

ارتباط افسردگی با راهبردهای مقابله با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت: یک مطالعه مقطعی با کنترل شدت درد و مدت زمان ابتلا

نویسندگان: سجاد رضائی*^۱، طاهر افشارنژاد^۲، دکتر موسی کافی^۳، رضا سلطانی^۴ و صفیه فلاح کهن^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه گیلان
۲. کارشناس ارشد علوم ورزشی، مدرس دانشگاه شمال
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد
۵. کارشناس روان‌شناسی دانشگاه گیلان

*E-mail: Rezaei_Psy@hotmail.com

نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: درد مزمن پشت یکی از فراگیرترین انواع درد است و افسردگی اختلالی شایع در میان بیماران مبتلا به درد مزمن است. با این حال تمام بیماران مبتلا به درد مزمن میزان یکسانی از افسردگی را نشان نمی‌دهند. از این رو پژوهشگران اغلب متغیرهای زیست پزشکی و روانشناختی، مخصوصاً راهبردهای مقابله با درد، را برای توجیه تغییرپذیری در ارتباط درد مزمن و افسردگی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. اهداف این پژوهش: (۱) اولویت‌بندی راهبردهای مقابله با درد در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن، (۲) بررسی اثربخشی راهبردهای مقابله در کنترل درد، (۳) بررسی ارتباط این راهبردها با افسردگی و (۴) تعیین راهبردهای مقابله‌ای منتخب برای پیش‌بینی افسردگی با کنترل شدت درد و مدت زمان ابتلا در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت بود.

مواد و روش‌ها: در مجموع ۱۸۵ بیمار (۱۸ تا ۶۸ ساله) با سابقه درد مزمن پشت بیش از ۳ ماه، که به کلینیک‌های تحت بررسی مراجعه کرده بودند، مقیاس‌های شدت درد و پرسشنامه‌های افسردگی، راهبردهای مقابله با درد و اثربخشی مقابله و نیز پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی را تکمیل کردند. نتایج: یافته‌ها مبین آن بود که بیش‌ترین راهبرد به‌کار گرفته شده توسط بیماران دعا و امیدواری، اما اثربخش‌ترین راهبردها در کنترل درد، نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود بود. فاجعه انگاری ناکارآمدترین راهبرد مقابله در کنترل درد بود. نتایج تحلیل همبستگی با کنترل متغیرهای زیست پزشکی (شدت درد و مدت زمان ابتلا) نشان داد که استفاده بیش‌تر از فاجعه انگاری با افسردگی شدیدتر و استفاده بیش‌تر از گفتگو با خود و توجه برگردانی با افسردگی خفیف‌تر همراه است. رگرسیون چند متغیری گام به گام نشان داد که راهبردهای گفتگو با خود و فاجعه انگاری به ترتیب قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های انطباقی و غیرانطباقی افسردگی می‌باشند که ۴۷ درصد از واریانس مشترک نتایج افسردگی را توضیح می‌دهد. ضریب بتا نیز تنها برای این دو راهبرد مقابله‌ای معنادار بود ($p \leq 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که استفاده از راهبردهای مقابله انطباقی (گفتگو با خود و توجه برگردانی) و غیرانطباقی (فاجعه انگاری) در ایجاد خلق افسرده مؤثر است. این راهبردهای مقابله به‌طور بالقوه قابل اصلاح و تعدیل بوده و می‌تواند هدف اقدامات درمانی برای کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت باشد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن پشت، افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای، متغیرهای زیست پزشکی

دوماهنامه علمی -

پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال شانزدهم - شماره ۸۱

تیر ۱۳۸۸

وصول: ۸۸/۲/۸

اصلاحات: ۸۸/۳/۲۲

پذیرش: ۸۸/۴/۱۴

مقدمه

درد مزمن پشت (Chronic back pain) یکی از فراگیرترین انواع درد است که میلیون‌ها نفر در سراسر جهان از آن رنج می‌برند. بنابر اطلاعات همه گیر شناسی ۵۰ تا ۸۰ درصد از جمعیت عمومی دست کم یک بار در زندگی شان از کم‌درد رنج می‌برند (شیوع سالیانه ۳۰ درصد) [۲۱]. درد مزمن پشت علاوه بر هزینه‌های ناشی از ناتوانی و ازکارافتادگی در محیط کار، هزینه‌های بهداشتی سنگینی را نیز بر جامعه تحمیل می‌کند [۳]. علاوه بر ناتوانی جسمی و درد، افسردگی عارضه دیگری است که درصد چشمگیری از مبتلایان به درد مزمن را رنج می‌دهد. میزان شیوع افسردگی عمده (major Depression) در مبتلایان به درد مزمن نسبت به متوسط جمعیت عمومی به‌طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر است (۲۰ درصد در مقابل کم‌تر از ۸ درصد) [۴، ۶، ۵]. هرچند نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از ارتباط بین افسردگی و کم‌درد مزمن هستند، اما نمی‌توان گفت که این رابطه علت و معلولی است، چون عوامل روانی همچون افسردگی همراه با پاره‌ای ویژگی‌های جمعیت شناختی و متغیرهای شناختی - رفتاری نیز از عوامل خطرزای درد پشت و مزمن شدن آن به‌شمار می‌روند [۷، ۸].

اما باید دانست که تمام افراد مبتلا به درد مزمن مشکلات روانشناختی را از خود نشان نمی‌دهند [۹]. برخی پژوهش‌ها گزارش کردند که حتی بیماران مبتلا به درد مزمن که در ظاهر دارای علائم بالینی و تشخیصی همانندی هستند، نیز درجات کاملاً متفاوتی از اختلال در عملکرد روانشناختی را نشان می‌دهند [۱۰]. بنابراین شدت درد به تنهایی برای توضیح افسردگی در این بیماران کافی نیست [۱۱]. درحالی که برخی از بیماران به‌طور مطلوبی با درد خود کنار می‌آیند، دیگران افسردگی قابل ملاحظه‌ای از خود نشان می‌دهند. در واقع درد، خلق را تنها زمانی تحلیل می‌برد که در حوزه زندگی دخالت کرده و بر عملکرد شخص تأثیر بگذارد [۱۲ و ۱۳].

پژوهش‌های بسیاری تلاش کرده‌اند تا عواملی که موجب تنوع سطوح افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود را شناسایی و تبیین کنند. این تلاش‌ها موجب شکل‌گیری الگوهای چندوجهی (زیستی، روانی و اجتماعی) برای توجیه پیامدهای درد گردیده است. این

الگوها نشان می‌دهند 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 (Pain coping strategies) در فرآیند سازگاری با درد نقش مهمی دارند [۱۴ و ۱۵]. پژوهشگران بسیاری بر نقش واسطه‌ای قدرتمند راهبردهای مقابله در تجربه روانی و فیزیولوژیک درد تأکید کرده‌اند. طبق تعریف لازاروس و فولکمن (Lazarus & Folkman) مقابله به کاربرد هدفمند فنون شناختی و رفتاری اطلاق می‌گردد که باهدف از بین بردن، کاهش دادن یا به حداقل رساندن مشکلات یا استرس‌ها به کار می‌رود [۱۶]. وضعیت ناشی از درد مزمن با سازگاری ضعیف همراه است که دربردارنده افسردگی و عزت نفس پایین است [۱۷] و برای توضیح آن از تفاوت بیماران در به‌کارگیری انواع مختلف راهبردهای مقابله یاد شده است [۱۶].

