

## فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۵ پاییز ۱۳۹۸

نقش میانجیگری علائم روان‌شناختی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای درد با فاجعه-سازي درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات

شروین محمدی<sup>۱</sup>، سارا پاشنگ\*<sup>۲</sup>، سعید ملیحی‌الذاکرینی<sup>۳</sup>، محمدمهدی حسینیان‌زکریا<sup>۴</sup>،

غلامرضا گل محمدنژاد<sup>۵</sup>

۱- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران

۲- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران

۳- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران

۴- گروه علوم پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران

۵- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی، تبریز، ایران

تأیید نهایی: ۱۳۹۸/۰۴/۱۴

وصول مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۰

### چکیده

این پژوهش با هدف نقش میانجیگری علائم روان‌شناختی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای درد با فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات انجام گرفت. مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به درد ستون فقرات مراجعه‌کننده به بیمارستان شمس تبریز بود که نمونه آماری پژوهش براساس جدول مورگان ۲۵۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه SCL\_90، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای با درد روزنشال و کیف، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، و پرسشنامه فاجعه‌سازی درد (PCS) بود. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون معادلات ساختاری در برنامه Amos و آزمون bootstrap مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. متغیر فاجعه‌سازی درد دارای همبستگی مثبت با متغیر تاب‌آوری ( $r = -0/567$ )، علائم روان‌شناختی ( $r = 0/644$ )، راهبردهای مقابله‌ای ( $r = -0/623$ ) بود. نتایج تحلیل مدل‌یابی

\* (نویسنده مسئول) Email: sarapashang@yahoo.com Tell: 09128937996

این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1397.080 تصویب گردید. آگهی و انکشاف علوم پزشکی ایران رسیده است.

معادلات ساختاری نشان داد که مسیرهای مستقیم از تاب‌آوری به فاجعه‌سازی درد ( $p(0/907)$ ) ( $\beta(-0/01)$ ) معنادار نبود. بین راهبردهای مقابله‌ای و فاجعه‌سازی درد رابطه مستقیم وجود دارد ( $p(0/000)$ )  $\beta(-0/37)$ . بین تاب‌آوری، علائم روانشناختی و فاجعه‌سازی رابطه غیرمستقیم وجود ندارد ( $p(0/062)$ )  $\beta(-0/065)$ . بین راهبردهای مقابله‌ای، علائم روانشناختی و فاجعه‌سازی رابطه غیرمستقیم وجود دارد ( $p(0/000)$ )  $\beta(-0/23)$ . تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با نقش میانجی علائم روانشناختی باعث بهبود فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات می‌شود.

**واژگان کلیدی:** علائم روان‌شناختی، تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای درد؛ فاجعه‌سازی درد

#### مقدمه

گسترش علوم و تکنولوژی گرچه فواید بسیار زیادی داشته و باعث رشد اقتصادی ممالک دنیا شده است، ولی مشکلات بسیار جدی از جمله کم‌تحرکی و ناهنجاری برای بشر به ارمغان آورده است (دانشجو و دادگر، ۱۳۹۰). سلامت جسمانی و داشتن وضعیت بدنی نامطلوب، اگرچه یک ناهنجاری به ظاهر فیزیکی است، ولی می‌تواند تأثیرات زیاد و جبران‌ناپذیری بر روی عملکرد قلب و عروق، سیستم مرکزی اعصاب، کارکرد بیومکانیکی عضلات، کاهش عملکرد روانی حرکتی و به طور کلی کیفیت زندگی افراد داشته باشد (جن وانتاناکول، پن‌سری، مولکای، جیم‌جارس‌رنگسی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). انجمن جهانی مطالعه درد<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) "تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی را" درد معرفی کرده است. درد همواره تجربه‌ای ذهنی، است؛ بنابراین پژوهش‌هایی که درباره مدت، شدت، ماهیت و دیگر ویژگی‌های درد چون مستمر بودن و عودکننده بودن آن صورت می‌گیرد، به ناچار بر روش‌های خودگزارشی استوار است (عربی و باقری، ۱۳۹۶) و برطبق برآوردهای به‌دست آمده از هر سه نفر، یک نفر از درد مزمن رنج می‌برد (مرسکی و بوقداک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴) و یکی از شایع‌ترین دردهای مزمن، درد

