

پیش بینی شدت درد بر اساس فاجعه سازی درد و اضطراب درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید*
 زینب خجوی^۱، رضا رستمی^۲، عبدالرحمن رستمیان^۳، نیما قربانی^۴، حجت الله فراهانی^۵، غلامعلی حسین زاده دهکردی^۶

Prediction of pain intensity based on pain catastrophizing and pain anxiety in women with rheumatoid arthritis

Zeinab khajavi¹, Reza Rostami², Abdolrahman Rostamian³, Nima Ghorbani⁴, Hojjatollah Farahani⁵, Gholamali Hoseinzadeh Dehkordi⁶

چکیده

زمینه: فاجعه سازی درد و اضطراب درد از متغیرهای حائز اهمیت در ادراک درد مزمن هستند اما در مورد نقش آنها در شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دانش اندکی وجود دارد. **هدف:** هدف این پژوهش بررسی نقش فاجعه سازی درد و اضطراب درد در پیش بینی شدت درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی بود. از بین زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید که به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام خمینی و کلینیک های خصوصی شهر تهران مراجعه کرده بودند، ۱۰۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش شامل مقیاس فاجعه سازی درد (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵)، مقیاس نشانگان اضطراب درد (مک کراکن و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس آنالوگ دیداری بود. **یافته ها:** نتایج نشان داد که فاجعه سازی درد و اضطراب درد به طور معناداری شدت درد را در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش بینی می کنند. ضریب رگرسیونی استاندارد شده برای فاجعه سازی درد ۰/۵۱ ($P < ۰/۰۰۱$) و برای اضطراب درد ۰/۳۰ ($P < ۰/۰۱$) بود. **نتیجه گیری:** فاجعه سازی درد و اضطراب درد می توانند با تأثیر بر شدت درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، مشکلات ناشی از درد مزمن را در آنها افزایش دهند؛ و لازم است این عوامل در مدیریت و درمان این بیماران لحاظ شوند. **واژه کلیدها:** درد مزمن، آرتریت روماتوئید، فاجعه سازی درد، اضطراب درد، شدت درد

Background: Pain Catastrophizing and pain anxiety are important variables in chronic pain perception, but little is known about their role in pain intensity in patients with rheumatoid arthritis. **Aims:** The purpose of this study was to investigate the role of pain catastrophizing and pain anxiety in predicting pain intensity in women with rheumatoid arthritis. **Method:** This study was a correlational study. From women with rheumatoid arthritis referring to Imam Khomeini Hospital and private clinics in Tehran, 100 patients were selected using convenience sampling method. Instruments used in this study included the Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al, 1995), the Pain-Anxiety Symptom Scale (McCracken et al, 1996), and the Visual Analogue Scale. **Results:** The results showed that pain catastrophizing and pain anxiety significantly predicted pain intensity in women with rheumatoid arthritis. The standardized regression coefficient for pain catastrophizing was 0/51 ($P < 0/001$) and for pain anxiety was 0/30 ($P < 0/01$). **Conclusions:** Pain catastrophizing and pain anxiety can increase chronic pain in women with rheumatoid arthritis by increasing their pain intensity. Therefore, these factors need to be considered in the management and treatment of these patients. **Key words:** Chronic pain, Rheumatoid arthritis, Pain catastrophizing, Pain anxiety, Pain intensity

Corresponding Author: rrostami@ut.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۱ PhD student of Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ Professor, Department of Rheumatology, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

^۴ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۴ Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

^۵ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۵ Assistant Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

^۶ استاد، گروه مهندسی برق، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۶ Professor, Department of Electrical Engineering, University of Tehran, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۸/۲۷

دریافت: ۹۸/۰۷/۱۳

مقدمه

انواع برنامه‌های شناخت درد، پاسخ حرکتی و واکنش‌های هیجانی را فعال می‌کند. ویژگی مهم این مدل این است که برای تولید یک برون‌داد حضور پیوسته یک داده حسی ضروری نیست. این امر می‌تواند توضیحی برای موقعیت‌های درد مزمن باشد که در آنها داده حسی آسیب‌رسان وجود ندارد و یا شدت درد بیش از چیزی است که از آن آسیب انتظار می‌رود. با ارائه این مدل، عوامل روانی - اجتماعی به طور فزاینده‌ای بعنوان عوامل مؤثر در تجربه درد شناخته شده‌اند که از جمله مهمترین آنها، فاجعه‌سازی درد^۴ و اضطراب درد^۵ هستند.