بیماران مبتلا به درد مزمن اغلب ارزیابی‌های منفی و ناسازگارانه‌ای درباره وضعیت و توانایی‌های شان برای کنترل درد دارند. بنابراین مایلند دردشان را به عنوان یک تهدید ارزیابی کنند و در نتیجه به مقابله هیجان مدار (Emotion-focused coping) متوسل شوند [۱۸]. افسردگی علاوه بر تأثیر منفی بر ارزیابی، موجب می‌شود که فرد در شرایط مقابله‌ای تهدید بیش‌تری را انتظار داشته باشد. از این رو، ارتباط معناداری بین روش‌های مقابله هیجان مدار و افسردگی گزارش شده است [۱۹ و ۲۰]. بنابراین، بازسازی شناختی از طریق رویارویی با ارزیابی‌های واقع‌گرایانه نیز می‌تواند میزان افسردگی در این بیماران را کاهش دهد [۱۷]. از سوی دیگر، افراد دارای عزت نفس بالا، بر مقابله مساله مدار (Problem-focused coping) تکیه می‌کنند [۲۱] و کم‌تر افسرده می‌شوند [۲۲]. به‌طورکلی می‌توان گفت کسانی که از راهبردهای مقابله فعال که شامل پایداری در انجام تکالیف به‌رغم وجود درد، فعالیت بدنی و انحراف توجه از درد است، استفاده می‌کنند، میزان کم‌تری از افسردگی و ناتوانی را تجربه می‌کنند. بنابراین این راهبردها از سوی درمانگران به عنوان راهبرد انطباقی برای درد مزمن تلقی شده است [۲۳ و ۲۴]. در مقابل، مقابله غیرفعال شامل در بستر ماندن و مراقبت از قسمت دردناک به عنوان بازتاب درماندگی ادراک شده بیمار در کنترل درد یا اعتماد

همچنین احتمال دارد طولانی شدن مدت زمان ابتلا به درد مزمن، با راهبردهای مقابله‌ای غیر فعال یا غیر انطباقی همچون فاجعه انگاری در رابطه باشد، که این موضوع می‌تواند بر افسردگی ناشی از درد مزمن تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشد و آن را تشدید کند.

بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ارتباط افسردگی و راهبردهای مقابله با کنترل متغیرهای شدت درد و مدت زمان ابتلا به درد در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت است. نتایج بررسی حاضر می‌تواند در کنترل افسردگی به عنوان یکی از پیامدهای درد مزمن نقش مهمی داشته باشد. روانشناسان و بالینگران می‌توانند با اصلاح ارزیابی‌های شناختی، راهبردهای مقابله سازگارانه تری را به بیماران آموزش داده و از سوگیری بیماران به سمت راهبردهای مقابله ناکارآمد و پرمخاطره جلوگیری به عمل آورند.

مواد و روش‌ها

آزمودنی‌ها: ۱۸۵ بیمار (۵۷ مرد و ۱۲۸ زن) مبتلا به درد در این پژوهش شرکت کردند. این افراد در طول چهار ماه جمع‌آوری اطلاعات، برای درمان به ۲ بیمارستان دولتی و ۵ مطب شهر رشت مراجعه کرده بودند. تمامی این بیماران ابتدا توسط پزشکان متخصص معاینه شدند و با تشخیص درد مزمن پشت به پژوهشگران که در همان مکان حضور داشتند، معرفی می‌شدند. ملاک مزمن بودن درد، وجود درد حداقل سه ماه پس از وقوع اولین رخداد کم‌ر درد بود. بیمارانی که دارای علائم و آسیب‌های دستگاه اعصاب مرکزی، نقص پیشرونده حرکتی، آسیب اسفنگترا ناشی از علق عصب شناختی و عفونت دستگاه ادراری بودند از نمونه پژوهش کنار گذاشته شدند. همچنین بیمارانی که قبلاً تحت درمان‌های استروئیدی و جراحی ستون فقرات قرار گرفته بودند نیز به عنوان نمونه پژوهش انتخاب نشدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از چند پرسشنامه و مقیاس استفاده شد. آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه اطلاعات شخصی شامل جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت زمان ابتلا را تکمیل کردند. سپس سایر

به شیوه‌های آن تلقی شده [۲۴ و ۲۵] و در طبقه راهبردهای غیرانطباقی قرار می‌گیرد که بین این شیوه مقابله و افسردگی و نیز سایر پیامدهای نامطلوب ناشی از درد مزمن مکرراً ارتباط یافت شده است [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹].

در این پژوهش برای بررسی راهبردهای مقابله از پرسشنامه راهبردهای مقابله در قالب شش راهبرد شناختی و یک راهبرد رفتاری استفاده شد [۳۱]. استفاده از این پرسشنامه این امکان را می‌دهد که ارتباط بین افسردگی با هر یک از راهبردهای مقابله با کنترل شدت درد و مدت زمان ابتلا به‌طور جداگانه محاسبه گردد. این موضوع اطلاعات بیش‌تری را در رابطه با نقش انطباقی و غیرانطباقی راهبردهای مقابله فراهم می‌آورد [۳۲ و ۳۳]. با وجود اینکه ابزارهای واحدی برای ارزیابی راهبردهای مقابله در انواع مختلف دردهای مزمن و در میان جوامع و فرهنگ‌های مختلف به کار گرفته شده است، اما به نظر می‌رسد فراوانی راهبردهای مقابله در میان فرهنگ‌های مختلف و افراد مبتلا به انواع دردهای مزمن متفاوت است. از این رو برخی پژوهش‌ها به اولویت بندی راهبردهای مقابله با درد مزمن در جوامع و نژادهای مختلف و همچنین بیماری‌های مختلف پرداخته‌اند. همچنین ممکن است برخی راهبردهای مقابله‌ای که از سوی بیمار به کار گرفته می‌شوند، اثربخشی چندانی بر کنترل درد نداشته باشند [۳۱، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸ و ۳۹]. بنابراین اولویت بندی راهبردهای مقابله و ارزیابی اثربخشی آن‌ها دو هدف فرعی مطالعه حاضر می‌باشند.