1- Janwantanakul, Pensri, Moolkay & Jiamjarasrangsi

2- pain

3- Merskey & Bogduk

ستون فقرات<sup>۱</sup> است. بر طبق نظریه رُسزویگ، بریدلو و لیمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) شدت و ماهیت درد را تابعی از سازوکارهای حسی، عاطفی، و شناختی می‌دانستند، نقش فرایندهای روانی در تجربه درد و کنترل آن مشخص شد. بدین معنی که اگر علائم درد توسط مراکز عالی‌تر شناختی تفسیر نشوند، درد ممکن است به حداقل برسد. برعکس شرایطی مانند تمرکز بر درد، فاجعه‌سازی درد، ملال و عدم اشتغال به فعالیت‌های روزمره، درد را افزایش می‌دهند (دی‌ماتئو و مارتین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). باورهای فاجعه‌آمیزسازی درد، افکار هستند که سبب توجه افراطی فرد بر علائم بدنی و در نتیجه اجتناب از فعالیت‌های روزمره اش می‌گردد که این اجتناب با پیامدهای بعدی درد مثل ناتوانی و اختلال عملکرد جسمانی و هیجانی مرتبط است (تاجیک‌زاده، صادقی و رئیس کریمیان، ۱۳۹۵). فاجعه‌سازی درد می‌تواند یک عامل خطر ساز برای درد مزمن و ناتوانی باشد. میزان بالای فاجعه‌سازی می‌تواند در افراد با توجه انتخاب مرتبط با درد منجر شود. افراد با فاجعه‌سازی درد برای کنترل یا فرونشانی افکار مرتبط با درد سختی و مشکل بیشتری را تجربه می‌کنند و عملکرد جسمانی و شناختی آنها بیشتر توسط انتظار درد آشفته می‌شود. (گوبرت، کورمبز، وان دامه<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). دیدگاه توسعه-یافته زیستی-روانی اجتماعی نه فقط شکایات درد و یافته‌های جسمی همراه آن را مورد توجه قرار می‌دهد، بلکه بسیاری از "علائم روان‌شناختی" را که می‌توانند در پیشرفت حالت درد مزمن، تداوم نشانگان درد و پاسخ به درمان پزشکی نقش داشته باشند، را نیز مورد توجه قرار می‌دهد (بیگدلی، رحیمیان بوکر و نجفی، ۱۳۹۱) و یکی از متغیرهای آسیب‌زای درد که در عدم سازگاری درد تأثیر دارد علائم روان‌شناختی می‌باشد.

تحقیقات متعددی ارتباط میان عوامل روان‌شناختی و کمردرد را تبیین کرده‌اند و بسیاری از مطالعات آینده‌نگر عوامل روانی را، پیش‌گویی قوی در ایجاد کمردرد نشان داده‌اند (بوکداک، ۲۰۰۶). در جوامع عادی نیز، شواهد نشان داده است که متغیرهای روان‌شناختی از جمله نگرش‌ها، شناخت‌ها، اضطراب و افسردگی در مقایسه با عوامل بیومکانیکی و بیوپزشکی بر عوامل برای جلوگیری از درد ستون فقرات باید هر دو جنبه جسمانی و روان-

1- Spine

2-Rosenzweig, Breedlove &amp; Leiman

3- DiMatteo &amp; Martin

4- Goubert, Crombez &amp; Van Damme

شناختی آن لحاظ شوند. برای بیشتر بیماران، تجربه درد یک تجربه نفرت‌انگیز است. در نتیجه، تجربه درد می‌تواند در آینده ترس، "اضطراب" و سازگاری را تحریک می‌کند (لی یو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). سوسو<sup>۲</sup>، گئوررو، اُسما و گالاردو-پجول (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود بر تأثیر عوامل روانشناختی بر کاهش درد تأکید کرده‌اند. تأثیرات ترس و اضطراب به قدری با درد مرتبط شده است که در مطالعات به عنوان ترس از حرکت و عدم سازگاری بررسی شده است (السچالر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). برخی محققان پیشنهاد کرده‌اند که ترس مرتبط با درد ناتوان‌کننده‌تر از خود درد است (وُبی، واتسون، واچ و یورماتسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ کوک، براور و وولیس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). مارتینز<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سطوح بالای خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری و انتظارات بهبودی به‌طور معنی‌داری با شدت درد و ناتوانی در سطح پایین همراه بود. در مقابل، سطح بالایی از اختلالات هیجانی، علائم افسردگی، اضطراب، نگرانی‌های پیش از عمل، اعتقادات به اجتناب از ترس، سماع شدن و فاجعه درد، به شدت با شدت درد و ناتوانی ارتباط داشت.

