

ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) در بیماران مبتلا به درد مزمن

میلاذ عابدی قلیچ‌قشلاقی⁽¹⁾، دکتر محمدعلی اصغری مقدم⁽²⁾، مرضیه خلیل زاده پشتگل⁽³⁾

چکیده

هدف: بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) در بیماران مبتلا به درد مزمن، هدف پژوهش حاضر بود. **روش:** با کاربرد نمونه‌گیری در دسترس، 186 بیمار مبتلا به درد مزمن از دو شهر اردبیل (100 نفر) و تهران (86 نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. 30 نفر دیگر نیز برای محاسبه پایایی بازآزمایی بررسی شدند. برای گردآوری داده‌ها افزون بر سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC)، پرسش‌نامه ناتوانی جسمی (PDQ)، نسخه 21 گویه‌ای مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)، پرسش‌نامه چندوجهی درد (MPI) و پرسش‌نامه موردیابی درد مزمن به کار رفت. برای ارزیابی روایی، همبستگی PSMC با سایر ابزارها بررسی و پایایی نیز به روش‌های آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون محاسبه شد. **یافته‌ها:** PSMC با مهم‌ترین سازه‌های هم‌ابتلائی درد (افسردگی، اضطراب، استرس و ناتوانی جسمی) همبستگی بالا داشت و بنابراین از اعتبار سازه مناسبی برخوردار بود. پایایی PSMC نیز به دو روش آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون مناسب بود. **نتیجه‌گیری:** PSMC از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برای کاربرد در جمعیت ایرانی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: سیاهه خودمدیریتی درد؛ روایی؛ پایایی؛ درد مزمن

[دریافت مقاله: 1389/10/21؛ پذیرش مقاله: 1390/8/11]

150
150

مقدمه

رفتاری بیمار، موضوعی است که در بررسی‌های گوناگون تأیید شده است (جاکوب⁴ و کرنز⁵، 2001). به بیان دیگر دیدگاه بالینی و پژوهشی برآمده از این بررسی‌ها بر این باور است که درد را باید در بافت روانی-اجتماعی آن تعریف کرد (اصغری مقدم و نجاریان، 2002).

بر پایه پیش‌بینی‌ها، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال 2020 خواهند بود و دوسوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد. در این شرایط خودکنترلی⁶ بیماری‌های مزمن، از اهمیت روزافزون برخوردار است (اپینگ-جوردن⁷، بنگوا⁸، کاوار⁹ و سبت¹⁰، 2001؛ ون کوف¹¹ و همکاران، 1997). هدف

از سال‌ها پیش این واقعیت آشکار شده است که افراد مبتلا به بیماری مشترک، از نظر میزان شکایت، رغبت برای مراجعه به پزشک و پاسخ به درمان‌های مشابه، بسیار متفاوت هستند (زبورسکی¹، 1962). کمتر از یک‌سوم افرادی که نشانه‌های مهم بالینی دارند، به پزشک مراجعه می‌کنند و 30-50 درصد این افراد اختلال تشخیصی مشخصی ندارند (دورکین² و گیتلین³، 1991). ارزیابی جامع درد مستلزم بررسی نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در تجربه و استمرار آن است؛ تأثیر ویژگی‌های خلقی و شناختی بیمار بر تجربه و استمرار درد، نیز اثر درد بر حالات شناختی، خلقی و

(1) دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ابتدای آزادراه تهران-قم، روبه‌روی حرم مطهر امام خمینی (ره)، دورنگار: 021-51212404
(2) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه شاهد؛ (3) دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.
(نوینسندة مسئول) E-mail: mld_abedi@yahoo.com؛ دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه شاهد؛ (3) دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.

