نقش پذیرش درد در کاهش شدت درد و ناتوانی بیماران مبتلا به درد مزمن

فاطمه مسگریان[۱]، محمد علی اصغری مقدم[۲]، محمدرضا شعیری[۳]، اکرم برومند[۴]، نادر معروفی[۵]، اسماعیل ابراهیمی تکامچانی[۶]، حسین نایب آقایی[۷]

چکیده

زمینه و هدف: شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که پذیرش درد باعث عملکرد بهتر بیماران دارای درد مزمن می‌شود، اما این موضوع تاکنون در بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار نگرفته است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی رابطه پذیرش درد مزمن با ناتوانی جسمی ناشی از آن بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی- همبستگی حاضر بر روی ۲۴۵ بیمار درد مزمن صورت گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران درد مزمنی که در بهار و تابستان سال ۱۳۸۹ به درمانگاه‌های درمان درد در شهر تهران مراجعه نموده بودند، انتخاب شدند. این افراد مقیاس‌های پذیرش درد مزمن، ناتوانی جسمی، شدت درد و اختلال در عملکرد روزانه به واسطه درد و پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی را تکمیل کردند. داده‌ها با محاسبه ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون چند متغیره چند مرتبه‌ای تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین میزان پذیرش درد مزمن با شدت درد، ناتوانی جسمی و اختلال در عملکرد روزانه به دلیل درد، ارتباط معنی‌داری ($P < ۰/۰۱$) وجود داشت. در تحلیل رگرسیون، میزان پذیرش درد مزمن توانست بعد از کنترل اثر متغیرهای زمینه‌ای و شدت درد، واریانس معنی‌داری ($P < ۰/۰۱$) از هر دو مقیاس ناتوانی (ناتوانی جسمی و اختلال عملکرد روزانه) را تبیین کند.

نتیجه‌گیری: پذیرش درد مزمن از عوامل مهم و مؤثر بر میزان ناتوانی ادراک شده در بیماران درد مزمن است. بنابراین جهت به حداقل رساندن ناتوانی، علاوه بر کاهش شدت درد، می‌توان استفاده از روش‌های درمانی را که بر افزایش میزان پذیرش درد مزمن تمرکز دارند، پیشنهاد کرد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، پذیرش درد مزمن، شدت درد، ناتوانی، اختلال در عملکرد روزانه

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۱۹

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسؤول) Email: mesgarian.f@gmail.com
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۵- استادیار، گروه فیزیوتراپی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۶- استاد، گروه فیزیوتراپی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۷- استادیار، گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

www.mui.ac.ir

مقدمه

درد مزمن، دردی است که طی شش ماه گذشته، دست کم به مدت سه ماه، هر روز ادامه داشته باشد (۱). پژوهش‌های انجام شده در ایران، شیوع درد مزمن مستمر را در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال)، از ۹ تا ۲۱ درصد (۳، ۲) گزارش کرده است. درد مزمن اغلب در توانایی شخص برای انجام فعالیت‌های گوناگون زندگی تداخل ایجاد می‌کند. بر طبق بررسی‌های انجام شده توسط انجمن جهانی مطالعه درد (۴) بین ۳۳ تا ۵۰ درصد از مبتلایان به درد مزمن، برای انجام فعالیت‌های معمول روزانه کم‌توان یا ناتوان می‌شوند. این موضوع پژوهشگران را بر آن داشته است تا به بررسی نقش متغیرهای مؤثر در شکل‌گیری ناتوانی بپردازند.

هر چند در بسیاری از تحقیقات، شدت درد و آسیب جسمانی به عنوان پیش‌بینی کننده‌های مهم ناتوانی مطرح شده‌اند (۶، ۵)، اما باید گفت ناتوانی به تنهایی کارکردی از میزان آسیب جسمی یا شدت درد گزارش شده نیست (۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، ناتوانی پدیده پیچیده‌ای است که نمی‌توان به سادگی آن را توسط عوامل زیست- پزشکی تبیین کرد و گستره‌ای از عوامل گوناگون مانند طول مدت درد، اجتناب از درد، افسردگی و غیره در ایجاد آن مؤثر هستند (۸).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همه بیماران درد مزمن دچار ناتوانی نمی‌شوند. در بین بیماران درد مزمن افرادی وجود دارند که بر خلاف درد، هم چنان به انجام وظایف و فعالیت‌های معمول خود ادامه می‌دهند. در سال‌های اخیر علاقه زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگارانه‌ای که این افراد از طریق آن‌ها سلامت روان‌شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به وجود آمده است (۹). یکی از این عوامل روان‌شناختی مثبت، پذیرش است. پذیرش شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده گرفتن درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف کنترل درد نیست (۱۱، ۱۰)، بلکه منظور از پذیرش، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل‌ناپذیر (خود درد و هیجانات منفی همراه با آن) به سمت عوامل قابل کنترل است؛ به عبارت دیگر، تغییر رفتاری که متضمن کارکرد روزانه بهتر بر خلاف وجود درد است (۱۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمی و روان‌شناختی بهتر همراه است (۱۳). در پژوهش Wicksell و همکاران (۱۴) سطح پذیرش درد توانست علاوه بر پیش‌بینی میزان تداخل درد در زندگی روزانه و نیز سطح سلامت جسمی و روان‌شناختی، شدت درد را نیز پیش‌بینی نماید. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که پذیرش در مقایسه با تعدادی از راهبردهای مقابله با درد، پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای پریشانی و ناتوانی است (۱۵).