فاجعه‌سازی درد تمایل برای بزرگ‌نمایی و اغراق در ارزش تهدید یا جدی بودن حس‌های درد (چاوز و براون، ۱۹۸۷) و نگرانی و ترس مرتبط با درد که با ناتوانی در دور کردن توجه از درد همراه است (اسپانوس، راتکه - بودوریک، فرگوسن و جونز، ۱۹۷۹) تعریف می‌شود. مقاله مروری جنسن، مور، باکاوا، اد، و آنجل (۲۰۱۱) نشان داده است که فاجعه‌سازی درد قوی‌ترین و باثبات‌ترین عامل روانشناختی مرتبط با درد و نقص کارکردی در بیماران مبتلا به درد مزمن است. فاجعه‌سازی درد با شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد و آن را پیش‌بینی می‌کند (امیری فسخودی، علیلو، بخشی‌پور رودسری، ۱۳۹۴؛ فیروزی و سوری، ۱۳۹۷؛ فین استین و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، فاجعه‌سازی درد نقص عملکردی (داوودی، زرگر، مظفری پور، نرگسی و مولا، ۱۳۹۱) و افسردگی (وصال، ملازاده، تقوی و نظری‌نیا، ۱۳۹۴) را در بیماران روماتیسمی پیش‌بینی می‌کند.

مطالعات محدودی به طور خاص روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شده است. مطالعه کویک، آدامسون، و هاو (۲۰۰۰) نشان داد که فاجعه‌سازی درد با شدت درد و نشانه‌های افسردگی در این بیماران رابطه دارد. مطالعات طولی نیز نشان می‌دهد که فاجعه‌سازی درد می‌تواند شدت درد، نقص کارکردی، ناتوانی و افسردگی را در این بیماران پیش‌بینی کند (کویک، ۲۰۰۳؛ ایورز، کرایمات، گرینز، جاکوبز و ییلسمما، ۲۰۰۳).

اضطراب درد به عنوان حالت هیجانی فراگیر و آینده‌محور توصیف شده است که به دنبال انتظار محرک دردزا (که لزوماً حضور

آرتریت روماتوئید^۱ یک بیماری التهابی مزمن است که با ورم، حساسیت و تخریب مفصل مشخص می‌شود. در این بیماری خودایمنی، سیستم دفاعی بدن به اجزای سلولی بافت‌های سالم حمله می‌کند و با تولید آنتی‌بادی باعث ایجاد تورم، خستگی، محدودیت حرکتی و بدشکلی و تخریب مفاصل و درد می‌شود (آرت و همکاران، ۱۹۸۸). شیوع این بیماری در کشورهای توسعه‌یافته حدود ۰/۵ تا ۱ درصد تخمین زده می‌شود (مک اینز و اودل، ۲۰۱۰). در ایران، شیوع در مناطق شهری ۰/۳۳ درصد و در مناطق روستایی ۰/۱۹ درصد گزارش شده است (دواتچی و همکاران، ۲۰۰۹).

از نظر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، درد مهمترین مشکل و اولویت آنها برای مراجعه به مراکز درمانی است (تیلور و همکاران، ۲۰۱۰). درد شدیداً بر سلامت ذهنی ادراک شده این بیماران اثر می‌گذارد و مهمترین متغیر مؤثر بر کیفیت زندگی آنها محسوب می‌شود (دیتلم و اسکولار، ۱۹۹۱). مطالعه استیودنیک، رادنر، اسمالون و آل-طاها (۲۰۱۲) روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان داده است که درد مهمترین تعیین‌کننده مستقل ادراک بیمار از فعالیت بیماری خودش است، اما پزشک یا ارزیاب اغلب به التهاب مفصل توجه دارند. این در حالی است که طبق مطالعه لی و همکاران (۲۰۱۴) و کوپ، تن کلاستر، وانگمن، استانبریک، و وان‌دن‌لار (۲۰۱۵) اکثر بیماران که درد را گزارش می‌کنند، نشانه‌های حداقلی از التهاب و فعالیت بیماری پایینی دارند. در این بیماران حتی با وجود بهبود التهاب، درد اغلب باقی می‌ماند و در طول زمان ممکن است حتی افزایش یابد (راپ و همکاران، ۲۰۰۶).