از سوی دیگر به نظر می‌رسد انواع راهبردهای مقابله می‌تواند عامل شدت درد و طول دوره ابتلا را تحت تأثیر قرار دهد؛ به‌طوری که راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال خصوصاً فاجعه انگاری با شدت درد بیش‌تر و در نتیجه با افسردگی (اما نه با مقابله فعال) رابطه داشته باشد [۳۰ و ۴۱]. در این زمینه پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که شدت درد می‌تواند به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده افسردگی باشد. از سوی دیگر شدت درد در انتخاب نوع راهبرد مقابله نیز می‌تواند اثرگذار باشد برای مثال ترنر (Turner)، ارزک (Ersek) و کمپ (Kemp) برای آزمون این فرضیه که خود اثربخشی به طور معناداری با ناتوانی و افسردگی مرتبط است، شدت درد را در این میان کنترل کردند [۴۲].

۰/۰۵ برای خرده مقیاس نادیده انگاشتن، دعا و امیدواری، توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، فاجعه انگاری، گفتگو با خود و افزایش فعالیت رفتاری به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۵، ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۸۵، ۰/۶۶، ۰/۶۸ گزارش شد.

اثربخشی راهبردهای مقابله: برای سنجش اینکه هریک از راهبردهای مقابله تا چه میزان توانسته درد بیمار را کاهش دهد و نیز تا چه حد موجب احساس کنترل بر درد می‌شود، از مقیاس اثربخشی مقابله استفاده شد، که بخش دیگری از پرسشنامه راهبردهای مقابله می‌باشند. این مقیاس شامل دو عبارت ۷ درجه‌ای مانند سؤالات پرسشنامه راهبردهای مقابله است. روایی و پایایی این مقیاس نیز به همراه پرسشنامه راهبردهای مقابله کاملاً تایید شده است [۳۰ و ۴۴]. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۰ محاسبه گردید.

افسردگی: برای سنجش افسردگی از فرم کوتاه مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه‌گیرشناختی (center for epidemiological studies short depression scale (CES-D 10)) استفاده شد [۴۵]. این پرسشنامه ترجمه نسخه انگلیسی فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی ناشی از درد مزمن است که برای نخستین بار توسط رادلف (Radloff) (۱۹۷۷) طراحی شده بود [۴۶]. پرسشنامه اخیر ۱۰ عبارت دارد و به صورت چهارگزینه‌ای (از ۰ اصلاً تا ۳ همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. مقادیر بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیش‌تر در بیمار است. روایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی توسط لوریگ (Lorig) و همکاران (۲۰۰۱) بر روی ۶۰۵ فرد مبتلا به بیماری‌های مزمن تایید شده و ضریب پایایی ۰/۸۴ برای آن گزارش شده است [۴۵]. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۵ در سطح ۰/۰۵ محاسبه گردید.

چگونگی اجرای پژوهش: برای اجرای پژوهش ابتدا روایی محتوا و پایایی مقیاس‌ها و پرسشنامه‌ها بررسی و مورد تایید قرار گرفت. سپس با کمک پزشکان متخصص و نیز پرسشنامه اطلاعات شخصی، آزمودنی‌ها غربال شدند. آزمودنی‌های ی که واجد ملاک‌های عدم شمول (علایم و آسیب‌های زیست- پزشکی) و سابقه درد کم‌تر از ۳ ماه پس از وقوع اولین رخداد آن، طبق تشخیص پزشک

پرسشنامه‌ها را تحت نظر و آموزش پژوهشگران به دقت به اتمام رساندند.

شدت درد: برای اندازه‌گیری شدت درد ادراک شده از مقیاس درجه‌بندی عددی (Numeric rating scale) (NRS) استفاده شد. این مقیاس شامل خط مدرج ۱۰ سانتی‌متری است که اعداد روی آن از صفر (عدم وجود درد) تا ۱۰ (شدیدترین درد ممکن) درجه‌بندی شده‌اند. ملاک شدت درد، عددی بود که بیمار دور آن را خط می‌کشید. این مقیاس به‌طور گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مورد استفاده قرار می‌گیرد و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است [۴۳].

راهبردهای مقابله با درد: برای سنجش راهبردهای مورد استفاده بیماران برای مقابله با درد مزمن پشت از پرسشنامه راهبردهای مقابله استفاده شد [۳۱]. این پرسشنامه شامل ۴۲ عبارت است که شش راهبرد مقابله شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو باخود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه انگاری و دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد (برای هر راهبرد مقابله‌ای شش عبارت وجود دارد). از آزمودنی خواسته شد تا عبارت‌ها را به دقت خوانده و با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر عبارت استفاده کرده است. نمره‌های عبارات مربوط به هر راهبرد با هم جمع می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیش‌تر از راهبرد موردنظر است. لازم به ذکر است که در بخش روش‌شناسی پیرامون چگونگی اجرای پرسشنامه CSQ بر روی افراد بی سواد توضیح بیش‌تری داده شده است. این پرسشنامه نخستین بار توسط روزنتایل و کیف (Rosenstiel & Keefe) (۱۹۸۳) در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن هنجاریابی شده است [۳۱] و پس از آن در مطالعات مختلفی روایی و پایایی آن تأیید شده است. برای مثال اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴) ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی بررسی کرده و ضریب پایایی خرده مقیاس‌های آن را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین نتایج مطالعه آن‌ها روایی ملاکی و روایی پیش بین این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داد [۴۴]. در این پژوهش پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در سطح

همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین راهبردهای مقابله با افسردگی و به منظور حذف تأثیر احتمالی متغیرهای شدت درد و مدت زمان ابتلا در بررسی این رابطه از ضریب همبستگی سهمی استفاده شد. رگرسیون چندمتغیری نیز برای بررسی میزان مشارکت هریک از متغیرهای موردنظر در واریانس افسردگی به کار گرفته شد. کلیه تحلیل‌ها در سطح $p \leq 0.05$ انجام شد. همچنین کلیه عملیات آماری توسط نرم‌افزار SPSS (Ver13.0) انجام گرفت.

نتایج

جدول ۱ اطلاعات توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات) ویژگی‌های جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد، آزمودنی‌ها سنی بین ۱۸ تا ۶۸ سال دارند و تقریباً میانسال هستند. مدت زمان ابتلا به درد آن‌ها از سه ماه تا ۵۰ سال متغیر است. برخی از بیماران هیچ سطحی از افسردگی را گزارش

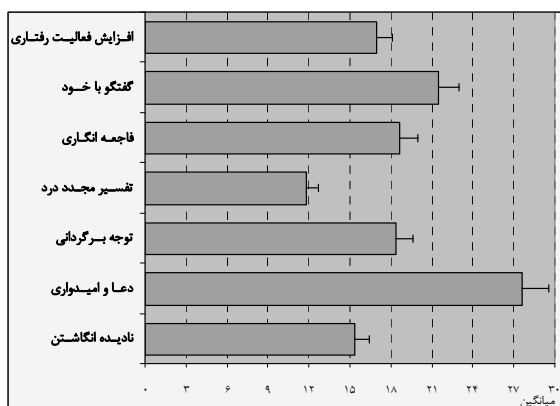
متخصص بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. لازم به توضیح است که برای آزمودنی‌ها بی سواد، هریک از عبارات پرسشنامه دقیقاً خوانده شد و معنای آن‌ها توضیح داده می‌شد، سپس پاسخ‌های کلامی آن‌ها در گزینه‌های مربوط ثبت گردید. از این رو برای نمونه‌های بی سواد ابتدا نحوه نمره دهی به مقیاس‌های لیکرتی به آن‌ها آموزش داده شد، سپس هر یک از عبارات‌های پرسشنامه CSQ به دقت خوانده می‌شد و پس از درک کامل بیمار از اولین عبارت پرسشنامه و پاسخگویی به آن عبارت بعدی با رعایت احتیاط مبنی بر داشتن لحنی خنثی در خواندن، سؤالات پرسیده می‌شد. جمع‌آوری اطلاعات در مجموع ۴ ماه بطول انجامید و در طول این دوره پژوهشگران با همکاری مراکز درمانی با صرف وقت و دقت فراوان نسبت به جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و اطلاعات بالینی اقدام کردند.