Esteve و همکاران (۱۲) نشان دادند که پذیرش درد می‌تواند وضعیت کارکردی و ناتوانی را پیش‌بینی نماید و در مطالعه McCracken و Vowles (۱۶) نیز پذیرش درد، بخش معنی‌داری از واریانس را در ۸ مقیاس مختلف عملکرد بیماران توضیح داد. هر چند مطالعات بسیاری نقش پذیرش درد را در پیش‌بینی سطح ناتوانی مرتبط با درد حمایت می‌کند، اما در مطالعه Viane و همکاران (۱۷) سطح پذیرش نتوانست کارکرد جسمی بیماران را پیش‌بینی نماید.

اکثر مطالعات بالینی که به طور خاص به ارزیابی ارتباط بین پذیرش و کارکرد روزانه بیماران درد مزمن پرداخته‌اند، در کشورهای غربی به خصوص در ایالات متحده آمریکا، انگلستان و بلژیک انجام شده‌اند (۱۱). به طور کلی، درباره سازه پذیرش در جمعیت آسیایی تاکنون مطالعات معدودی انجام شده است و نتایج این مطالعات نیز همگرا نیست (۱۸). بنابراین با توجه به این که طبق شواهد در دسترس تاکنون پژوهشی در ایران و در حوزه پذیرش درد مزمن انجام نگرفته است و از آن جا که عوامل فرهنگی و روان‌شناختی گوناگون می‌توانند در ادراک، تجربه و پاسخ به درد تأثیر بگذارند، از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه پذیرش با ناتوانی جسمی در بیماران ایرانی دارای درد مزمن پس از کنترل رابطه مذکور از نظر نقش متغیرهایی چون شدت درد، سن، جنسیت و مدت زمان ابتلا به درد مزمن بود.

www.mui.ac.ir

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را بیماران درد مزمنی که طی سال ۱۳۸۹ به درمانگاه‌های درمان درد شهر تهران مراجعه نمودند، تشکیل دادند. حجم نمونه پژوهش، ۲۴۵ نفر بود که این تعداد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به مراکز خصوصی و دولتی درمان درد در تهران انتخاب شدند. همه شرکت کنندگان دارای ملاک تشخیصی درد مزمن (از شروع درد بیش از ۶ ماه گذشته باشد و درد در ۳ ماه گذشته هر روز ادامه داشته باشد) (۱) بودند و معیارهای شمول این مطالعه (سن بالاتر از ۱۸ سال، دارا بودن مدرک تحصیلی سوم راهنمایی و بالاتر و عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی مانند روان‌پریشی یا دمانس) در مورد آن‌ها صدق می‌کرد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن (CPAQ یا Chronic pain acceptance questionnaire): نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، پذیرش درد مزمن را در قالب دو خرده مقیاس تعهد به فعالیت (۱۱ عبارت) و رضایت از درد (۹ عبارت) ارزیابی کرد. پاسخ دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای روبروی هر عبارت علامت بزند. نحوه محاسبه نمره کل پذیرش بدین صورت است که ابتدا عبارات مقیاس تعهد به فعالیت بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای، از صفر (اصلاً) تا ۶ (همیشه) و عبارات مقیاس رضایت از درد به طور معکوس، یعنی از ۶ (اصلاً) تا صفر (همیشه) نمره‌گذاری شده است و سپس نمرات حاصل از دو خرده مقیاس با هم جمع می‌شوند. در این مقیاس، نمره بین صفر تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود.

در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شد. اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارامدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه‌آفرینی مورد تأیید قرار گرفت (۱۹).