توجه صرف به عامل التهاب و نادیده گرفتن ادراک بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نمونه‌ای از باورهای دکارتی در مورد درد است؛ که به رابطه یک به یک بین آسیب بافتی و تجربه درد اشاره دارد. در مقابل، ملزاک و وال (۱۹۶۵) در نظریه کنترل دروازه‌ای^۲، که بعدها تحت عنوان مدل ماتریس عصبی^۳ اصلاح شد، درد را ترکیب پیچیده‌ای از عوامل حسی، هیجانی و شناختی در نظر گرفته‌اند. طبق این مدل، یک ماتریس پویا، داده‌ها را از نواحی مغزی مربوط به حس، هیجان و شناخت دریافت می‌کند و یک برون‌داد تولید می‌کند که

4. pain catastrophizing

5. pain anxiety

1. rheumatoid arthritis

2. gate control theory

3. neuromatrix model

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است که در آن فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد، متغیر پیش‌بین و شدت درد متغیر ملاک است. جامعه آماری این تحقیق را زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید تشکیل دادند که به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام خمینی و کلینیک‌های خصوصی در شهر تهران مراجعه داشتند. از این بیماران ۱۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱. حداقل سه ماه تجربه درد مزمن ۲. سطح تحصیلات حداقل سیکل ۳. دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱. ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی ۲. مصرف مواد ۳. عدم تمایل به ادامه تکمیل پرسشنامه.

ابزار

مقیاس فاجعه‌سازی درد^۱ (PCS): این پرسشنامه شامل ۱۳ عبارت در مورد افکار و احساسات فرد در طول تجارب دردناک گذشته است که دارای زیرمقیاس نشخوار^۲، بزرگنمایی^۳ و درماندگی^۴ است (سالیوان، بیشاپ، پیویک، ۱۹۹۵). سؤالات در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کل بالاتر نشانه سطح بالاتر افکار و احساسات فاجعه‌سازی است. در مطالعه سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ بوده است. محمدی، دهقانی، حیدری، صداقت و خطیبی (۱۳۹۲) در نمونه ایرانی از بیماران مبتلا به درد مزمن، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ برای فاجعه‌سازی درد در مطالعه حاضر ۰/۸۹ بود. مقیاس نشانگان اضطراب درد^۵ (PASS-20): این مقیاس توسط مک کراکن و همکاران (۱۹۹۲) طراحی شده است و شامل ۲۰ عبارت خود گزارشی است. این مقیاس چهار مولفه اضطراب شناختی، رفتار اجتناب - فرار، ترس از درد و نشانگان فیزیولوژیک اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخدهی و نمره‌گذاری عبارات بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای (از صفر تا ۵) است. در مطالعه مک کراکن و دینگرا (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. داوودی و همکاران (۱۳۹۱) این پرسشنامه را ترجمه و پایایی و اعتبار

ندارد) رخ می‌دهد (کارلتون و اسماندسون، ۲۰۰۹). مک کراکن، زایفرت و گراس (۱۹۹۲) اضطراب درد را دارای سه بعد شناختی، زیستی و حرکتی می‌دانند؛ که با تفسیرهای ترسناک، اجتناب و فرار، پاسخ‌های فیزیولوژیک و تداخل شناختی مشخص می‌شود. در حالی که فاجعه‌سازی درد بیشتر متمرکز بر نشخوار و نگرانی است، اضطراب درد بیشتر متمرکز بر اجتناب و فرار است (کیو، بوک، توماس، گیدینز، اکلستون، ۲۰۱۰). اضطراب درد در ایجاد ناتوانی افراد مبتلا به درد حاد و مزمن نقش دارد (لئو و همکاران، ۲۰۰۷) و ناتوانی عملکردی و عاطفه منفی را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی می‌کند (هاجیستاوراپولس، آسموندسن و کوالیک، ۲۰۰۴؛ داوودی و همکاران، ۱۳۹۱). مطابق با نظر ترنر، جنسن، وارمز، و گاردناس (۲۰۰۲) اضطراب درد جنبه‌های دیگری از فاجعه‌سازی را ارزیابی می‌کند و بررسی این دو در کنار هم باعث افزایش بینش در این زمینه خواهد شد.

