و تعلق و بنابراین مقابله با احساس تنهایی، تندرستی روان‌شناختی فرد را بالا می‌برد. منابع حمایت اجتماعی می‌توانند از طریق افزایش پیروی از توصیه‌های درمانی و بالا بردن سازگاری روان‌شناختی و در نتیجه افزایش بهبود، سپری در برابر پیامدهای بیماری‌های مزمن باشد (بیچاپ و همکاران، ۲۰۰۴).

افراد مبتلا به بیماری مزمن، به منظور حفظ سطح مطلوب و قابل قبول تندرستی روان‌شناختی باید برای مقابله با چالش‌ها و تهدیدهای مربوط به بیماری، تلاش کنند (بیچاپ و همکاران، ۲۰۰۴). 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 می‌دهند (روزنشتاین و کیف، ۱۹۸۳؛ تورک و همکاران، ۱۹۸۳؛ دیگود و تیت، ۲۰۰۱؛ اصغری و نیکلاس، ۲۰۰۴؛ به نقل از اصغری مقدم و گلک، ۱۳۸۴) از طرف دیگر بعضی پژوهشگران اعتقاد دارند هیچ‌کدام از مجموعه‌های راهبردهای مقابله‌ای مشخصاً برای بیماران مبتلا به درد مزمن از دیگری مفیدتر نیست (مک-کراکن و اکستون، ۲۰۰۳)

به طور خلاصه، می‌توان گفت پژوهش حاضر بر نقش متغیرهای هیجانی و شناختی اجتماعی در پیش‌بینی ناتوانی عملکردی در این بیماران تأکید می‌کند. نتایج به دست آمده از تحلیل‌ها نشان‌دهنده نقش مهم فاجعه‌سازی درد، روان‌رنجورخویی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی عملکرد بیماران روماتیسمی گروه نمونه پژوهش حاضر است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده اهمیت راهبرد مقابله تفسیر مجدد درد در ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی است. این پژوهش بر گروه نمونه‌ای از بیماران روماتیسمی مراجعه‌کننده به مطب‌های متخصصین روماتولوژی در شهر اهواز انجام شده است. این بیماران استان خوزستان و استان‌های همجوار به این مطب‌ها مراجعه می‌کردند؛ بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به بیماران مناطق

- Bisschop, M. I.; Kriegsman, D. M. W.; Beekman, A. T. F. & Deeg, D. J. H. (2004), *Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources*, Social Science & Medicine, 59, 721-733.
- Carleton, R. N.; Abrams, M. P.; Asmundson, G. J. G.; Antony, M. M. & McCabe, R. (2009), *Pain – relate anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders*, Journal of anxiety disorder, 23, 791-798.
- Covic, T.; Tyson, G.; Spencer, D. & Howe, G. (2006), *Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors*, Journal of Psychosomatic Research, 60, 469-476.
- Drahovzal, D. N.; Stewart, S. H. & Sullivan, M. J. L. (2006), *Tendency to Catastrophize Somatic Sensations: Pain Catastrophizing and Anxiety Sensitivity in Predicting Headache*, Cognitive Behavior Therapy, 35, 4, 226-235.
- Dysvik, E.; Natvig, G. K.; Eikeland, O. J. & Lindstrom, T. C. (2005), *Coping with chronic pain*, International Journal of Nursing Studies, 42, 297-305.
- Edwards, R. R.; Bingham, C. O.; Bathon, J. & Haythornthwaith, J. A. (2006), *Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases*, Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research), 55, 2, 325-332.
- Evers, A. W. M.; Kraaimaat, F. W.; Geenen, R.; Jacobs, J. W. G. & Bijlsma, J. W. J. (2003), *Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis*, Behavior Research and Therapy, 41, 1295-1310.
- Evers, A. W. M.; Taal, E.; Kraaimaat, F. W.; Jacobs, J. W. G.; Abdel-Nasser, A.; Rasker, J. J. & Bijlsma, J. W. J. (1998), *A comparison of two recently developed health status instruments for patients with arthritis: Dutch-AIMS2 and IRGL*, British Journal of Rheumatology, 37, 157-164.
- Goodwin, R. D.; Cox, B. J. & Clara, I. (2006), *Neuroticism and physical disorders among adults in the community: results from the National Comorbidity Survey*, Journal of Behavioral Medicine, 29, 229-238.
- Goubert, L.; Crombez, G. & Van Damme, S. (2004), *The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach*, Pain, 107, 234-241.
- Kojima, M.; Kojima, T.; Ishiguro, N.; Oguchi, T.; Oba, M.; Tsuchiya, H ... & Tokudome, S. (2009), *Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis*, Journal of Psychosomatic Research, 69, 434-447.
- Lawrence, R. C. (2008), *Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II*, Arthritis & Rheumatism, 58, 1, 26-35.
- McCracken, L. M. & Dhingra, L. (2002), *A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity*, Pain res manage, 7, 45-50.
- McCracken, L. M.; Eccleston, C. & Bell, L. (2005), *Clinical assessment of behavioral coping responses: preliminary results from a brief inventory*, European Journal of Pain, 9, 69-78.
- Meenan, R. F.; Mason, J. H.; Anderson, J. J.; Guccione, A. A. & L. E. Kazis. (1992), *The Content and Properties of a Revised and Expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire*, Arthritis and Rheumatism, 35, 1, 1-10.
- Mousavi, S. J.; Parnianpour, M.; Askary-Ashtiani, A. R.; Hadian, M. R.; Rostamian, A. & Montazeri, A. (2009), *Translation and validation study of the Persian version of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2) in patients*