۲- مقیاس شدت درد (Pain intensity یا PI): در این پژوهش شدت درد با استفاده از خرده مقیاس شدت درد پرسش‌نامه چند وجهی درد (MPI یا Multidimensional pain inventory) سنجیده شد، این خرده مقیاس شامل ۳ عبارت می‌باشد و پایایی، اعتبار افتراقی و اعتبار ملاکی آن در بیماران ایرانی دارای درد مزمن مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰). نمره بالاتر در این مقیاس به منزله درد شدیدتر است.

۳- پرسش‌نامه ناتوانی جسمی (PDQ یا Physical disability questionnaire): این پرسش‌نامه دامنه وسیعی از فعالیت‌های روزانه را که در نتیجه درد مختل شده است، می‌سنجد. نمره در این پرسش‌نامه بین صفر تا ۲۴ تغییر می‌کند. ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در مطالعه با بیماران ایرانی درد مزمن تأیید شده است (۲۱). در مطالعه مذکور، ضریب همسانی درونی (Cronbach's alpha) عبارات پرسش‌نامه در حد مطلوب (۰/۸۸) به دست آمد و اعتبار همزمان PDQ از طریق بررسی همبستگی با افسردگی و شدت درد تأیید شد.

۴- مقیاس اختلال در عملکرد روزانه به دلیل درد (Pain daily dysfunction): برای سنجش میزان اختلال عملکرد روزانه از مقیاس مربوط در پرسش‌نامه چند وجهی درد استفاده شد. این خرده مقیاس ۹ عبارت دارد و پایایی، اعتبار افتراقی و اعتبار ملاکی آن در بیماران ایرانی درد مزمن تأیید شده است (۲۰). نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده اختلال شدیدتر در عملکرد روزانه به دلیل درد است.

شیوه جمع‌آوری اطلاعات

پس از اعلام رضایت افراد برای شرکت در مطالعه، پرسشگر ابتدا سؤالات مربوط به تعیین مزمن بودن درد و ملاک‌های شمول را مطرح کرد و اگر فرد واجد ملاک‌های شمول مطالعه بود، دستورالعمل تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای وی بیان

www.mui.ac.ir

می‌شد. علاوه بر تکمیل پرسش‌نامه‌های اصلی مطالعه، هر یک از شرکت کنندگان پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک را نیز تکمیل می‌کردند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌های ناقص که بیش از یک سؤال آن‌ها پاسخ داده نشده بود، از جریان مطالعه حذف شدند. در نهایت داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، همبستگی Pearson و رگرسیون چند متغیره سلسله مراتبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه ۴۳/۸ سال (با انحراف معیار ۱۳) و دامنه سنی آن‌ها ۱۸ تا ۷۶ سال بود. میانگین مدت شروع درد ۵/۸ سال (با انحراف معیار ۷/۹) بود. میانگین سال‌های تحصیل افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۳ سال بود که نشان می‌دهد افراد مورد مطالعه به طور متوسط دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده‌اند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در افراد نمونه به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک آمده است.

قبل از محاسبه همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه، وجود رابطه خطی بین متغیرهای مورد نظر با استفاده از نمودار توزیع فراوانی مورد بررسی قرار گرفت و این رابطه خطی تأیید شد. همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، رابطه معنی‌داری بین پذیرش درد مزمن با مقیاس‌های سنجش ناتوانی وجود دارد.

قبل از انجام رگرسیون چند متغیره، نتایج بررسی توزیع فراوانی متغیرهای مورد مطالعه حاکی از آن بود که نمره‌ها در نمونه مورد مطالعه به طور طبیعی توزیع شده‌اند. برای بررسی این فرضیه که آیا میزان پذیرش درد مزمن قادر است شدت ناتوانی جسمی و اختلال در عملکرد روزانه را پیش‌بینی کند، از دو رگرسیون مستقل چند متغیره چند مرتبه‌ای استفاده شد. از آن جا که ممکن است رابطه بین میزان پذیرش درد مزمن با ناتوانی جسمی و اختلال عملکرد روزانه تحت تأثیر متغیرهای مداخله‌گر احتمالی مانند شدت درد، طول مدت درد، تحصیلات و جنسیت قرار گیرد، ابتدا همبستگی Pearson بین متغیرهای ملاک (ناتوانی جسمی و اختلال عملکرد روزانه) و متغیرهای مداخله‌گر احتمالی محاسبه شد.