بر اساس آنچه گفته شد، مطالعه حاضر قصد دارد به بررسی نقش فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد در پیش‌بینی شدت درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بپردازد. به چند دلیل تمرکز مطالعه حاضر روی جمعیت زنان بوده است. شیوع این بیماری در زنان به شکل برجسته‌ای بیشتر است (کراس و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، بهبود بیماری در زنان نسبت به مردان کمتر است و درد شدیدتری را نیز در طول زمان تجربه می‌کنند (مک ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات نشان داده است که فاجعه‌سازی درد در زنان بیشتر از مردان است (ترنر و همکاران، ۲۰۰۲؛ کیفه و همکاران، ۲۰۰۳) که ممکن است علت درد شدیدتر و بهبود کمتر در این افراد باشد. فرضیه‌های پژوهش عبارت بود از:

۱. فاجعه‌سازی درد، شدت درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید را پیش‌بینی می‌کند.
۲. اضطراب درد، شدت درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید را پیش‌بینی می‌کند.

4. helplessness

5. Pain Anxiety Symptoms Scale

1. Pain Catastrophizing Scale

2. rumination

3. magnification

برای بررسی پیش‌بینی شدت درد از روی فاجعه‌سازی درد (فرضیه اول) و اضطراب درد (فرضیه دوم) از رگرسیون همزمان استفاده شد. قبل از آن، جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که سطوح معناداری بالای ۰/۰۵ برای هر سه متغیر، نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد.

در جدول ۳ خلاصه آماره‌های مربوط به برازش معادله رگرسیون نشان داده شده است. مقدار آماره دوربین - واتسون در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد که نشان می‌دهد پیش‌فرض استقلال باقی‌مانده‌ها رعایت شده است. مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۶۱۶ است که نشان‌دهنده میزان تبیین واریانس و تغییرات متغیر شدت درد توسط فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد است.

مدل	R	مجدور R اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد	آماره دوربین - واتسون
۱	۰/۷۸۵	۰/۶۱۶	۱/۱۰۱	۱/۵۷۸

در جدول ۴ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی شدت درد از طریق متغیرهای فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد آورده شده است. با توجه به مقدار آماره تحمل که از مقدار برش ۰/۱ بیشتر است و آماره تراکم عاملی (VIF) که از مقدار برش ۱۰ کمتر است، می‌توان نتیجه گرفت که از مفروضه هم‌خطی، تخطی صورت نگرفته است. مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده (β) برای متغیر فاجعه‌سازی درد ۰/۵۱۴ و برای متغیر اضطراب درد ۰/۳۰۳ است. با توجه به مقدار آماره‌های t بدست آمده که در سطح آلفای ۰/۰۱ و ۰/۰۰۱ معنی‌دار است، فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد می‌توانند شدت درد را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. با توجه به ضریب بتا، فاجعه‌سازی درد در این پیش‌بینی نقش مهمتری ایفا می‌کند.

تایم	B	β	T	سطح معناداری	تحمل	VIF
ثابت	۰/۱۳۲	-	۰/۳۶۷	۰/۷۱۵	-	-
فاجعه‌سازی درد	۰/۰۷۸	۰/۵۱۴	۴/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴	۳/۴۰۱
اضطراب درد	۰/۰۳۰	۰/۳۰۳	۲/۶۰۹	۰/۰۱۱	۰/۲۹۴	۳/۴۰۱

آن را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن روماتیسمی مناسب گزارش کرده‌اند. در مطالعه آنها، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای فاجعه‌سازی درد در مطالعه حاضر ۰/۸۲ بود. مقیاس آنالوگ دیداری^۱ (VAS): این مقیاس که پرکاربردترین ابزار برای بررسی شدت درد است، شامل یک خط مدرج ۱۰ سانتی-متری است که اعداد آن از صفر تا ۱۰ درجه‌بندی شده‌اند. نمرات ۱ تا ۳ نشانه درد خفیف، ۴ تا ۷ نشانه درد متوسط، و ۸ تا ۱۰ نشانه درد شدید است. این مقیاس که به طور گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مورد استفاده قرار می‌گیرد، با پرسشنامه درد مک‌گیل همبستگی عالی (۰/۸۶) دارد (رضوانی، سیرتی نیر، عبادی و مرادیان، ۱۳۹۱).