1- Zborwski
2- Dworkin
3- Gitlin
4- Jacob
5- Kerns
6- self-control
7- Epping-Jordan
8- Bengoa
9- Kawar
10- Sabate
11- Von Korff

(نیکولاس¹²، مالوی¹³، تامکین¹⁴ و بیستون¹⁵، 2000) به وسیله اصغری مقدم، عابدی قلیچ قشلاقی و خلیل زاده (2008) و به روش ترجمه - ترجمه وارون، به فارسی برگردان شده است. پژوهش حاضر به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن پرداخت.

روش

در پژوهش حاضر با کاربرد نمونه‌گیری در دسترس، 186 بیمار مبتلا به درد مزمن - که درد آن‌ها بیش از شش ماه ادامه داشت و با وجود اقدامات درمانی بهبود نیافته بود - از دو شهر اردبیل (بیک مرکز ترک اعتیاد و بیمارستان‌های فاطمی، امام خمینی^(د)) و تخصصی روان‌پزشکی ایشار (100 نفر) و تهران (کلینیک سلامت خانواده و بیمارستان سینا) (86 نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. گفتنی است 30 نفر دیگر نیز برای محاسبه پایایی آزمون - بازآزمون¹⁶ بررسی شدند. نمونه‌گیری حدود پنج ماه طول کشید. روند نمونه‌گیری بدین صورت بود که با پرسش از افراد مراجعه‌کننده به مراکز نمونه‌گیری، در صورت وجود ملاک درد مزمن، نیز رضایت به شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار می‌گرفت. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه ناتوانی جسمی¹⁷ (PDQ) (رولند¹⁸ و موریس¹⁹، 2004) دارای 24 گویه است و دامنه گسترده‌ای از فعالیت‌های روزانه را که به دلیل کمردرد مختل شده است، پوشش می‌دهد؛ برای مثال «به دلیل کمردرد بیشتر اوقات در منزل می‌مانم» یا «به دلیل کمردرد آهسته‌تر از حد معمول راه می‌روم». کمینه و بیشینه نمره PDQ به ترتیب صفر و 24 و نمره بالاتر، مبین ناتوانی جسمی شدیدتر است (اصغری مقدم و گلک، 2008). PDQ در بررسی‌های گوناگونی (رولند و موریس، 2004) با بیماران مبتلا به کمردرد مزمن و سایر دردهای مزمن در دیگر اعضای بدن به کار رفته و ویژگی‌های

درمان‌های شناختی - رفتاری¹ (CBT)، بر پایه مداخله‌های خودکنترلی، کمک به بیماران برای کاهش ناتوانایی‌ها و آشفتگی‌های ناشی از وجود درد است، بدین صورت که به بیمار آموزش می‌دهند بر تعاریف روان‌شناختی و رفتاری درد چیره شود (ماین²، 2008). هم‌چنین نگهداری بهبودی به مدت طولانی، وابسته به آن است که بیمار تمرین‌های مربوط به راهبردهای مؤثر خودکنترلی را ادامه دهد و از راهبردهای غیرمؤثر پیشین پرهیز نماید (ترک³ و رودی⁴، 1991). جست‌وجو برای یافتن روش‌هایی برای نگهداری بهبودی حاصل از درمان، پژوهش‌های بسیاری را موجب شده است (لینتون⁵ و هالدن⁶، 1997). شواهد همه‌گیرشناسی نشان‌گر آن است که درمان‌های شناختی - رفتاری موفقیت‌آمیز بوده‌اند. برای مثال کاربرد راهبردهای فعال مقابله با درد (مثل تلاش برای ادامه فعالیت یا ورزش و پرهیز از دارو) به ناتوانی و آشفتگی کمتر منجر شده است، در صورتی که راهبردهای منفعل مقابله با درد (مثل استراحت، پرهیز از فعالیت و درمان‌شدن به وسیله دیگران) با رنج ناشی از ناتوانی و آشفتگی همراه بوده است (بلیس⁷ و همکاران، 2005). باچیندر⁸، تولی⁹ و یات¹⁰ (2001) نشان دادند کم‌رنگ‌شدن باور پرهیز از فعالیت و جست‌وجو برای درمان، به مدیریت کم‌درددهای خفیف مداوم کمک کرده، باعث اتلاف کمتر زمان کار و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود. شواهدی وجود دارد که بهبود توانایی خودکنترلی درد، بر پی‌گیری‌های درمان شناختی - رفتاری درد مؤثر است.