این بررسی نشان داد که رابطه معنی‌داری بین ناتوانی جسمی با سن (P = ۰/۰۱ و r = ۰/۲۳)، جنسیت (متغیر دو ارزشی که به مردان کد ۱ و به زنان کد ۲ داده شد، P < ۰/۰۱ و r = ۰/۱۵)، تحصیلات (P < ۰/۰۱ و r = −۰/۳۲) و مدت زمان ابتلا به درد (P < ۰/۰۴ و

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک جنسیت، تحصیلات و سن

ویژگی دموگرافیک	جنسیت		تحصیلات			سن (سال)	
	مرد	زن	دیپلم و پایین‌تر	بالاتر از دیپلم		۱۸-۴۳	۴۴-۷۶
فراوانی	(n = ۶۹)	(n = ۱۷۶)	(n = ۱۳۸)	(n = ۱۰۷)		(n = ۱۲۳)	(n = ۱۲۲)
پذیرش درد مزمن	۶۶/۱۰ (۱۹/۲۳)	۶۲/۴۳ (۱۷/۷۷)	۶۳/۲۵ (۱۸/۳۵)	۶۳/۷۴ (۱۸/۱۴)		۶۲/۹۹ (۱۷/۰۸)	۶۳/۹۵ (۱۹/۳۷)
ناتوانی جسمی	۱۰/۷ (۶/۱۵)	۱۲/۵۵ (۵/۲۵)	۱۳/۳۴ (۵/۱۸)	۱۰/۳۴ (۵/۶۲)		۱۰/۸۱ (۵/۹۵)	۱۳/۲۶ (۴/۸۷)
اختلال عملکرد	۲/۸۳ (۱/۵۷)	۳/۴۲ (۱/۳۲)	۳/۲۹ (۱/۴۶)	۳/۰۸ (۱/۳۵)		۳/۱۳ (۱/۴۳)	۳/۳۸ (۱/۳۹)
شدت درد	۳/۵۸ (۱/۲۳)	۴/۲۲ (۱/۱۲)	۴/۱۴ (۱/۱۹)	۳/۹۲ (۱/۱۶)		۴/۰۵ (۱/۲۳)	۴/۰۳ (۱/۱۳)

جدول ۲. ضریب همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	پذیرش درد مزمن	ناتوانی جسمی	اختلال عملکرد روزانه	شدت درد
پذیرش درد مزمن	–	–	–	–
ناتوانی جسمی	*−۰/۳۸	–	–	–
اختلال عملکرد روزانه	*−۰/۶۱	*۰/۵۸	–	–
شدت درد	*−۰/۲۴	*۰/۳۷	*۰/۵۶	–

*P < ۰/۰۱

www.mui.ac.ir

r = ۰/۱۹) وجود دارد. همچنین این تحلیل نشان داد که تحصیلات بیشتر با اختلال عملکرد روزانه کمتر (P < ۰/۰۱ و r = −۰/۱۶) همراه است و درد در زنان نسبت به مردان بیشتر منجر به اختلال در عملکردهای روزانه می‌شود (P < ۰/۰۴ و r = ۰/۱۸). همان طور که در جدول ۲ آمده است، شدت درد نیز با هر دو متغیر رابطه معنی‌داری دارد.

با توجه به همبستگی‌های فوق، متغیرهای نامبرده به صورت یک بلوک و در گام نخست وارد معادله‌های رگرسیون شدند (جدول ۳). اثر احتمالی هم خطی بودن چند گانه (Multicollinearity) با بررسی ضرایب همبستگی بین متغیرهایی که قرار است به عنوان یک بلوک وارد تحلیل رگرسیون شوند، بررسی گردید.

بر اساس توصیه Tabachnick و Fidell (۲۲)، هم خطی بودن چند گانه هنگامی پیش می‌آید که همبستگی بین متغیرهای یک بلوک در تحلیل رگرسیون بیشتر از ۰/۷۰ باشد.

در این پژوهش، بزرگ‌ترین همبستگی بین متغیرهایی که به عنوان یک بلوک قرار بود وارد تحلیل رگرسیون شوند، بین دو متغیر سن و طول مدت ابتلا به درد وجود داشت و مقدار آن برابر با ۰/۳۰ بود. بنابراین، هم خطی بودن چند گانه مشکلی در این تحلیل‌های رگرسیون به حساب نمی‌آورد. در گام دوم، پذیرش درد مزمن وارد معادله رگرسیون شد. در نهایت نیز به منظور کاهش احتمال وقوع خطای نوع اول از تصحیح بونفرونی برای تعدیل سطح معنی‌داری استفاده گردید (یعنی ۰/۰۵ تقسیم بر تعداد آزمون‌های آماری در هر معادله). بنابراین برای ناتوانی جسمی سطح معنی‌داری ۰/۰۱ و برای اختلال عملکرد روزانه سطح معنی‌داری ۰/۰۱۶ مبنا قرار گرفت.