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین آنها ذکر شده است؛ که نشان می‌دهد رابطه دویه‌دوی متغیرهای فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد و شدت درد در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
۱۶	۶۶	۳۶/۰۱	۱۱/۶۶
۲۰	۹۰	۴۵/۴۱	۱۷/۶۶
۲	۹	۴/۰۳	۱/۷۶

متغیر	فاجعه‌سازی درد	اضطراب درد	شدت درد
فاجعه‌سازی درد	۱		
اضطراب درد	**۰/۷۴۰	۱	
شدت درد	**۰/۷۶۸	**۰/۷۳۴	۱

**معنی داری در سطح ۰/۰۱

۱. visual Analogue Scale

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی نقش فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد در پیش‌بینی شدت درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. نتایج نشان داد که فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد، هر دو می‌توانند شدت درد را در این بیماران پیش‌بینی می‌کنند. بنابراین، هر دو فرضیه مطالعه حاضر تأیید شدند. همچنین طبق نتایج، فاجعه‌سازی درد در این پیش‌بینی نقش بیشتری داشت. نقش فاجعه‌سازی درد در پیش‌بینی شدت درد با یافته‌های امینی فسخودی و همکاران (۱۳۹۴)، داوودی و همکاران (۱۳۹۱)، فین‌استین و همکاران (۲۰۱۶) و کوپیک و همکاران (۲۰۰۰) مطابقت دارد. همچنین، نقش بیشتر فاجعه‌سازی درد در پیش‌بینی شدت درد با نتایج جنسن و همکاران (۲۰۱۱) و داوودی و همکاران (۱۳۹۱) مطابقت دارد. در زمینه پیش‌بینی شدت درد از طریق اضطراب درد، مطالعات مشابهی یافت نشد؛ گرچه نتایج مرتبط مبنی بر نقش اضطراب درد در پیش‌بینی ناتوانی عملکردی و عاطفه منفی در بیماران روماتیسمی وجود دارد (لیو و همکاران، ۲۰۰۷؛ هاجاستوارپولس و همکاران، ۲۰۰۴؛ داوودی و همکاران، ۱۳۹۱).

فاجعه‌سازی درد دارای سه مؤلفه نشخوار کردن، بزرگ‌نمایی و درماندگی است. اضطراب درد نیز شامل مؤلفه‌های شناختی و رفتاری همچون ترس از درد و رفتارهای اجتنابی است. طبق مدل لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) بزرگ‌نمایی و نشخوار کردن انعکاسی از این است که بیمار محرک دردناک را شدیداً تهدیدکننده ارزیابی می‌کند؛ و درماندگی انعکاسی از ارزیابی بیمار مبنی بر ناتوانی در مقابله با درد است. ادراک تهدید و ناتوانی مقابله با آن می‌تواند منجر به افزایش شدت درد شود (سورجین، ولاین و وان‌دن‌هات، ۲۰۰۴). در همین راستا، طبق نظریه ترس - اجتناب^۱ (لئو و همکاران، ۲۰۰۷) اگر درد به عنوان یک فاجعه سوء تعبیر شود، برای بیمار در حکم یک آسیب جدی خواهد بود که بر آن کنترل کمی دارد. چنین سوء تعبیری منجر به ترس از فعالیت فیزیکی و اجتناب از آن می‌شود که به تشدید ناتوانی و کاهش آستانه درد می‌انجامد. همچنین، فاجعه‌سازی درد از طریق ایجاد سوگیری و توجه افراطی به اطلاعات مرتبط با درد منجر به تشدید تجربه درد می‌شود (وان دامه، کرومبیز و اکلستون، ۲۰۰۴). در نهایت، برخی مطالعات رابطه فاجعه‌سازی درد با تغییرات مسیرهای تعدیل درد درون‌زاد را نشان داده‌اند (جرج، ویتمر، فیلینگیم و

رابینسون، ۲۰۰۷؛ ویسمن - فوگل، اسپرچر و پاد، ۲۰۰۸). طبق این مطالعات، فاجعه‌سازی درد با کاهش بازداری درد درون‌زاد و حساسیت مرکزی مرتبط است که ایجاد، حفظ و تشدید درد مزمن را به همراه دارد.