هر چند که بررسی‌های زمینه‌یابی بالینی، راهبردهای به‌کاررفته به وسیله افراد جامعه برای خودکنترلی درد را به‌طور کلی نفی می‌کند و آنها را ناکارآمد می‌داند، در شمار کمی از بررسی‌ها (ترک، 1983) نشان داده شده است افرادی که دردهای مزمن دارند، روش‌های مناسبی به کار می‌برند. هم‌چنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند خودکنترلی درد با عوامل شخصیتی، سطح تحصیلات و شدت درد (عابدی، خلیل‌زاده، رحمانی و اصغری مقدم، 2010) رابطه دارد.

بنابراین با توجه به ادبیات پژوهشی، این نگرش فرد نسبت به بیماری و نوع تفکر او در مورد کنترل‌پذیر بودن درد است که بخش بزرگی از روند پیشرفت بیماری را تعیین می‌کند. از این رو بررسی خودکنترلی درد در بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، برای متخصصان بسیار مفید و در برنامه‌ریزی درمانی ضروری و مؤثر است. سیاهه خودمدیریتی درد¹¹ (PSMC)

- 1- Cognitive Behavior Therapies
- 2- Main
- 3- Turk
- 4- Rudy
- 5- Linton
- 6- Hallden
- 7- Blyth
- 8- Buchbinder
- 9- Tolley
- 10- Wyatt
- 11- Pain Self-Management Checklist
- 12- Nicholas
- 13- Molloy
- 14- Tonkin
- 15- Beeston
- 16- test-retest reliability
- 17- Physical Disability Questionnaire
- 18- Roland
- 19- Morris

لیکرت صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کمتر، نشان‌گر خودمدیریتی بیشتر است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها 0/77-0/92 و میانگین ضرایب همبستگی میان گویه‌ها برای هر خرده‌مقیاس 0/25-0/40 گزارش شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16¹⁵ انجام شد. برای بررسی روایی، همبستگی مقیاس با مهم‌ترین هم‌بودهای درد یعنی افسردگی، اضطراب، استرس و ناتوانی جسمی بررسی شد. پایایی نیز به روش‌های ضریب هم‌سانی درونی¹⁶ (آلفای کرونباخ) و آزمون-بازآزمون محاسبه شد.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سن آزمودنی‌های زن (n=41)، مرد (n=59) و کل در نمونه اردبیلی به ترتیب 43/29 (13/74)، 48/57 (17/08) و 46/41 (15/94) و میانگین (و انحراف معیار) سال‌های تحصیل آنان به همان ترتیب 7/51 (4/13)، 8/71 (4/29) و 8/22 (4/24) بود. میانگین (و انحراف معیار) سن آزمودنی‌های زن (n=65)، مرد (n=22) و کل در نمونه تهرانی به ترتیب 35/78 (11/36)، 36/63 (12/96) و 36 (11/71) و میانگین (و انحراف معیار) سال‌های تحصیل آنان به همان ترتیب 21/38 (3/49)، 11/45 (2/53) و 12/15 (3/29) بود. به بیان دیگر میانگین سنی آزمودنی‌های اردبیلی بیش از آزمودنی‌های تهرانی و میزان تحصیلات آزمودنی‌های تهرانی بالاتر از آزمودنی‌های اردبیلی بود. دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند وضع مالی، شمار افراد خانواده و وضعیت تأهل تفاوتی در دو نمونه نداشت. تحلیل‌های توصیفی در مورد کل نمونه (آزمودنی‌های تهرانی و اردبیلی) نشان داد میانگین (و انحراف معیار) سن، سال‌های تحصیل، مدت درد، سابقه کار و شمار عمل جراحی به ترتیب 41/56

روان‌سنجی آن تأیید شده است. از آنجا که آزمودنی‌های پژوهش حاضر به درد مزمن در اعضای گوناگون بدن مبتلا بودند، همانند بسیاری دیگر از بررسی‌های پیشین، با تغییر اندکی در پرسش‌نامه، کلمه درد جایگزین کم‌رود شد.