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، متغیرهای پیش‌بین در گام اول توانسته‌اند ۲۶ درصد واریانس ناتوانی جسمی را پیش‌بینی کنند که با توجه به سطح معنی‌داری این متغیرها، تنها متغیرهای سن، تحصیلات و شدت درد

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره چند مرتبه‌ای مربوط به ناتوانی جسمی و اختلال عملکرد

متغیر / شاخص	مجموع R^2	R^2تغییرات	Fتغییرات	df	*Betaa	t	سطح معنی‌داری
متغیر ملاک: ناتوانی جسمی							
متغیرهای پیش‌بین							
گام اول:	۰/۲۶	۰/۲۶	۱۷/۲۱**	۲۳۹ ،۵			
سن					۰/۲۱	۳/۸۴	۰/۰۱
جنسیت					−۰/۰۷	−۱/۳۶	۰/۱۷
تحصیلات					−۰/۲۶	−۴/۸۴	۰/۰۱
مدت زمان ابتلا به درد					۰/۱۰	۱/۸۱	۰/۰۷
شدت درد					۰/۲۷	۴/۷۴	۰/۰۱
گام دوم:							
پذیرش درد مزمن	۰/۳۶	۰/۱۰	۳۵/۹۷**	۲۳۸ ،۱	−۰/۳۲	−۵/۹۹	۰/۰۱
متغیر ملاک: اختلال عملکرد روزانه							
متغیرهای پیش‌بین							
گام اول:	۰/۳۲	۰/۳۲		۲۴۱ ،۳			
جنسیت			۳۷/۹۷**		۰/۰۲	۰/۴۳	۰/۶۷
تحصیلات					−۰/۰۶	−۱/۴۰	۰/۱۶
شدت درد					۰/۴۳	−۹/۴۰	۰/۰۱
گام دوم:							
پذیرش درد مزمن	۰/۵۶	۰/۲۴	۱۳۰/۶۶**	۲۴۰ ،۱	−۰/۵۰	−۱۱/۴۳	۰/۰۱

*Beta[a] = ضریب رگرسیون استاندارد

**P < ۰/۰۱

www.mui.ac.ir

پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار ناتوانی جسمی هستند. در گام دوم، پذیرش درد مزمن توانست ۱۰ درصد واریانس ناتوانی جسمی را فراتر از اثر متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات، مدت ابتلا به درد و شدت درد پیش‌بینی نماید. همان طور که علامت ضریب رگرسیون استاندارد در معادله رگرسیون مربوط به پیش‌بینی ناتوانی نشان می‌دهد پذیرش درد بیشتر، ناتوانی جسمی کمتری را پیش‌بینی می‌کند.

(پذیرش درد) ۰/۳۲ ـ (شدت درد) ۰/۲۷ + (تحصیلات) ۰/۲۶ ـ (سن) ۰/۲۱ = ناتوانی جسمی

نتایج رگرسیون چند متغیره سلسله مراتبی دوم نشان داد که در این مطالعه جنسیت، تحصیلات و شدت درد توانستند ۳۲ درصد واریانس اختلال عملکرد روزانه را تبیین کنند که با توجه به سطح معنی‌داری این متغیرها، تنها شدت درد پیش‌بینی کننده در اختلال عملکرد روزانه معنی‌دار بود. پس از کنترل متغیرهای فوق، میزان پذیرش درد مزمن توانست ۲۴ درصد واریانس اختلال عملکرد روزانه را فراتر از اثر شدت درد، جنسیت و تحصیلات تبیین نماید. معادله رگرسیون مربوط به پیش‌بینی اختلال عملکرد روزانه به صورت زیر به دست آمد:

(پذیرش درد) ۰/۵۰ ـ (شدت درد) ۰/۴۳ = اختلال عملکرد روزانه.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین پذیرش درد مزمن و ناتوانی در بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن انجام شد. بر اساس یافته‌های این مطالعه، بیماران بر خلاف مراجعات مکرر به مراکز درمانی و مصرف دارو به طور میانگین نزدیک به ۶ سال دچار درد بوده‌اند. این یافته به خوبی مبین درد مقاوم به درمان است.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (۲۳) ناتوانی، محدودیت فعالیتی است که با آسیب جسمی یا ذهنی همراه باشد. بنابراین با توجه به محتوای سؤالات مقیاس ناتوانی جسمی و خرده مقیاس اختلال عملکرد روزانه (پرسش‌نامه چند وجهی درد)، می‌توان آن چه که در این پژوهش توسط دو ابزار مذکور سنجیده شد را تحت اصطلاح کلی ناتوانی بیان کرد. تحلیل همبستگی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افراد دارای درد شدیدتر، دارای ناتوانی بیشتری نیز بودند. به علاوه، آن گروه از بیمارانی که درد خود را بیشتر پذیرفته بودند ناتوانی کمتری داشتند.