تجزیه و تحلیل آماری

از داده‌های آمار توصیفی ($M \pm SD$) و درصد برای نمایش اطلاعات به صورت جدول و نمودار استفاده شد. از ضریب

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات ویژگی‌های دموگرافیک و متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	دامنه تغییرات	میانگین	انحراف استاندارد
سن (سال)	۱۸-۶۸	۴۳/۲۹	۱۱/۶۸
مدت زمان ابتلا به درد (ماه)	۳-۶۰۰	۴۷/۵۳	۷۶/۱۳
شدت درد	۱-۱۰	۶/۴۵	۲/۵۲
افسردگی	۰-۲۹	۱۳/۷۳	۷/۷۵
راهبردهای مقابله	نادیده انگاشتن	۰-۳۶	۸/۳۷
	دعا و امیدواری	۴-۳۶	۲۷/۶۲
	توجه برگردانی	۰-۳۶	۱۸/۳۷
	تفسیر مجدد درد	۰-۳۳	۱۱/۸۲
	فاجعه انگاری	۰-۳۶	۱۸/۶۳
	گفتگو با خود	۳-۳۶	۲۱/۵
	افزایش فعالیت رفتاری	۰-۳۶	۱۶/۹۲
اثربخشی مقابله	احساس کنترل بر درد	۰-۶	۱/۵۷
	توانایی کاهش درد	۰-۶	۳/۱۴



نمودار ۱. مقایسه راهبردهای مقابله با درد مزمن در آزمودنی‌های پژوهش

نتایج نشان می‌دهد که بین تمامی راهبردهای مقابله با اثربخشی مقابله همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و این همبستگی تنها در مورد فاجعه انگاری منفی است. بین راهبردهای مقابله و افسردگی نیز بجز راهبرد دعا و امیدواری همبستگی منفی و معناداری وجود دارد که این رابطه تنها در مورد فاجعه انگاری مثبت است. همچنین با کنترل متغیرهای شدت درد و مدت زمان ابتلا روابط بین متغیرها چندان تغییر نکرد. تنها شدت ارتباط بین متغیرها بجز ارتباط دعا و امیدواری با اثربخشی مقابله اندکی کاهش یافت.

نکردند و برخی دیگر سطوح بالایی از افسردگی را از خود نشان دادند. همچنین دامنه شدت درد و نیز میزان اثربخشی راهبردهای مقابله در بیماران شرکت‌کننده بیش‌تر از حد متوسط بوده است. ۸۹ درصد آزمودنی‌ها متاهل و بقیه مجرد یا مطلقه بودند. تقریباً ۱۹ درصد آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و ۲۷ درصد آن‌ها نیز دیپلم داشتند. بیش از نیمی از آزمودنی‌ها دارای تحصیلات زیردیپلم بودند که از این مقدار حدود ۱۶ درصد از آن‌ها بی سواد بودند.

همان‌طور که در نمودار ۱ ملاحظه می‌گردد، در میان راهبردهای مقابله دعا و امیدواری بیش‌ترین میانگین را دارا است. پس از آن گفتگو با خود دارای بالاترین میانگین است. تفسیر مجدد درد نیز کم‌ترین میانگین را در میان راهبردهای مقابله داراست.

جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین ارتباط بین راهبردهای مقابله و افسردگی را نشان می‌دهد. همچنین به منظور حذف تأثیر واسطه‌گری شدت درد و مدت زمان ابتلا در میان ارتباط راهبردهای مقابله با افسردگی این متغیرهای زیست پزشکی توسط همبستگی سهمی کنترل شدند که مقادیر آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ارتباط بین افسردگی با راهبردهای مقابله با درد با کنترل و بدون کنترل شدت درد و مدت زمان ابتلا

متغیرها	افسردگی		اثربخشی مقابله	
	ضریب همبستگی پیرسون	ضریب همبستگی سهمی	ضریب همبستگی پیرسون	ضریب همبستگی سهمی
شدت درد	*-۰/۱۷۶	-	*۰/۲۰۱	-
مدت زمان ابتلا	-۰/۰۲۱	-	۰/۰۳۷	-
نادیده انگاشتن درد	*۰/۴۷۲	*۰/۴۵۴	*-۰/۲۲۹	*-۰/۲۰۰
دعا و امیدواری	*۰/۱۷۲	*۰/۱۸۴	-۰/۰۴۷	-۰/۰۳۹
توجه برگردانی	*۰/۳۹۴	*۰/۳۹۱	*-۰/۲۴۹	*-۰/۲۴۲
تفسیر مجدد درد	*۰/۳۰۴	*۰/۲۸۳	-۰/۱۳۴	-۰/۱۰۴
فاجعه انگاری	*-۰/۵۵۶	*-۰/۵۳۶	*۰/۶۶۷	*۰/۶۴۹
گفتگو با خود	*۰/۴۶۹	*۰/۴۶۸	*-۰/۲۷۸	*-۰/۲۷۳
افزایش فعالیت رفتاری	*۰/۴۶۲	*۰/۴۴۶	*-۰/۲۲۷	*-۰/۲۰۰

* در سطح $P < 0/05$ معنادار است.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام برای پیش بینی افسردگی با استفاده از راهبردهای مقابله

شاخص ها				متغیرها
تولانس	Sig.	t	ضریب β	متغیر منتخب
-	*.۰/۰۰۰	۱۱/۵۶۱	۰/۶۳۹	فاجعه انگاری
-	*.۰/۰۰۷	-۲/۷۳۸	-۰/۱۵۱	گفتگو با خود
			Beta In	متغیرهای حذف شده
۰/۷۰۸	۰/۵۴۲	۰/۶۱۱	۰/۰۳۹	نادیده انگاشتن درد
۰/۷۶۸	۰/۹۹۶	۰/۰۰۵	-۰/۰۰	دعا و امیدواری
۰/۶۰۶	۰/۲۰۱	-۱/۲۸۳	-۰/۰۸۹	توجه برگردانی
۰/۸۴۲	۰/۷۹۷	-۰/۲۵۸	-۰/۰۱۵	تفسیر مجدد درد
۰/۶۵۸	۰/۸۱۰	۰/۲۴۰	۰/۰۱۶	افزایش فعالیت رفتاری
افسردگی =+ (گفتگو با خود) -۰/۱۵۸ - (فاجعه انگاری) +۰/۵۲۱ +۷/۳۶۲			$R^2=۰/۴۷۴$ $SE_E=۵/۶۲$ $p<۰/۰۰۱$	خلاصه مدل