- with osteoarthritis of the knee, *Musculoskeletal Disorders*, 10, 95, 5-9.
- Ormel, J.; Rosmalen, J. & Farmer, A. (2004), *Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 906-912.
- Oron, Y. & Reichenberg, A. (2003), *Personality traits predict self-referral of young male adults with musculoskeletal complaints to a general practitioner*, *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 453-456.
- Roelofs, J.; McCracken, L.; Peters, M. L.; Crombez, G.; Van Breukelen, G. & Vlaeyen, J. W. S. (2004), *Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients*, *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 2.167-183.
- Sharpe, L.; Sensky, T.; Timberlake, N.; Ryan, B.; Brewin, C. R. & Allard, S. (2001), *A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity*, *Pain*, 89, 275-283.
- Smith, T. W. (2006), *Personality as Risk and Resilience in Physical Health*, *Personality and Physical Health*, 15, 5, 227-231.
- Strahl, C.; Kleinknecht, R. A. & Dinnel, D. L. (2000), *The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning*, *Behaviour Research and Therapy*, 38, 863-873.
- Sullivan, M. J. L.; Bishop, S. & Pivik, J. (1995), *The Pain Catastrophizing Scale: development and validation*, *Psychol Assess*, 7, 4, 524-532.
- Sullivan, M. J.; Thorn, B.; Haythornthwaite, J. A.; Keefe, F.; Martin, M.; Bradley, L. A. & Lefebvre, J. C. (2001), *Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain*, *Clin J Pain*, 17, 52-64.
- Suurmeijer, T. P. B. M.; Van Sonderen, F. L. P.; Krol, B.; Doeglas, D. M.; Van Den Heuvel, W. J. A. & R. Sanderman. (2005), *The relationships between two personality, supportive transactions and supportive satisfaction and mental health of patients with early rheumatoid arthritis. Results from the Dutch part of the Euridiss study*, *Social Indicators Research*, 73, 179-197.
- Tan, G.; Jensen, M. P.; Robinson-Whelen, S.; Thornby, J. I. & Monga, T. N. (2001), *Coping with chronic pain: a comparison of two measures*, *Pain*, 90, 127-133.
- Turner, J. A.; Jensen, M. P. & Romano, J. M. (2003), *One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies*, *Pain*, 104, 453-469.
- Verbunt, J. A.; Huijnen, I. P.J. & Koke, A. (2009), *Assessment of physical activity in daily life in patients with musculoskeletal pain*, *European Journal of Pain*, 13, 231-242.
- Woolf, A.D. (2004), *Economic burden of rheumatic diseases*, In E.D. Harris & et al (Eds.), *Kelley's textbook of Rheumatology* (pp. 407-429). Philadelphia: WB Saunders.



پښتونستان ښار علمي او مطالعاتي مرکز
پښتونستان ښار علمي او مطالعاتي مرکز



پښتونستان ښار، پښتونستان
پښتونستان ښار، پښتونستان