در مطالعه حاضر، هر چند پذیرش درد مقدار قابل توجهی از واریانس اختلال عملکرد روزانه و ناتوانی جسمی را تبیین کرد، اما این میزان برای اختلال عملکرد روزانه بیشتر از ناتوانی جسمی بود. شاید این موضوع به تفاوت در گستردگی حوزه‌های مورد بررسی در هر مقیاس برمی‌گردد. مقیاس ناتوانی جسمی، تداخل در فعالیت‌هایی که بیشتر جنبه شخصی دارند مانند راه رفتن، خوابیدن، نشستن و لباس پوشیدن را مورد سنجش قرار می‌دهد، اما خرده مقیاس اختلال در عملکرد روزانه، حاوی سؤالاتی است که ادراک فرد را از میزان تغییری که درد علاوه بر فعالیت‌های فردی در فعالیت‌های گسترده‌تر زندگی از قبیل فعالیت‌های اجتماعی، تفریحی، خانوادگی و کاری به وجود آورده است، می‌سنجد. بنابراین از آن جا که در اختلال عملکرد روزانه، ناتوانی در ابعاد وسیع‌تری از زندگی بیماران مورد سنجش قرار می‌گیرد و در پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن نیز با توجه به تعریف پذیرش که به طور کلی زندگی و انجام فعالیت‌ها بر خلاف وجود درد مورد توجه است، چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نیست.

میزان همبستگی بین پذیرش و ناتوانی جسمی در مطالعه حاضر با میزان همبستگی گزارش شده در بررسی نمونه‌ای از بیماران استرالیایی (۷) مشابه است. رابطه این دو متغیر در تمامی مطالعات دیگر نیز معنی‌دار می‌باشد، اما در برخی از پژوهش‌ها، میزان رابطه گزارش شده کمتر (۲۵، ۲۴) و در برخی بیشتر (۲۶، ۱۰) از میزان همبستگی به دست آمده بین دو متغیر مذکور در مطالعه کنونی است.

در پژوهش حاضر، پذیرش با اختلال عملکرد روزانه همبستگی معکوس و متوسطی داشت. در بررسی رابطه پذیرش با اختلال عملکرد روزانه بر روی نمونه‌ای از بیماران

www.mui.ac.ir

درد مزمن ایتالیایی با استفاده از ابزاری متفاوت (خرده مقیاس مهارت‌های کارکردی و زندگی روزانه از مقیاس شناسایی رفتار و نشانه‌ها) همبستگی ضعیف‌تری گزارش شد (۲۷). در اکثر مطالعات قبلی برای ارزیابی میزان اختلالی که درد مزمن در عملکردهای روزانه بیماران ایجاد کرده بود، خرده مقیاس ناتوانی روانی اجتماعی (پروفایل اثر بیماری) به کار گرفته شد. میزان رابطه بین پذیرش و اختلال عملکرد روزانه در مطالعه حاضر در دامنه میزان همبستگی گزارش شده بین پذیرش و ناتوانی روانی اجتماعی در مطالعات پیشین (۲۸، ۲۶-۲۴، ۱۰) قرار دارد. به طور کلی هر چند افراد شرکت کننده در مطالعات گوناگون از نظر میانگین سن، شدت درد، مدت درد و ... با هم متفاوت بودند و ابزارهای گوناگونی نیز برای سنجش متغیر ناتوانی در مطالعات مختلف به کار برده شده بود، اما یافته‌های پژوهشگران مختلف در یک موضوع با هم اتفاق نظر دارند و آن این که پذیرش بیشتر درد مزمن و ناتوانی کمتر با هم رابطه دارند.

در این مطالعه همبستگی ضعیف، اما معنی‌داری بین پذیرش با شدت درد به دست آمد. این یافته نیز هماهنگ با پژوهش‌های قبلی (۲۹، ۲۶) نشان می‌دهد که هر چند پذیرش بیشتر با شدت درد کمتر همراه است، اما ضعیف بودن این رابطه حاکی از دخالت متغیرهای دیگر علاوه بر شدت درد، در میزان پذیرش است.

نتایج بررسی نقش متغیرهای مردم‌شناختی بر پیش‌بینی ناتوانی نشان داد که از میان این متغیرها، تنها سن و تحصیلات می‌توانند ناتوانی جسمی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی نمایند؛ به گونه‌ای که می‌توان گفت احتمال بروز ناتوانی جسمی در بیمارانی که سن بیشتر و تحصیلات کمتری دارند، بیشتر است. از آن جا که یافته‌های پژوهش‌ها در زمینه ارتباط متغیرهای مردم‌شناختی با ناتوانی هماهنگ نیستند، برای اظهار نظر دقیق‌تر در این زمینه به مطالعات بیشتر و کنترل شده‌تری نیاز است.