از طرفی دیگر نیز امروزه، برای تبیین و درمان بسیاری از بیماری‌های جسمی، به خصوص دردهای ستون فقرات، دیگر از الگوی زیست‌شناسی صرف که منشأ همه بیماری‌ها را نارسایی زیستی معرفی می‌کند، استفاده نمی‌شود، به طوری که در زمینه تبیین درد، نظریه‌ها و مدل‌های روانشناختی متعددی مانند تعهد، پذیرش درد، انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری وارد ادبیات پژوهشی درد شده است (وسودوان<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). همچنین براساس مطالعات اونگ، زوترا و رید (۲۰۱۰) می‌توان گفت افراد با تاب‌آوری بالا سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماریشان کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌آمیزی نسبت به درد ندارند یا کمتر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند. علاوه بر اضطراب، افسردگی حساسیت فردی و شکایات جسمانی از جمله علائم روانشناختی هستند که می‌توانند در پیشرفت آسیب‌زای درد

1-Leeuw et al

2- Suso, Guerrero, Osma &amp; Gallardo-Pujol

3- Alschuler

4- Woby, Watson, Roach &amp; Urmston

5- Cook, Brawer &amp; Vowles

6- Martinez

7-Vasudevan.

نقش داشته باشد. و از آنجایی که درد ستون فقرات از دردهای مزمن بشمار می‌رود بنابراین بعلت وجود درد شدید در اکثر بیماران شکایت جسمانی توسط افراد نیز مشاهده شده و شکایات جسمانی حاصل از درد ستون فقرات نیز به‌عنوان یکی از علائم روانشناختی تأثیر منفی بر سازگاری درد خواهد داشت و مطالعه دیگری که توسط داودیان‌طلب، افشین، محمودی و عمادی (۱۳۹۴) صورت گرفت، در مبتلایان به شکایت جسمانی، میزان اختلال افسردگی ۸۰ درصد و در گروه بدون شکایت جسمانی ۲۷/۳ درصد به دست آمد. و علاوه بر ناتوانی جسمی و درد، ترس و "افسردگی" عارضه دیگری است که درصد چشمگیری از مبتلایان به درد مزمن را رنج می‌دهد میزان شیوع افسردگی عمده در مبتلایان به درد مزمن نسبت به متوسط جمعیت عمومی به‌طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر است (۲۰ درصد در مقابل کم‌تر از ۸ درصد) (کورری و وانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

براساس ویگر و کالتابیانو و کلتیبیانو<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) نقش تاب‌آوری و استراتژی کنار آمدن با استرس را بر کارکرد روانشناختی بیماران با درد مزمن بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری هرچند بر سلامت روانی و کیفیت زندگی تأثیر مثبت دارد و بر درد مزمن افراد تأثیری نداشت و این افراد درد را فاجعه‌آمیز برداشت می‌کردند. گلکاری، تئونیس، رینگ و ورنستنو<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند نشانه‌های افسردگی و تفکر فاجعه‌آمیز در دوره بیماری وخیم بود ولی بعد از بهبودی از آسیب و بیماری، این علائم به سمت بهبود پیش رفت ولی اضطراب درد در دوره بیماری و بعد از بهبود همچنان وجود داشت. باورهای فاجعه‌سازی درد، سبب می‌شود فرد با شدت بیشتری درد را حس کند و در نتیجه تحمل درد برای وی سخت و طاقت‌فرسا خواهد بود و تاب‌آوری فرد نیز کاهش می‌یابد. معمولاً درد مزمن در بیماران با سلامت روان پایین مرتبط شده است. افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به‌دلیل مقابله کارآمد کاهش

---

1- Currie & Wang

2- Viggers & Caltabiano

3- Golkari, Teunis, Ring & Vranceanu

می‌یابد ولی افراد بیمار به دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آنها کاهش می‌یابد و به سمت فاجعه‌سازی درد پیش می‌روند (باور، ایمنی، بومرت ولدویگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