همسو با یافته‌های فوق، واولز، مک‌کراکن و اکلستون (۲۰۰۷) بیان می‌کنند که کاهش فاجعه‌سازی می‌تواند میانجی کسب نتایج مثبت در درمان‌های روانشناختی درد باشد. جنسن، ترنر و رومانو (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که کاهش فاجعه‌سازی درد در رویکردهای شناختی - رفتاری با کاهش شدت درد و بهبود ناتوانی‌های مرتبط با درد همراه است. بنابراین، یافته‌های مطالعه حاضر مبنی بر نقش فاجعه‌سازی درد و اضطراب درد در شدت درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌تواند جهت مدیریت این بیماری مورد استفاده قرار بگیرد. یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر، تمرکز آن بر یک بیماری خاص است؛ در حالی که اغلب مطالعات قبلی روی جمعیت‌های ناهمگونی از درد مزمن انجام شده‌اند. با این حال، محدودیت‌هایی نیز وجود دارد. مقیاس‌های مورد استفاده در این پژوهش خودگزارشی هستند و طرح مطالعه مقطعی است. تعیین روابط علت و معلولی بین متغیرها به مطالعات طولی نیاز دارد. همچنین مطالعات بعدی می‌توانند تأثیر متغیرهای شناختی بر نتایج مرتبط با درد و فرایند اثرگذاری آن را در زنان و مردان مورد بررسی و مقایسه قرار دهند. همچنین، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به بررسی نقش مداخلات شناختی با تمرکز بر کاهش فاجعه‌سازی و اضطراب درد بر نتایج مرتبط با درد مزمن بپردازند.

منابع

- امینی فسخودی، مریم؛ علیلو، مجید؛ بخشی‌پور رودسری، عباس (۱۳۹۴). بررسی نقش میانجی فاجعه‌آمیز کردن در تأثیر نوروتیسیسم بالا و برون‌گرایی بر ترس از حرکت و شدت درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۳، ۶۷-۵۵.
- داوودی، ایران؛ زرگر، یداله؛ مظفری‌پور، الهام؛ نرگسی، فریده؛ مولا، کریم (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱(۱)، ۷۳-۵۹.

^۱. fear-avoidance

- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1295–1310.
- Feinstein, A. B., Sturgeon, J. A., Darnall, B. D., Dunn, A. L., Rico, T., Kao, M. C., Bhandari, R. P. (2016). The Effect of Pain Catastrophizing on Outcomes: A Developmental Perspective across Children, Adolescents, and Young Adults with Chronic Pain. *Journal of Pain*, 18, 144–154
- George, S. Z., Wittmer, V. T., Fillingim, R. B., & Robinson, M. E. (2007). Sex and Pain-Related Psychological Variables Are Associated With Thermal Pain Sensitivity for Patients With Chronic Low Back Pain. *The Journal of Pain*, 8(1), 2–10.
- Hadjistavropoulos, H. D., Asmundson, G. J. G., Kowalyk, K. M. (2004). Measures of anxiety: is there a predict functioning at three-month difference in their ability to follow-up among pain patients? *European Journal of Pain*, 8, 1–11.
- Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., Engel, J. M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 146-160.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131, 38–47.
- Keefe, F. J., Lipkus, I., Lefebvre, J. C., Hurwitz, H., Clipp, E., Smith, J., & Porter, L. (2003). The social context of gastrointestinal cancer pain: a preliminary study examining the relation of patient pain catastrophizing to patient perceptions of social support and caregiver stress and negative responses. *Pain*, 103(1), 151–156.
- Keogh, E., Book, K., Thomas, J., Giddins, G., & Eccleston, C. (2010). Predicting pain and disability in patients with hand fractures: Comparing pain anxiety, anxiety sensitivity and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*, 14(4), 446–451
- Koop, S. M. W., ten Klooster, P. M., Vonkeman, H. E., Steunebrink, L. M. M., & van de Laar, M. A. F. J. (2015). Neuropathic-like pain features and cross-sectional associations in rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*, 17(1), 20-29.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer; NY, USA
- Lee, Y. C., Frits, M. L., Iannaccone, C. K., Weinblatt, M. E., Shadick, N. A., Williams, D. A., & Cui, J. (2014). Subgrouping of Patients With Rheumatoid Arthritis Based on Pain, Fatigue, Inflammation, and Psychosocial Factors. *Arthritis & Rheumatology*, 66(8), 2006–2014.
- رضوانی امین، مهدی؛ سیرتی نیر، مسعود؛ عبادی، عباس؛ مرادیان، طیب (۱۳۹۱). همبستگی مقیاس بصری سنجش درد با پرسشنامه کوتاه شده درد مک گیل در مبتلایان به کمر درد مزمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۶(۱)، ۳۴–۳۱.
- فیروزی، منیژه؛ سوری، زینب (۱۳۹۷). پیش‌بینی فاجعه‌پنداری و شدت درد بر اساس سبک‌های دل‌بستگی بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۱)، ۸۰۷–۸۰۱.
- محمدی، سمیه؛ دهقانی، محسن؛ حیدری، محمود؛ صداقت، مریم؛ و خطیبی، علی (۱۳۹۲). بررسی شباهت‌های روانشناختی مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی و همسران آنها. *مجله علوم رفتاری*، ۷، ۶۶–۵۷.
- وصال، مینا؛ ملازاده، جواد؛ تقوی، محمدرضا؛ نظری‌نیا، محمدعلی (۱۳۹۴). بررسی مدل پیش‌بینی افسردگی بر اساس ادراک درد و کیفیت خواب با واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد در مبتلایان به رماتیسم مفصلی سالمند. *بیهوشی و درد*، ۵(۴)، ۸۰–۶۹.
- Arnett, F. C., Edworthy, S. M., Bloch, D. A., Mcshane, D. J., Fries, J. F., Cooper, N. S., Hunder, G. G. (1988). The american rheumatism association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 31(3), 315–324.
- Carleton, R. N., & Asmundson, G. J. G. (2009). The Multidimensionality of Fear of Pain: Construct Independence for the Fear of Pain Questionnaire-Short Form and the Pain Anxiety Symptoms Scale-20. *The Journal of Pain*, 10(1), 29–37.
- Chaves, J. F., & Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(3), 263–276.
- Covic, T. (2003). A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology*, 42(11), 1287–1294.
- Covic, T., Adamson, B., & Hough, M. (2000). The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology*, 39(9), 1027–1030.
- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Carmona, L., Wolfe, F., Vos, T., March, L. (2014). The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(7), 1316–1322.
- Davatchi, F., Tehrani Banihashemi, A., Gholami, J., Faezi, S. T., Forouzanfar, M. H., Salesi, M., et al. (2009). The prevalence of musculoskeletal complaints in a rural area in Iran: a WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, rural study) in Iran. *Clinical Rheumatology*, 28(11), 1267–1274.
- Diethelm, U & Schuler, G. (1991). Prognosis in ankylosing spondylitis. *Schweizerische Rundschau Fur Medizin Praxis*, 80, 584-7.