ملاک‌های غربالگری پزشکی مبتلا به درد مزمن پشت بودند، شرکت داشتند. براساس یافته‌های این مطالعه بیماران علی‌رغم مراجعات مکرر به مراکز درمانی و مصرف دارو به طور میانگین تقریباً ۴ سال دچار درد مزمن پشت اعم از عودکننده (Recurrent) (سابقه درد بیش از ۳ ماه با دوره‌های بهبود و عود مجدد) و مستمر (Persistent) (سابقه درد بیش از ۳ ماه بدون دوره بهبود) بوده‌اند. این یافته‌ها به خوبی مبین وجود درد مقاوم به درمان است. به‌علاوه، این بیماران با میانگین شدت دردی بیش از حد متوسط دست به گریبان بوده‌اند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمرات مقیاس افسردگی در بیماران شرکت‌کننده ۱۳/۷۳ (۷/۷۵) بود که در مجموع طبق هنجار مقیاس، بیانگر خلقی افسرده در میان بیماران مبتلا به درد مزمن پشت است. این میانگین اندکی بالاتر از میانگین افسردگی در مطالعه انجام شده توسط لوریگ و همکاران [۴۵] بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن است، که می‌تواند مبین ماهیت ناتوان‌کننده‌تر درد مزمن پشت نسبت به مجموع بیماری‌های دارای ویژگی درد مزمن، باشد. این در حالی است که در پژوهش‌های گذشته نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، مشخص شده است که میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به کم‌رشد مزمن بیش از میزان

برای تعیین قوی‌ترین راهبردهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی رگرسیون چندمتغیری گام به گام اجرا شد. نتایج این تحلیل شامل ضریب تعیین (R^2)، خطای استاندارد برآورد (SE_E)، ضریب β ، مقادیر t و سطح معناداری در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد رگرسیون چندمتغیری گام به گام دو راهبرد فاجعه انگاری و گفتگو با خود را به عنوان متغیرهای منتخب برای پیش‌بینی افسردگی انتخاب کرده است. این دو متغیر به تنهایی تقریباً ۴۷ درصد واریانس مشترک نتایج افسردگی را توضیح می‌دهند. در این مورد ضریب بتا در مورد هر دو متغیر معنادار بود. با اضافه شدن شدت درد و مدت زمان مبتلا به مدل میزان پیش‌بینی واریانس مشترک افسردگی تغییر نکرد ($p \leq ۰/۰۰۰۱$). نتایج تحلیل هم‌خطی (Co-linearity) پیرامون مدل نیز نشان داد که با وجود ارتباط بین متغیرهای پیش‌بین، آن‌ها هم‌خطی بالایی نسبت به یکدیگر ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین افسردگی و راهبردهای مقابله در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت با کنترل متغیرهای زیست‌پزشکی همچون شدت درد و مدت زمان مبتلا انجام شد، که در آن ۱۸۵ بیمار که واجد

آن در جمعیت عمومی جامعه است (۲۰ درصد در برابر ۵ تا ۸ درصد) [۹۵،۴].

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل شکست در دستیابی به تسکین درد، مشکلات روانشناختی خاصی نظیر افسردگی را از خود نشان می‌دهند که آن‌ها را از بیماران دارای درد حاد متمایز می‌سازد. برای نمونه اشترباخ (Sternbach) و همکاران گروهی از بیماران دارای کم‌درد حاد و کم‌درد مزمن را مقایسه کردند، بخشی از نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که دو گروه مورد مطالعه به‌طور معناداری در میزان افسردگی با یکدیگر تفاوت داشتند. این نتایج همچنین نشان می‌دهد که در مراحل اولیه درد، مشکلات روانشناختی به وجود نمی‌آید، بلکه به موازات اینکه درد مزمن می‌شود، تغییرات روانشناختی نیز رخ می‌دهد. این دگرگونی‌ها احتمالاً به ناراحتی مستمر، ناامیدی و اندیشیدن به دردی که بر زندگی بیمار مسلط می‌گردد، مربوط می‌شود [۴۷]. این وضعیت باعث می‌شود که فرد احساس ناتوانی و ناکامی بکند و براساس دیدگاه شناختی بک (Beck) [۴] لفکار ناکارآمد در وی شکل گرفته و احتمال بروز علائم افسردگی را در او قوت بخشد [۴۸].

یافته‌های این مطالعه همچنین حاکی از آن است که بیماران مورد مطالعه در مواجهه با درد پشت برخی از راهبردها مانند امیدواری- دعا و گفتگو با خود را بیش‌تر از راهبردهای دیگر مانند تفسیر مجدد درد و توجه برگردانی مورد استفاده قرار داده‌اند (نمودار ۱). همچنین یافته‌ها نشان داد درحالی که همه راهبردهای مقابله با اثربخشی مقابله ارتباط مستقیمی داشتند، اما فاجعه‌انگاری رابطه معکوسی با اثربخشی داشت، این بدین معناست که استفاده بیش‌تر از راهبرد غیرانطباقی فاجعه‌انگاری با احساس کنترل و توانایی کاهش درد کم‌تر در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت همراه است. این روابط حتی با کنترل متغیرهای زیست‌پزشکی (شدت درد و مدت زمان ابتلا)، تغییر چندانی نکرد. در تبیین این روابط ترنر (Turner)، جنسن (Jensen) و رومانو (Romano) (۲۰۰۰) بیان می‌کنند که در اثربخشی راهبردهای مقابله مختلف، تفاوت‌های بین فردی و درون فردی بسیاری وجود دارد. راهبردهای مقابله مختلف و ترکیبی از آن‌ها ممکن است در زمان‌های متفاوت استفاده شود و اثربخشی لازم را در احساس کنترل

و توانایی کاهش درد را داشته باشد. همچنین مقابله موفقیت‌آمیز ممکن است به تنوع گسترده‌ای از عوامل نظیر اهداف شخصی، پاسخ‌های خانوادگی و متغیرهای محیطی وابسته باشد و غیرمحمول به نظر می‌رسد که استفاده از یک راهبرد مقابله واحد بتواند به‌طور مداوم به شکست یا موفقیت در احساس کنترل و توانایی و کاهش درد منتهی شود [۱۴].