دردهای مزمن ستون فقرات امکان دارد به مشکلات روانشناختی از جمله ترس و "حساسیت فردی" نیاز دچار شوند زیرا آدم‌هایی هستند که در روابط بین فردی‌شان حساسیت بسیار زیادی نشان می‌دهند. این ویژگی شخصیتی، آنها را در برابر برخی مشکلات درد مزمن آسیب‌پذیر می‌کند. حساسیت بین فردی تنها یک ویژگی شخصیتی نیست، بلکه یک سبک انگیزش، تفکر، احساس و رفتار کردن نیز هست.

پژوهشگران دانشگاه بریتیش کلمبیا با بررسی ده‌ها مطالعه روانشناسی در طول چندین سال، دریافته‌اند افرادی که در روابط بین فردی‌شان بیش از حد حساس هستند، در درازمدت آمار مرگ و میر و بیماری بالاتری دارند. نرخ بیماری‌های قلبی در آنها بالاتر است و حتی اگر از بین ایشان کسی مبتلا به یک بیماری مزمن مرتبط با سیستم ایمنی مانند ستون فقرات و ایدز باشد، بیماری او پیشرفت سریع‌تری خواهد داشت و ترس از مرگ نیز خود حساسیت فرد را بیشتر می‌کند (دنولت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). براساس تحقیقات دهان و امیری نصر (۱۳۹۳) مبتلایان به درد و افسردگی اساسی نسبت به افراد عادی، حساسیت بین فردی بیشتری برخوردارند.

از طرفی نیز بر اساس مطالعات گادینو، هربرت و هیز<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) اجتناب تجربی به معنای تلاش برای فرار یا اجتناب از شکل، فراوانی یا حساسیت فردی - موقعیتی رویدادهای درونی (افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی) است، حتی زمانی که تلاش برای چنین کاری باعث آسیب روانشناختی می‌شود. اجتناب تجربی ممکن است به‌عنوان یک عامل محرک فراتشخیصی در ناراحتی عاطفی و درد به منظور کاهش فوری سطوح بالای عاطفه منفی و هم‌چنین درد در نظر گرفته شود، اما برعکس، باعث تشدید ناراحتی و مزمن شدن آن می‌شود. مطالعات نشان دادند افرادی که اجتناب تجربی بیشتری داشتند، تحمل درد کمتر و فاجعه‌آفرینی بیشتری از خود نشان دادند (والین و لیتون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

1- Bauer, Emeny, Baumert, Ladwig

2- Denollet

3- Gaudiano, Herbert, Hayes.

4- Vlaeyen & Linton

و می‌توان چنین بیان کرد که به‌نظر می‌رسد علائم روان‌شناختی در رابطه با عوامل آسیب‌زای دردهای ستون فقرات با افزایش تاب‌آوری، سازگاری با درد نیز افزایش می‌یابد و با کاهش تاب‌آوری، سازگاری با درد نیز کاهش می‌یابد. در واقع تاب‌آوری<sup>۱</sup> به توانایی فرد در مقابله موفق با تغییرات مهم، آسیب‌زا و خطرناک اشاره می‌کند (لی و کرانفورد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). نتایج تحقیقات گویای این است که تاب‌آوری سازه‌ای است که برای حفظ سلامت روان افرادی که در معرض حوادث و رخداد‌های استرس‌زا هستند کاربرد دارد (داویدوف، استوارت، ریچ، چادیو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ رضا و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶).

ادل، ان، گوس، انتونی و مارگارت<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) پژوهشی که با بیماران صرعی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیمارانی سازگارتر بود بود که تاب‌آوری بیشتری داشتند. در واقع افراد با تاب‌آوری بالا با وقایع آسیب‌زا موثرتر از افراد با تاب‌آوری پایین مقابله می‌کنند (صدوقی، مهرزاد، محمد صالحی، ۱۳۹۶). تاب‌آوری بالا با کاهش پریشانی‌های عاطفی پس از قرار گرفتن در معرض وقایع آسیب‌زا در ارتباط است (مظلوم بفرویی، شمس اسفندآباد، جلالی، افخمی اردکانی، دادگری، ۱۳۹۴).