نسخه 21 گویه‌ای مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس¹ (DASS-21) (لوی‌باند² و لوی‌باند، 1995): نسخه اصلی این مقیاس خود گزارشی، 42 گویه دارد و افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد. آلفای کرونباخ³ DASS برای سه خرده-مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب 0/84، 0/91 و 0/90 (همان‌جا) بود که در بررسی‌های دیگر نیز تأیید شد (آنتونی⁴، بلینگ⁵، کاکس⁶، انز⁷ و سویینسون⁸، 1998). تحلیل عاملی با مؤلفه‌های اصلی⁹ و تحلیل عاملی تأییدی¹⁰ نشان‌گر آن بود که الگوی سه‌عاملی، بهترین تناسب را فراهم می‌کند؛ تناسبی که به‌طور معنی‌دار بهتر از الگوی دو عاملی است.

پرسش‌نامه چندوجهی درد¹¹ (MPI) (کرنز، ترک و رودی، 1985) سه جنبه زیستی، روانی و اجتماعی درد، چگونگی ارزیابی بیمار از درد، آگاهی از میزان تأثیر درد بر فعالیت‌های روزانه بیمار و چگونگی واکنش اطرافیان بیمار نسبت به رفتارهای درد را می‌سنجد. MPI هشت خرده‌مقیاس دارد: شدت درد، اختلال در زندگی روزانه، حمایت اجتماعی، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی، پاسخ منفی، دلسوزی و انحراف توجه. در یک بررسی (اصغری مقدم و گلک، 2008) ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های MPI 0/77-0/92 و میانگین ضرایب همبستگی میان گویه‌ها 0/25-0/40 بود. روایی تشخیصی¹² و ملاک¹³ MPI نیز تأیید شد.

پرسش‌نامه درد مزمن¹⁴ (CPI) (اصغری مقدم، 2011) افزون بر مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی، شدت درد، میانگین شدت درد در شش ماه پیشین، زمان شروع درد، تأثیر درد بر روابط اجتماعی و خانوادگی، تعداد عمل جراحی به دلیل درد و محل‌های فرعی و محل اصلی درد در بدن و... را بررسی می‌کند. در پژوهش حاضر، برخی از گویه‌های این پرسش‌نامه بر پایه اهداف پژوهش، و نظر سازنده آن حذف شد و 31 گویه به‌وسیله آزمودنی‌ها پاسخ داده شد.

سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) (نیکولاس و همکاران، 2000) دارای 18 گویه پنج‌گزینه‌ای است که روش‌های مقابله و خودمدیریتی رفتاری و شناختی را در سازگاری با درد بررسی می‌کند. گویه‌ها به‌صورت مقیاس

1- Depression, Anxiety, Stress Scale

2- Lovibond

4- Antony

6- Cox

8- Swinson

9- factor analysis with principle components

10- confirmatory factor analysis

11- Multidimensional Pain Inventory

12- distinction validity

13- criterion

14- Chronic Pain Inventory

15- Statistical Package for the Social Science-version 16

16- internal consistency

3- Cronbach α

5- Bieling

7- Enns

میانگین (و انحراف معیار) افسردگی، استرس، اضطراب، ناتوانی جسمی و خودکترلی درد به ترتیب در زنان 8/61 (5/31)، 10/04 (5/53)، 8/83 (5/32)، 10/73 (5/59) و 37/75 (8/66)، در مردان 8/35 (4/98)، 10/51 (4/45)، 8/31 (5/15)، 11/8 (5/72) و 34/48 (8/88) و در کل آزمودنی‌ها 8/5 (5/16)، 10/24 (5/08)، 8/32 (5/23)، 11/19 (5/66) و 36/36 (8/88) بود.