همسو با یافته‌های مطالعه حاضر برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که گرایش به فاجعه‌انگاری در طی تحریک دردناک در شدت بخشیدن درد و افزایش ناراحتی هیجانی نقش دارد. فاجعه‌انگاری به‌طور گسترده‌ای به عنوان یک آمایه ذهنی (Dysvik) منفی اغراق شده تعریف شده است که در طی وقوع تجربه درد واقعی یا مورد انتظار پدید می‌آید [۴۹]. همچنین نتایج این پژوهش حاکی از آن است، در حالی که استفاده بیش‌تر از راهبرد غیرانطباقی فاجعه‌انگاری با افسردگی شدیدتر همراه است، استفاده بیش‌تر از دو راهبرد مقابله‌ای انطباقی گفتگو با خود و توجه برگردانی با افسردگی خفیف‌تر همراه بوده است. در این میان حتی با کنترل متغیرهای زیست‌پزشکی (شدت درد و مدت زمان ابتلا) این روابط همچنان معنادار باقی ماندند. این یافته‌های نیز با نتایج پژوهش‌های دیگر که روی بیماران مبتلا به انواع درد مزمن انجام شده است، همسو است [۱۴، ۴۱، ۴۴، ۴۹، ۵۰، ۵۱] به عنوان مثال سالیوان (Sullivan) و همکاران (۲۰۰۱) در توجیه مرتبط بودن فاجعه‌انگاری با افسردگی و درد جسمی مطرح کرده‌اند که فاجعه‌انگاری معمولاً با افکار و اغتشاشات ذهنی (psychological distress) همراه است. به‌علاوه در مورد افرادی که با دردهای مزمن مواجه هستند و از درمان‌های مختلف استفاده می‌کنند، وقتی این درمان‌ها تأثیر جدی در کاهش دردشان نداشته باشد احساس یأس، ناامیدی و درماندگی می‌کنند و در این شرایط نشانه‌های افسردگی تشدید می‌شود [۴۹].

همچنین بناور (Buenaver) و همکاران (۲۰۰۸) در مورد مرتبط بودن فاجعه‌انگاری با تجربه درد و افسردگی مطرح کردند که فاجعه‌انگاری باعث می‌شود که فرد توجه انتخابی به بعضی محرکات داشته باشد. افراد فاجعه‌انگار نمی‌توانند بر درد خویش تسلط پیدا کنند یا آن را به ناخودآگاه خویش بسپارند. این افراد اشتغال ذهنی زیادی

معناداری در افزایش قدرت پیش‌بینی مدل نداشتند. این موضوع در ترتیب مراحل درمانی افسردگی ناشی از درد مزمن در بستر رویکرد شناختی-رفتاری اهمیت خاصی دارد و مبین این است که در درمان ابتدا باید بیمار را به کاهش استفاده از فاجعه‌انگاری به‌عنوان راهبرد مقابله با درد تشویق کرده و سپس نسبت به جایگزینی آن با یک راهبرد مقابله‌ای انطباقی همانند گفتگو با خود اقدام کرد. سرانجام با اضافه شدن متغیرهای زیست پزشکی (شدت درد و مدت زمان ابتلا) میزان قدرت پیش‌بینی مدل تغییر نکرد که حاکی از عدم تأثیرگذاری این متغیرها در پیش‌بینی افسردگی از طریق راهبردهای مقابله است. بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه اصغری و گلک [۴۴] در پیش‌بینی افسردگی همسو است. نتایجی که از این پژوهش به‌دست آمد نشان می‌دهد که نوع راهبردهای مقابله مورد استفاده می‌تواند روی شدت درد و میزان خلق افسرده در بیماران تأثیر بگذارد. با این حال پژوهش حاضر نمی‌تواند علی و معلولی بودن این روابط را ثابت کند. مشکل عمده ماهیت دو طرفه ارتباط بین متغیرها است، یعنی همان‌گونه که برخی راهبردهای مقابله همچون فاجعه‌انگاری سلامت هیجانی بیمار را به خطر می‌اندازد و بر رفتارها و شناخت‌هایش تأثیر می‌گذارد، ممکن است خلق منفی و شناخت‌های فاجعه‌انگاره نیز درد بیماران را تشدید کند [۵۵و۵۴].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به احتمال سوگیری نمونه خود انتخابی (Self - election) اشاره کرد؛ بدین معنی که بیمارانی در این پژوهش شرکت کرده‌اند که مایل به شرکت در آن بوده‌اند، همچنین ۱۶ درصد از آزمودنی‌ها بی‌سواد بودند که پرسشنامه راهبردهای مقابله روی آن‌ها روایی و پایایی سنجی نشده است. بنابراین باید در تعمیم داده‌ها به جمعیت بالینی گسترده‌تر بیماران مبتلا به درد مزمن پشت احتیاط کرد. محدودیت قابل توجه دیگر این است که در این پژوهش تنها متغیرهای شدت درد و مدت زمان ابتلاء در رابطه بین افسردگی و راهبردهای مقابله کنترل شدند. بنابراین عوامل اثرگذار دیگری همچون عوامل اقتصادی-اجتماعی، وضعیت شغلی، از کار افتادگی، ناتوانی جسمی، سازه خود اثربخشی و غیره ممکن است این روابط را تحت تأثیر قرار دهند که باید در پژوهش‌های آتی کنترل شده و یا به‌عنوان

به درد دارند و با توجه به پیش‌بینی درد، عملکرد شناختی و جسمی خود را مختل می‌کنند. این افراد در مورد احساسات بدنی خودشان سردرگم هستند و حتی فاجعه‌انگاری می‌تواند مستقیماً بر فرآیند درد در دستگاه عصبی مرکزی اثر بگذارد [۴۱]. در این مورد، این پژوهشگران به دو مطالعه انجام شده با MRI (magnetic resonance imaging) استناد کردند [۵۱و۵۰] که براساس آن در افرادی که مبتلا به درد مزمن بودند، فعالیت آن قسمت از قشر مخ که با فعالیت‌های عاطفی، از جمله افسردگی ارتباط دارد، بیش‌تر بود. همچنین در پژوهش دیس و یک^۵ و همکاران (۲۰۰۵) نیز بین مدت زمان ابتلا به درد مزمن بیماران و افسردگی آن‌ها رابطه‌ای وجود نداشت که همسو با یافته پژوهش حاضر است. این یافته می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن پشت ممکن است مستقل از مدت ابتلا به درد باشد که البته این موضوع نیازمند پژوهش‌های بیش‌تر در این زمینه است [۵۲].

ترنر، ارزگ و کمپ (۲۰۰۵) در پژوهش جداگانه‌ای نتیجه گرفتند که بین خود اثربخشی (self efficacy) و ناتوانی مربوط به درد و افسردگی ارتباط منفی و معناداری وجود دارد، اما خود اثربخشی با راهبردهای مقابله با درد همچون پشتکار و انجام وظایف، ورزش کردن و گفتگوی مثبت با خود ارتباط مثبت و معناداری داشت. این پژوهشگران در توجیه یافته‌های خود که بخشی از آن هماهنگ با پژوهش حاضر است، بیان می‌کنند که خود اثربخشی معمولاً با مقابله فعال و سازگارانه همراه است و باعث می‌شود که فرد به جای اجتناب از موقعیت‌ها به آن‌ها گرایش پیدا کند و پشتکار و تلاش بیش‌تری از خود نشان دهد [۴۲].