قبل از نتیجه‌گیری کلی، ذکر برخی محدودیت‌های این پژوهش الزامی است. افراد شرکت کننده در این مطالعه به طور تصادفی از جمعیت عمومی مورد بررسی انتخاب نشده‌اند. بنابراین، تعمیم نتایج مطالعه کنونی باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر این مطالعه، تکیه بر اطلاعات جمع‌آوری شده در یک مقطع زمانی است که با این روش نمی‌توان جهت رابطه‌ها را به صورت مستدل تعیین نمود. علاوه بر این، اطلاعات پژوهش حاضر با استفاده از پرسش‌نامه‌ها و با روش خودسنجی به دست آمد. بنابراین ممکن است متغیرهایی از قبیل سبک پاسخگویی، انگیزه‌های بیرونی و حالت روان‌شناختی بیمار در لحظه جمع‌آوری داده‌ها اثرات بالقوه‌ای بر پاسخ آن‌ها بگذارد و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌هایی با عینیت بیشتر مانند مشاهده مستقیم رفتار بیمار استفاده گردد.

به طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت رویکردی پذیرنده در مواجهه با درد مزمن، به طور مستقل از شدت درد، حفظ توانایی‌های بیماران را پیش‌بینی می‌کند. حفظ توانایی‌ها بر خلاف وجود درد مزمن از اهداف مهم در برنامه‌های درمانی گوناگون برای درد بیماران است؛ چرا که شواهد بسیاری نشان داده‌اند که اجتناب از فعالیت نقش تعیین کننده‌ای در تسریع فرایند تبدیل درد حاد به درد مزمن بازی می‌کند (۳۰). هر چند گاهی شدت درد را می‌توان از طریق دارو یا سایر روش‌های پزشکی کم کرد، اما همان گونه که پژوهش‌ها نشان داده‌اند هنگامی که درد مزمن می‌شود، درمان‌های طبی به ندرت قادر به حذف کامل آن هستند (۳۱). بر خلاف این واقعیت، بیماران درد مزمن گاهی با سرسختی زیاد بر جستجو جهت یافتن راهی برای کنترل درد پافشاری می‌کنند. این افراد با پافشاری برای رهایی از درد، ماهیت کنترل نشدنی درد خود را انکار و در عین حال اثبات می‌کنند. تناقض موجود در موقعیت‌هایی از این قبیل، منجر به گرایش به رویکردهای متعادل‌تر مانند رویکردهای مبتنی بر پذیرش شده است که در آن‌ها به بیمار در جهت کنترل جنبه‌های قابل کنترل و پذیرش جنبه‌های غیر قابل کنترل آموزش‌هایی داده می‌شود (۲۸). امروزه پژوهش‌های بسیاری در حمایت از اثربخشی این رویکردها

www.mui.ac.ir

در جهت کاهش ناتوانی بیماران درد مزمن در کشورهای دیگر وجود دارد (۳۲). نتایج مطالعه حاضر می‌تواند برای درمان‌های مبتنی بر پذیرش در بیماران ایرانی دارای درد مزمن حمایت نظری فراهم کند و از طرفی نشان دهد که علاوه بر توجه به جنبه‌های فرهنگی، ویژگی‌های مشترکی در بیماران درد مزمن، صرف نظر از نژاد و قومیت آن‌ها وجود دارد که قابل چشم‌پوشی نیست.