میزان آلفای کرونباخ برای 18 گویه PSMC روی 179 آزمودنی 0/602 به دست آمد. پایایی آزمون - بازآزمون با فاصله سه هفته روی 30 آزمودنی، 0/678 ($p \leq 0/001$) بود. روایی سازه¹ PSMC به وسیله محاسبه همبستگی میان PSMC با مهم‌ترین همایندهای درد مزمن، یعنی افسردگی، اضطراب، استرس و ناتوانی جسمی بررسی شد (جدول 1).

(15/02)، 10/04 (4/29)، 3/16 (1/22)، 23/28 (14/61) و 0/38 (0/88) بود. 56/7 درصد کل نمونه زن بودند و 39 نفر به دلیل درد، عمل جراحی داشتند.

تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه موردیابی درد مزمن نشان داد فراوانی (و درصد) دلیل به وجود آمدن درد، برای موارد حادثه به هنگام کار؛ هنگام کار، اما نه به علت حادثه؛ حادثه در منزل؛ سانحه تصادف ماشین؛ پس از عمل جراحی؛ به دنبال بیماری؛ بدون علت خاص و سایر علل به ترتیب عبارت بود از 11 (5/9 درصد)، 20 (10/7 درصد)، 5 (2/7 درصد)، 12 (6/4 درصد)، 5 (2/7 درصد)، 14 (7/5 درصد)، 90 (48/1 درصد) و 22 (11/8 درصد). 8 نفر (4/3 درصد) نیز به این پرسش پاسخ ندادند.

جدول 1- همبستگی میان سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) با سایر متغیرها

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
خودکترلی درد (1)	1	0/35***	0/413***	0/323***	0/341***	0/364***	0/466***	0/233***	0/195**	0/004
	(n=179)	(n=177)	(n=177)	(n=179)	(n=179)	(n=178)	(n=179)	(n=179)	(n=179)	(n=179)
ناتوانی جسمی (2)	1	0/362***	0/229**	0/323***	0/343***	0/328***	0/315***	0/184**	-0/133	
	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=184)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)
استرس (3)	1	0/709***	0/692***	0/528***	0/482***	0/180**	0/431***	0/166*		
	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)	(n=185)
افسردگی (4)	1	0/817***	0/566***	0/461***	-0/012	0/268***	0/268***	0/118		
	(n=187)	(n=187)	(n=186)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)
اضطراب (5)	1	0/563***	0/447***	0/064	0/387***	0/108	0/387***	0/108		
	(n=187)	(n=187)	(n=186)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)
اختلال در عملکرد (6)	1	0/541***	0/104	0/429***	0/010	0/429***	0/104	0/429***		
	(n=186)	(n=186)	(n=186)	(n=186)	(n=186)	(n=186)	(n=186)	(n=186)	(n=186)	(n=186)
شدت درد (7)	1	0/234***	0/441***	0/074	0/441***	0/234***	0/441***	0/074		
	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)
حمایت اجتماعی (8)	1	0/044	0/123	0/044	0/123	0/044	0/123	0/044		
	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)
پریشانی هیجانی (9)	1	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*		
	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)
مهار بر زندگی (10)	1	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*	0/175*		
	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)	(n=187)