تاب‌آوری در پذیرش درد را این‌گونه تعریف می‌کنند که فرد با وجود تجربه سطوح بالای درد، سطح پایینی از بار هیجانی و اختلال عملکرد ناشی از درد را نشان می‌دهد. افراد غیرتاب‌آور با شدت درد مشابه، بار هیجانی و اختلال درد بالاتری دارند. نتایج چندین مطالعه نشان می‌دهد، افراد مبتلا به درد مزمنی که با این تعریف تاب‌آوری تناسب دارند، عملکرد بهتری در حوزه‌های شناختی و رفتاری (شامل راهکارهای مقابله‌ای درد، نگرش به درد، تمایل به فاجعه‌سازی و الگوی استفاده از خدمات مراقبتی سلامتی و دارویی) نسبت به افراد غیرتاب‌آور دارند (انگ، زاتور و رید<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

---

1- Resilient

2- Lee, Cranford

3-Davydov, Stewart, Ritchie, Chaudieu

4- Reza & et al

5- Adele. Ann. Gus. Anthony & Margaret

6-Ong, Zautra & Reid

---

بنابر این ادبیات پژوهشی که در فوق به آن اشاره شد، گویای این است که روابط معنی‌داری بین متغیر تحقیق وجود دارند. با این حال، روابط گزارش شده در تحقیقات گذشته به صورت منفک و مجزا گزارش شده‌اند و این درحالی است که نیاز به مدل تبیین‌کننده‌ای وجود دارد که روابط درونی بین متغیرهای پژوهش را در قالب یک مدل ساختاری مورد بررسی قرار دهد. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا بین راهبرد های مقابله ای درد با تاب آوری و فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات رابطه وجود دارد و اینکه آیا علائم روانشناختی می‌تواند نقش میانجیگری در این رابطه داشته باشد؟

### روشنی‌ها

این پژوهش با توجه به اهداف پژوهشی از لحاظ اجرا بر اساس مدل ارتباطی و طبق معادلات ساختاری جزء تحقیقات توصیفی همبستگی محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به درد ستون فقرات بود که در مرداد و شهریور سال ۱۳۹۷ به بیمارستان شمس تبریز مراجعه می‌کنند که براساس برآوردهای انجام شده ۷۵۰ نفر بود. نمونه آماری پژوهش ۲۵۴ نفر از بیماران مبتلا به درد ستون فقرات بودند که این حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان بدست آمده است و از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه SCL\_90: این آزمون توسط دروگاتیس، ریکلز و راک دروگاتیس<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۳ معرفی شد. این پرسشنامه دارای ۹ زیرمقیاس بوده ۵ گزینه‌ای از به هیچ وجه (۰) تا بی نهایت (۴) نمره‌گذاری می‌شود. که در این پژوهش فقط از چهار زیرمقیاس اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی و حساسیت فردی استفاده شده است. هم‌چنین در پژوهشی که توسط مدبرنیا، شجاعی تهرانی، فلاحی و فقیرپور (۱۳۸۹) به منظور بررسی پایایی و اعتبار این آزمون انجام شد، بیشترین ضریب پایانی با روش بازآزمایی ۰/۹۳، دو نیمه کردن و آلفای کرباخ ۰/۸۵ در افسردگی یافت شد. بین نه عامل و ضرایب سه‌گانه همبستگی مشاهده شد. ( $r > 0.50$ ) بین نه بعد از SCL\_90-R و مقیاس‌های پرسشنامه شخصیتی چندوجهی

1-Derogatis



مینه‌سوتا (MMPI) همبستگی دیده شد که بیشترین همبستگی بین افسردگی ۰/۹٪ و کمترین آن روان‌پریشی در ۰/۵۹، بوده است.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. پایایی خارجی؛ کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. پایایی ایرانی؛ این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در مطالعات خود پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های تاب‌آوری بالای ۰/۷۰ گزارش شده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای با درد روزنشال و کیف<sup>۱</sup> (۱۹۸۳): این پرسشنامه ۴۲ راهبرد مقابله با درد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این راهبردها در قالب شش راهبردشناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی و دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) طبقه‌بندی شده‌اند. با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص می‌نماید که به‌هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده است (صفر= هیچ، ۳ گاهی و ۶ همیشه). ضریب همسانی درونی هفت مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد. این پرسشنامه در واقع به‌شیرازه پژوهش‌هایی پیل‌گشته است که موضع مه‌مقابله و سازگاری با درد را مورد توجه قرار داده است (اصغری مقدم و گلک، ۱۳۸۴).