- Voweles, K. F., McCracken, L. M., and Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *European journal of pain*, 11, 779-787
- Weissman-Fogel, I., Sprecher, E., & Pud, D. (2007). Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. *Experimental Brain Research*, 186(1), 79-85.
- Leeuw, M., Goossens, M. E. J. B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77-94.
- McCracken, L. M. & Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *Pain research and management*, 7, 45-50.
- McCracken, L. M., Zayfert, C., and Gross, R. T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.
- McInnes, I. B., and O'Dell, J. R. (2010). State-of-the-art: rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69, 1898-1906.
- McWilliams, D. F., Zhang, W., Mansell, J. S., Kiely, P. D., Young, A., Walsh, D. A. (2012). *Predictors of change in bodily pain in early rheumatoid arthritis: the ERAN study*. Arthritis Care Res (Hoboken).
- Melzack, R., and Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Rupp, I., Boshuizen, H. C., Roorda, L. D., Dinant, H. J., Jacobi, C. E., van den Bos, G. (2006). Course of patient-reported health outcomes in rheumatoid arthritis: comparison of longitudinal and cross-sectional approaches. *The Journal of Rheumatology*, 33, 228-33.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J. W. S., & van den Hout, M. A. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111(3), 226-229.
- Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H. L., Ferguson, J. D., Jones, B. (1979). The effects of hypnotic suggestibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 282-292.
- Studenic, P., Radner, H., Smolen, J. S., Aletaha, D. (2012). Discrepancies between patients and physicians in the perception of rheumatoid arthritis disease activity. *Arthritis & Rheumatology*, 64, 2814-23.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing scale development and validation. *Psychological assessment*, 7, 524-532.
- Taylor, P., Manger, B., Alvaro-Gracia, J., Johnstone, R., Gomez-Reino, J., Eberhardt, E., Kavanaugh, A. (2010). Patient Perceptions concerning Pain Management in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Journal of International Medical Research*, 38(4), 1213-1224.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A., & Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98(1), 127-134
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain. *Pain*, 107(1), 70-76.