* $p \leq 0/05$; ** $p \leq 0/01$; *** $p \leq 0/001$

بحث

پژوهشگران بر این باورند که مقابله با درد، یک مقابله زیستی - روانی - اجتماعی است و طرحی به درمان درد بهتر جواب می‌دهد که هر سه حوزه را در نظر بگیرد. پژوهشگران (کیف¹، 1982؛ ترک و کرنز، 1983؛ ترک، 1988) اشاره کرده‌اند افراد در مقابله رفتاری و شناختی با درد خود، از روش‌های گوناگون بهره می‌گیرند؛ برخی از این روش‌ها موجب بهبود درد و تسهیل در اثربخشی درمان و وضعیت اجتماعی و خانوادگی فرد می‌شود و برخی دیگر از شناخت‌ها و رفتارهای به کاررفته برای مقابله با درد، موجب پیچیده‌تر شدن وضعیت و پاسخ‌ندادن به درمان می‌شود. در این چهارچوب نظری، به‌هنگام طرح‌ریزی درمان، متخصص بالینی باید از چگونگی ارزیابی بیمار از درد و میزان تأثیری که درد بر فعالیت‌ها و وجوه گوناگون زندگی روزمره بیمار برجا گذاشته است، آگاه باشد. بنابراین ابزارهایی که ادراک بیمار از درد خود و رفتارهای مقابله‌ای با درد، نیز میزان تأثیر درد بر فعالیت‌ها و عملکردهای بیمار را به‌صورت دقیق مورد ارزیابی قرار دهد، بسیار اهمیت دارد.

ویژگی‌های روان‌سنجی PSMC در پژوهش حاضر خوب بود. در دیگر بررسی‌ها نیز PSMC با سازه‌های هم‌آیند، ارتباط معنادار و در بیشتر موارد، متوسط (آناستازی² و یورینا³، 1997) داشته است؛ به استثنای دو خرده‌مقیاس پریشانی هیجانی و مهار بر زندگی MPI که همبستگی ضعیفی با PSMC داشتند. پایایی PSMC نیز به دو روش آلفای کرونباخ و آزمون- بازآزمون خوب بود، هر چند احتمال می‌رود با افزودن و کاستن گویه‌ها، با توجه به بافت فرهنگی کشور، می‌توان هم‌سانی درونی این مقیاس را بالاتر از میزان کنونی برد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مشکل تعمیم یافته‌ها تنها به بیماران مبتلا به درد مزمن دو شهر تهران و اردبیل بود. به دلیل محدود بودن نمونه به بیمارستان‌های دولتی، به احتمال زیاد سطح سواد و توان اقتصادی نمونه پژوهش حاضر، با جمعیت کلی بیماران مبتلا به درد مزمن متفاوت است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان خودمدیریتی درد در گروه‌های مختلف تحصیلی با یکدیگر متفاوت است (عابدی، خلیلی‌زاده، رحمانی و اصغری‌مقدم، 2010)، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی توان اقتصادی، سطح تحصیلات و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد توجه قرار گیرد.

سیاسگزاری

از آقای دکتر مهدی پناه‌خواهی، متخصص کلینیک تخصصی درد بیمارستان سینای تهران، به دلیل فراهم نمودن امکان فعالیت در آن بیمارستان و آقای دکتر محمدرضا شعیری برای نظرهای مؤثرشان، و نیز تمامی بیماران عزیزی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

- Abedi Ghelich Gheshlaghi, M., Khalilzadeh, M., Rahmani, M., & Asghari Moghadam, M. (2010). The relationship between negative emotions and acute pain in a group of students. *Proceedings of the Fifth Congress of Mental Health*, 5, 218-219. (Persian)
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7th Ed.). NJ: Prentice Hall.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety and stress scales in clinical groups and community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Asghari Moghadam, M., Abedi Ghelich Gheshlaghi, M., & Khalilzadeh, M. (2008). Investigation of psychometric characteristics of pain self-management checklist. *Congress of Cognitive Behavioral Therapy*, 6, 130.
- Asghari Moghadam, M., & Golak, N. (2008). Investigation of multiple pain inventories in Iranian population of chronic pain. *Journal of Psychology*, 1(12), 55-70. (Persian)
- Asghari Moghadam, M. (2011). *Screening of chronic pain patient inventory book*. Iran: Developmental publication.
- Asghari Moghadam, M., & Najarian, B. (2002). *Psychology of pain*. Tehran: Roshd Pub. (Persian)
- Buchbinder, R., Tolley, D., & Wyatt, M. (2001). Effects of a medicine camping on back pain beliefs. It's potential influence on management of low back pain in general practice. *Spine*, 26, 2535-2542.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J. M., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2005). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain*, 9, 727-734.
- Dworkin, R., & Gitlin, M., (1991). Clinical aspects of depression in chronic pain patient. *Clinical Journal of Pain*, 1, 19-49.