References

1. Crombie IK, Oakley Davies HT. Requirements for epidemiological studies. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, Editors. Epidemiology of Pain. Seattle: IASP Press; 1999. p. 17-24.
2. Asghari Moghadam MA, Karami B, Rezaei S. The prevalence rates of lifetime pain and chronic pain in two small cities in Iran. Journal of Psychology 2002; 6(1): 30-51. [In Persian].
3. Ghaffari M, Alipour A, Jensen I, Farshad AA, Vingard E. Low back pain among Iranian industrial workers. Occup Med 2006; 56(7): 455-60. [In Persian].
4. International Association for the Study for Pain. Unrelieved pain is a major global healthcare problem [Online]. 2003; Available from: URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm? Section=Press_Release& Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2908/
5. Weiner DK, Rudy TE, Kim YS, Golla S. Do medical factors predict disability in older adults with persistent low back pain? Pain 2004; 112(1-2): 214-20.
6. Gauntlett-Gilbert J, Eccleston C. Disability in adolescents with chronic pain: Patterns and predictors across different domains of functioning. Pain 2007; 131(1-2), 132-41.
7. Nicholas MK, Asghari A. Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: is acceptance broader than we thought? Pain 2006; 124(3): 269-79.
8. Linton SJ. Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? Eur J Pain 2005; 9(4): 355-61.
9. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Banos JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: Catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. Pain 2009; 147(1-3): 147-52.
10. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: What to do about chronic pain? Pain 2003; 105(1-2): 197-204.
11. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance of chronic pain. Curr Pain Headache Rep 2006; 10(2): 90-4.
12. Esteve R, Ramirez-Maestre C, Lopez-Marinez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. Ann Behav Med 2007; 33(2): 179-88.
13. Viane I, Crombez G, Eccleston C, Devulder J, De CW. Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities. Pain 2004; 112(3): 282-8.
14. Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain--a randomized controlled trial. Pain 2009; 141(3): 248-57.
15. McCracken LM, Eccleston C. A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. Eur J Pain 2006; 10(1): 23-9.
16. McCracken LM, Vowles KE. Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: an examination of a revised instrument. J Pain 2007; 8(9): 700-7.
17. Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, et al. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. Pain 2003; 106(1-2): 65-72.
18. Cook D, Hayes S. Acceptance-based coping and the psychological adjustment of Asian and Caucasian Americans. IJBCT 2010; 6(3): 186-97.
19. Mesgarian F. The psychometric properties of the Persian version of the chronic pain acceptance questionnaire in Iranian chronic pain patients [Thesis]. Tehran, Iran: Shahed University; 2010. [In Persian].
20. Asghari A, Golak N. Psychometric properties of multidimensional pain inventory amongst Iranian chronic pain patients. Psychology 2008; 12(1): 50-72. [In Persian].

www.mui.ac.ir

21. Asghari A. Psychometric properties of a modified version of the Roland-Morris disability questionnaire (M-RMDQ). Arch Iran Med 2011; 14(5): 327-31. [In Persian].
22. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: HarperCollins College Publishers; 1996.
23. World Health Organization. Expert committee on disability prevention and rehabilitation. WHO Technical Report Series 1981; 152(1): 1829-35.
24. McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. Pain 2005; 118(1-2): 164-9.
25. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. Behav Res Ther 2005; 43(10): 1335-46.
26. McCracken LM, Keogh E. Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: An analysis of anxiety sensitivity. J Pain 2009; 10(4): 408-15.
27. Bernini O, Pennato T, Cosci F, Berrocal C. The psychometric properties of the chronic pain acceptance questionnaire in Italian patients with chronic pain. J Health Psychol 2010; 15(8): 1236-45.
28. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. Eur J Pain 2010; 14(2): 170-5.
29. Kratz AL, Davis MC, Zautra AJ. Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. Ann Behav Med 2007; 33(3): 291-301.
30. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine (Phila Pa 1976) 2000; 25(9): 1148-56.
31. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 2005; 113(1-2): 9-19.
32. McCracken LM, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. Eur J Pain 2007; 11(3): 314-22.

www.mui.ac.ir

The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients

Fatemeh Mesgarian[1], Mohammad Ali Asghari Moghadam[2], Mohammad Reza Shaeiri[3], Akram Broumand[4], Nader Maroufi[5], Ismail Ebrahimi Takamjani[6], Hossein Nayeb Aghaee[7]

Abstract

Aim and Background: There is a relation between patients' levels of physical functioning and their acceptance of chronic pain. However, this relation has not been examined amongst Iranian chronic pain patients. The purpose of this paper was to evaluate the relation between acceptance of chronic pain and physical disability.

Methods and Materials: In a descriptive-correlational study, convenience sampling was used to select 245 chronic pain patients from pain clinics in Tehran, Iran during spring and summer of 2010. The participants completed the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) and a demographic questionnaire. They also provided information about physical disability, pain intensity, and daily dysfunction. Data was analyzed using Pearson's correlation and multiple hierarchical regression models.

Findings: There were significant relations between acceptance of pain and pain intensity and disability ($P < 0.01$). According to the regression model, acceptance of pain could predict a significant proportion of variance of disability scales (i.e. physical disability and daily dysfunction) ($P < 0.01$). Therefore, it was a better predictor of disability compared to over pain intensity, gender, education, and pain duration.

Conclusions: Chronic pain acceptance is an important factor in reducing the perceived disability in chronic pain patients. Therefore, acceptance-based treatment methods are helpful to decrease pain-related disability.

Keywords: Chronic pain, Acceptance, Pain intensity, Disability, Daily dysfunction

Type of article: Original

Received: 08.01.2012 *Accepted: 09.08.2012*

1. MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: mesgarian.f@gmail.com
2. Associate Professor, School of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, School of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran
4. MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran
5. Assistant Professor, School of Physiotherapy, Tehran University, Tehran, Iran
6. Professor, School of Physiotherapy, Tehran University, Tehran, Iran
7. Assistant Professor, School of Neurosurgery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

www.mui.ac.ir