نتایج رگرسیون چند متغیری گام به گام به‌منظور تعیین مشارکت راهبردهای مقابله در پیش‌بینی شدت افسردگی نشان داد که تنها متغیرهای فاجعه‌انگاری و گفتگو با خود توانستند مشارکت معناداری در پیش‌بینی شدت افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت داشته باشند. این دو متغیر به‌تنهایی ۴۷ درصد از واریانس مشترک نتایج افسردگی را توضیح دادند که در این میان سهم راهبرد غیرانطباقی فاجعه‌انگاری بیش‌تر از راهبرد انطباقی گفتگو با خود بود. سایر راهبردهای مقابله با درد مشارکت

و راهبردهای گفتگو با خود و نادیده انگاشتن درد و اجتناب از درگیری با افکار و راهبردهای مقابله غیرانطباقی نظیر فاجعه انگاری آموزش داده می‌شود، مفید واقع گردد و به بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از زیان‌های ناشی از افسردگی و نهایتاً افت عملکردی بیماران مبتلا به درد مزمن پشت کمک نماید.

تقدیر و تشکر

بخشی از داده‌های مورد استفاده در این مطالعه در کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) و بیمارستان رازی شهرستان رشت گردآوری شده است. نویسندگان مقاله بدین‌وسیله مراتب تشکر خود را از مساعی آقایان دکتر شاهرخ یوسف‌زاده و دکتر سید حبیب زینی و سایر مسئولان و کارکنان دو واحد مذکور اعلام می‌دارند. همچنین از آقای دکتر محمدعلی اصغری مقدم به خاطر در اختیار قرار دادن برخی منابع پژوهش قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Zinzen, E. Epidemiology: Musculoskeletal problem in Belgium nurses. In: Reily, T, editor. Musculoskeletal disorders in health – related occupations. Ohmsha: Ios press. 2002; 41-67.
2. Frymoyer, J.W., Cats-Baril, W.L. An overview of the incidences and costs of low back pain. Orthoped Clin N Am. 1991; 71: 22:263.
3. Van Tulder, M.W., Koes, B.W., Bouter, L.M. A cost of illness study of back pain in the Nether lands. Pain, 1995; 62: 233-240.
4. Kessler, R.C., Berglund, P, Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.K., Walters, E.E., Wang, P.S. The epidemiology of major depressive disorder. Results from National co-morbidity Survey Replication (NCS-R). Journal of American Medical Association, 2003; 289: 3095-3105.
5. Currie, S.R., Wang, J. Chronic back pain and major depression in general Canadian population. Pain, 2004; 60:107:54.
6. Romano, J.M. Turner, J.A. Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship, Psychol Bull, 1985; 97:18-34.
7. Linton, S.J., Anderson, I. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. Spin, 2000; 25: 2825-2831
8. Buer, N., Linton, S.J. fear-avoidance beliefs and catastrophizing: Occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. Pain, 2002; 99: 485-91.
9. Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J.M., Jorm, L.R., Williamson, M., Cousins, M.J. Chronic pain in Australia: a prevalence study. pain. 2001; 89:127-134.

متغیرهای پیش بین دخالت داده شوند. به عنوان مثال می‌توان می‌گفت که ممکن است بخشی از افسردگی بیماران مبتلا به درد پشت به دلیل خود اثربخشی پایین و یا ناتوانی از انجام دادن وظایف شغلی و فعالیت‌های روزمره زندگی باشد. تکیه این پژوهش بر اندازه‌گیری‌های خودسنجی محدودیت دیگر آن است. هرچند، چنین روش‌هایی برای ارزیابی فعالیت‌های ادراکی و حالات خلقی و راهبردهای مقابله با درد ضروری است، اما می‌تواند تحت تأثیر عوامل بسیار زمانی و مکانی تغییرپذیر باشد. در این پژوهش سعی گردید با استفاده از ابزارهای سنجش دارای ویژگی‌های روانسنجی قوی که قبلاً در نمونه‌های گسترده و بالینی اجرا گردیده است بر معایب بالقوه آن غلبه شود.

روی هم رفته شناسایی عواملی که در رابطه بین راهبردهای مقابله و افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن و به ویژه مکانیسم‌هایی که این روابط را تشریح می‌کند، می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را برای شکل‌گیری تحقیقات مداخله‌ای در بستر رویکرد شناختی – رفتاری ارائه نماید. برای مثال مداخله در نحوه به‌کارگیری راهبردهای مقابله می‌تواند در دراز مدت رضایت و اثربخشی بیش‌تری برای تغییر حالت خلق افسرده بیماران مبتلا به درد مزمن به بار بیاورد تا کاهش موقت در شدت درد و خلق منفی توسط روش‌های دارو درمانی مکرر.

در مجموع درباره اولویت بندی راهبردهای مقابله می‌توان گفت دعا-امیدواری و تفسیر مجدد درد هر یک به ترتیب پرکاربردترین و کم‌کاربردترین راهبردهای مورد استفاده بیماران مبتلا به درد مزمن پشت بودند. با این وجود گفتگو باخود و نادیده انگاشتن درد جزء اثر بخشترین راهبردها در کاهش و کنترل درد یافت شدند. نتایج پژوهش حاضر همچنین مبین آن است که راهبرد فاجعه انگاری حتی پس از متغیرهای زیست-پزشکی همچون شدت درد و مدت زمان ابتلا قوی‌ترین ارتباط را با افسردگی داشت. علاوه بر آن راهبردهای فاجعه انگاری و گفتگو با خود به ترتیب قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های انطباقی و غیر انطباقی افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت بودند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌های درمانی شناختی رفتاری درد مزمن پشت که در آن مهارت‌های مقابله اثربخش با درد نظیر استفاده از افکار