- Epping-Jordan, J., Bengoa, R., Kawar, R., & Sabate, E. (2001). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *Behavioral Medicine Journal*, 323, 947-948.
- Jacob, M.C., & Kerns, R.D. (2001). Assessment of the psychosocial context of the experience of chronic pain. In: D.C. Turk. & D. melzack (Eds.). *Handbook of pain assessment*. New pork: Guilford press.
- Keefe, F. J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 911-936.
- Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The west haven Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Linton, S. J., & Hallden, K. (1997). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting out-come in acute and sub acute back pain. *Clinical journal of Pain*, 14, 202-215.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression, anxiety and stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Main, C. J. (2008). *The nature of chronic pain: A clinical and legal challenge*. London: Oxford University Press.
- Nicholas, M. K., Molloy, A., Tonkin, L., & Beeston, L. (2000). *Manage your pain: practical and positive ways of adapting to chronic pain*. Sydney: ABC Books.
- Turk, D. C. (1988). Customizing treatment for chronic pain patients: Who, what and why. *Clinical Journal of Pain*, 6, 255-270.
- Turk, D. C., & Kerns, R. D. (1983). Conceptual issues in the assessment of clinical pain. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 13, 15-26.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1991). Towards an empirically derived logical assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 233-238.
- Roland, M., & Morris, R. (2004). 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.
- Von Korff, M., Moore, J. E., Lorig, K., Charkin, D. C., Saunders, K., Gonzalez, V. (1997). A randomized trial of a layperson-led self management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23, 2608-2615.
- Zborwski, M. (1962). *People in pain*. San Francisco: Jossey-Buss.

Original Article

**Psychometric characteristics of Pain Self-Management Checklist (PSMC)
in Patients with Chronic Pain**

Abstract

Objectives: The purpose of this research was to investigate the psychometric characteristics of Pain Self-Management Checklist (PSMC) in the population with chronic pain. **Method:** First, the checklist was administered to 186 patients with chronic pain, selected through random sampling in Tehran (n=86) and Ardebil (n=100). Then, test-retest reliability coefficient was evaluated with another 30 patients with chronic pain. In addition to the PSMC, some other checklists including Physical Disability Questionnaire (PDQ), Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21), Multidimensional Pain Inventory (MPI), and chronic pain case-finding questionnaire were used for data collection. To validate the PSMC, its correlation with other instruments was investigated, and the reliability was calculated using Chronbach's alpha and test-retest. **Results:** The results indicated that this checklist has high correlation with most important pain co-morbidity constructs (depression, anxiety, stress and physical disability). Therefore, it has appropriate construct validity. Moreover, the reliability of this checklist using Chronbach's alpha and test-retest was appropriate. **Conclusion:** This study provides evidence for the advantage of using this checklist for Iranian patients.

Key words: chronic pain; validity; reliability

[Received: 11 January 2011; Accepted: 2 November 2011]

Milad Abedi Ghelich Gheshlaghi *,
Mohammad Ali Asghari-moghaddam ^a,
Marziye Khalilzade Poshtgol ^a

* Corresponding author: Shahed University,
Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-51212404

E-mail: mld_abedi@yahoo.com

^a Shahed University, Tehran, Iran