1- Rosenstle & Keefe

پرسشنامه استاندارد فاجعه‌سازی درد (PCS): این پرسشنامه دارای ۱۳ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان وضعیت دردناکی در بین افراد می باشد. در تحقیق سالیوان و همکاران، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگ نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۲).

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها هم از شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و هم از آزمون معادلات ساختاری استفاده شد، لازم به ذکر است که داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Amos نسخه ۲۴ و SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

### یافته‌ها

#### ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های نمونه

جدول (۱) آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش را از نظر جنسیت، گروه سنی و سطح تحصیلات نشان می‌دهد.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش از نظر جنسیت، گروه سنی و سطح تحصیلات

| درصد | فراوانی | متغیر جمعیت‌شناختی |          |
|------|---------|--------------------|----------|
| ۵۲/۴ | ۱۳۳     | مرد                | جنسیت    |
| ۴۷/۶ | ۱۲۱     | زن                 |          |
| ۱۰۰  | ۲۵۴     | جمع                |          |
| ۲۲/۸ | ۵۸      | ۲۰-۳۰ سال          | گروه سنی |
| ۲۶   | ۶۶      | ۳۱-۴۰ سال          |          |
| ۲۵/۶ | ۶۵      | ۴۱-۵۰ سال          |          |
| ۱۹/۳ | ۴۹      | ۵۱-۶۰ سال          |          |
| ۶/۳  | ۱۶      | ۶۱-۷۱ سال          |          |
| ۱۰۰  | ۲۵۴     | جمع                |          |

چنانکه در جدول (۱) ملاحظه می‌گردد از ۲۵۴ نفر شرکت‌کننده کل، ۱۳۳ نفر (۵۲/۴ درصد) مرد، ۱۲۱ نفر (۴۷/۶ درصد) زن بوده است. و در گروه سنی؛ از ۲۵۴ نفر شرکت‌کننده کل، ۵۸ نفر (۲۲/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای توزیع سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و ۶۶ نفر (۲۶ درصد) نیز دارای توزیع سنی ۳۱-۴۰ سال هستند. همچنین ۶۵ نفر (۲۵/۶ درصد) دارای توزیع سنی ۴۱-۵۰ سال، ۴۹ نفر (۱۹/۳ درصد) دارای توزیع سنی ۵۱ تا ۶۰ سال و ۱۶ نفر (۶/۳ درصد) دارای توزیع سنی ۶۱ تا ۷۱ سال بوده است.

جدول (۲) شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره آزمون کالموگروف اسمیرنوف را جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره Z جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش

جدول (۲) شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره آزمون کالموگروف اسمیرنوف را جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

| جدول (۲) شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره Z جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها |                                |        |         |         |               |
|--|--------------------------------|--------|---------|---------|---------------|
| متغیرها  | میانگین $\pm$ انحراف استاندارد | کجی    | کشی‌دگی | آماره Z | سطح معنی‌داری |
| شایستگی فردی   | ۷/۱۶۳ $\pm$ ۱۶/۲۳              | ۰/۲۷۰  | -۰/۹۸۴  | ۱/۲۴۷   | ۰/۰۸۹         |
| اعتماد به‌خود فردی   | ۶/۹۷۱ $\pm$ ۱۳/۵۰              | ۰/۳۶۴  | -۰/۷۷۴  | ۱/۰۷۲   | ۰/۲۰۱         |
| پذیرش مثبت   | ۵/۹۱۲ $\pm$ ۱۱/۲۹              | ۰/۳۵۲  | -۰/۸۴۳  | ۱/۴۴    | ۰/۰۳۰         |
| کنترل  | ۳/۱۵۳ $\pm$ ۶/۹۷               | -۰/۲۱۷ | -۰/۷۵۰  | ۱/۱۱۲   | ۰/۱۶۹         |
| تأثیرات معنوی  | ۲/۴۸۶ $\pm$ ۴/۰۹               | ۰/۲۳۵  | -۰/۸۸۴  | ۱/۵۲۰   | ۰/۰۲۰         |
| تاب‌آوری   | ۲۲/۷۱ $\pm$ ۵۲/۰۷              | ۰/۲۶۹  | -۰/۸۸۴  | ۱/۱۸۰   | ۰/۱۲۴         |
| افسردگی  | ۱۲/۴۳ $\pm$ ۲۳/۶۹              | ۰/۳۵۲  | -۱/۰۲   | ۱/۵۹    | ۰/۰۱۲         |
| اضطراب   | ۷/۹۷ $\pm$ ۱۶/۳۱               | ۰/۱۳۳  | -۱/۱۸   | ۱/۵۳۳   | ۰/۰۱۸         |
| شکایت جسمانی   | ۱۱/۷۹ $\pm$ ۲۰/۹۹              | ۰/۵۳۲  | -۰/۹۱۲  | ۲/۲۰    | ۰/۰۰۱         |
| حساسیت فردی  | ۸/۵۴ $\pm$ ۱۸/۴۳               | -۰/۰۸۷ | -۱/۰۳   | ۱/۵۷    | ۰/۰۱۴         |
| علائم روانشناختی   | ۳۵/۹۲ $\pm$ ۸۰/۰۷۰             | ۰/۱۳۴  | -۱/۲۱   | ۱/۴۱    | ۰/۰۳۷         |