10. Rudy, T.E., Turk, D.C., Zaki, H.S, Curtin, H.D. An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibula disorders. *Pain*, 1989; 36:311-320.
11. Turk, D.C., Monarch, E.S. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: D.L., Turk and R.J. catchel (eds.) *psychotical approaches to pain management zed editation..2002*; pp.3-29, New York: Cuilford press.
12. Rudy, T.E, Kerns, R.D., Turk, D.C. chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral medication model. *Pain*, 1988; 35:129-140.
13. Turk, D.C., okifuji, A., Scharff, L. Chronic pain and depression: Role of perceives impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 1995; 61:93-101.
14. Turner, J., Jensen, M.P., Romano, J. Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 2000; 85; 115-125.
15. Turk, D.C., okifuji, A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and Revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2002; 70:678-690.
16. Lazarus, R.S., Folkman, S. *Stress, appraisals and coping*. New York: Springer. 1984.
17. Boothby, J., Thorn, B.E., Stroud, M.W., Jensen, M.P. coping with pain. In: catchel, R.J., Turk, D.C. (Eds.), *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives*. The Guilford press, Now York. 1999; 343-359.
18. Smith, C.A., Wallston, K.A. application of a general model. *Health psychology*.1992; 11:151-162.
19. De Ridder, D., and Schreurs, K. Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical psychology Review*.2001; 21:205-240.
20. Endler, N.S., Corace, k.M., Summerfeldt, L.J., Johnson, J.M., Rothbart, P. coping with chronic pain. *Personality and individual Differences*. 2003; 34: 323-346.
21. Terry, D.J. Determinant of coping: the role of stable and situational factor. *Journal of personality and social psychology*.1994; 66:895-910.
22. Bednar, R.L., Peterson, S.R. *Self-esteem, paradoxes and Innovation in Clinical Theory and practice*, second edition. American psychology Association, Washington, D.C.1995
23. Romano, J.M., Jemsem, M.P., Turner, J.A. The chronic pain coping inventory: reliability and validity. *Pain*, 2003; 104:65-73.
24. Tan, G., Jensen, M.P., Robinson-whelen, S., Thornby, J.K., Monga, T.N. Coping with chronic pain: A comparison of two measures. *Pain*, 2001; 90:127-133.
25. De Good, D.E., Tait, R.C. Assessment of pain beliefs and pain coping, In Turk, D.C., Melzack, R(eds.): *Handbook of pain assessment*. 2nd Ed. New York. The Guliford press.2001; 320-3445.
26. Carroll, L., Mercado, A.Q.C. Cassidy, J.D., Cote, P. A population – based study of factors associated with combinations of active and passive coping with pain. *J., Rehabilitation Med*, 2002; 34:67-72.
27. Mercado, A.C., Carroll, L.J., Cassidy, J.D., Cote. P. Coping with neck and low back pain in the general population. *Health psychol*, 2000; 19:333-338.
28. Soares, J.J.F., Sun din, O., Grosse, G. The stress of musculoskeletal pain. A comparison between primary care patients in various ages. *J Psychosom Res*, 2004; 56:297-305.
29. Tan, G., Nguyen, Q., Anderson, K, Jensen, M.P., Thornby, J. Further validation of the chronic pain coping Inventory. *Pain*, 2005; 6:29-40.
30. Lopez – Martinez, A.E., Esteve-Zarazaga, R., Ramirez-Maestre, C. Perceived social support and coping Responses Are Independent Variables Explaining pain Adjustment among Chronic pain patients. *Journal of pain*, in press; 2008.
31. Rosenstiel, A.K., Keefe, F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patient: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 1983; 17:33-44.
32. Dozois, D.J.A., Dobson, K.S., Wong, M., Hughes, D, Long A. Predictive utility of the CSQ in low back pain: individual Vs. Composite measures. *Pain*, 1996; 66:171-180.
33. Jensen, M.P., Turner, J.A, Romano, J.M. chronic pain coping measures: Individual VS Composite Scores. *Pain*, 1992; 51:273-280.
34. Turner, J.A., Clancy, S. Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. *Pain*, 1986; 24:355-364.
35. Parker, J.C., Smarr, K.L., Buesher, K.L., et al. Pain control and vat ional thinking: implications for rheumatoid arthritis. *Atrhr Rheumatol*, 1989; 90:32:984.
36. Lawson, K.C., Reesor, K.A., Keefe, F.J, et al. Dimension of pain related cognitive coping strategy Questionnaire. *Pain*, 1990; 43:195-204.
37. Sullivan, M.J.L., Neish, N. catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Comm. Dent oral Epidemiol*, 1998; 37:243-50.
38. Sullivan, M.J.K., Rouse, D., Bishop, S. et al. Thought suppression, Catastrophizing, and pain. *Cognitive therapy Research*, 1997; 21:55-68.
39. Beckham, J. C., Jeefe, F.J, Cald well, D.S., et al. Pain coping strategies in rheumatoid arthritis: relationships to pain, disability, depression and daily hassles. *Behavioral Therapy*, 1991; 22:113-24.
40. Severijns, R., Vlaeyen, J.W.S., Van den Hout, M.A., Weber, W.E.J. Pain catastrophizing predicts pain intensity and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of pain*, 2001; 17:165-172.
41. Buenaver, L.F., Edwards, R.R., Smith, M.T., Gramling, S.E., Haythornthwaite, J.A. Catastrophizing and pain coping in Young Adults: Associations with Depressive symptoms and Headache pain. *Journal of pain*, 2008; 9: 311-319.
42. Turner, J.A., Ersek, M., Kemp, C. Self-Efficacy for Managing pain Is Associated with Disability, Depression, and pain coping Among Retirement Community Residents with Chronic pain. *The Journal of pain*, 2005; 6:471-479.
43. Munoz, C.L., Deleon, S.P., Feinstein, A.R. and et al. Comparison of Three Rating Scales for Measuring Subjective phenomena in Clinical Research I. Use of Experimentally Controlled Auditory Stimuli. *Archives of Medical Research*. 2004; 35(1): 43-48.

۴۴. اصغری مقدم، محمدعلی، گلک، ناصر نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. دانشور رفتار، (۱۳۸۴): سال دوازدهم، دوره جدید، شماره ۱۰، صص ۲۶-۱.
45. Lorig, K.R., Sobel, D.S., Ritter, P.L., Laurent, D., Hobbs, M. Effects of a self-management program for patients with chronic disease. *Effective clinical Practice*.2001; 4:256-262
46. Radloff, L.S. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychology Measurement*.1977; 1:385-401
47. Sternbach, R.A., Wolf, S.R, Murphy, R.W., akeson, W.H. Traits of pain patient: The low-back "Loser". *psychosomatics*.1973; 14,226-229
۴۸. هاوتون، ک، کرک، ج، سالکوس کیس، پ.م.س، کلارک، د.م، مترجم حبیب الله قاسم‌زاده. رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. جلد ۱. صص ۲۲۸. تهران: ارجمند؛ ۱۳۸۶
49. Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A, Keefe, F., Martin, Brad, L.A., Lefebvre, J.C., Theoretical perspective on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*. 2001; 11:52-64.
50. Grecey, R.H., Geisser, M.E, Giesecke, T., Grant, M.A., Petzke, F., Williams, D.A., Clauw, D.J. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 2004; 127: 835-843
51. Seminowicz, D.A., Davis, K.D. Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing. *Pain*, 2006; 120:297-306.
52. Dysvik, E., Natvig, G.K., Eikeland, J., Lindstrom, T.C. Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing studies*.2005; 42:297-305.
53. Haythornthwaite, J.A., Sieber, W.J., Kerns, R.D. Depression and the chronic pain experience. *Pain*, 1991; 46:177-184.
54. Keefe, F.J., Affleck, G., Lefebvre, J.C., Starr, K., Caldwell, D.S., Tennen, H. Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: A Daily process analysis. *Pain*, 1997; 69:35-42.