روانشناختی دارای همبستگی معنی‌داری با متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای ( $r = -0.790$ )، فاجعه‌سازی درد ( $r = 0.644$ ) و همچنین راهبردهای مقابله‌ای دارای همبستگی معنی‌داری با فاجعه‌سازی درد ( $r = 0.623$ ) بود.

**آیا مدل نقش میانجی‌گری علائم روان‌شناختی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای درد با فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات برازش دارد؟**

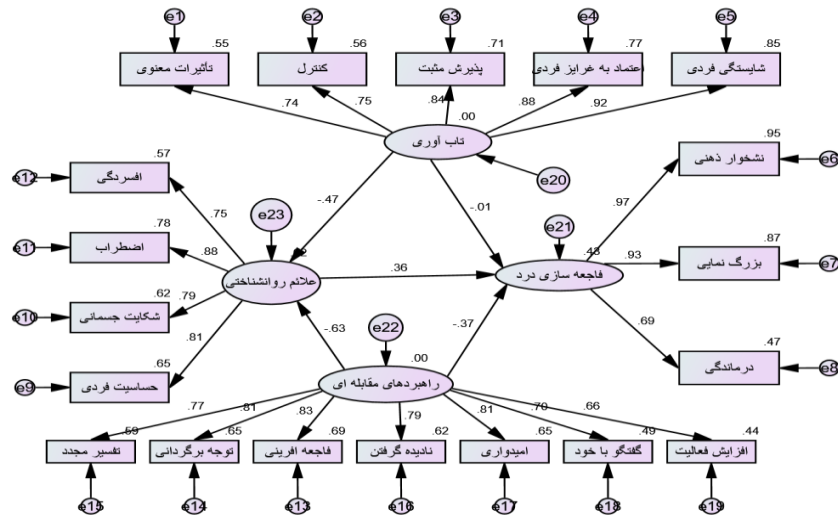
جهت بررسی و تحلیل نتایج از تحلیل معادلات ساختاری (SEM) استفاده گردید. با توجه به اینکه مدل‌یابی معادلات ساختاری از جمله روش‌های گسترش یافته تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر است لذا پیش از ارائه گزارش تحلیل معادلات ساختاری، نتایج بررسی پیش فرض‌های رگرسیون ارائه می‌شود.

نتیجه بررسی تشخیصی داده‌های پرت تک‌متغیری در متغیر وابسته با استفاده از نمودار جعبه‌ای، نمودار Q-Q، و تبدیل نمرات خام به نمرات استاندارد و بررسی نمرات Z بزرگ‌تر از ۲/۵ نشان داد که داده پرت تک‌متغیری وجود ندارد. همچنین بررسی فاصله ماهالانوبیس به منظور تشخیص داده‌های پرت چندمتغیری نشان داد که داده پرت چندمتغیری وجود ندارد. با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف (جدول ۴) نرمال بودن باقیمانده‌ها برای متغیرهای وابسته ادراک درد، فاجعه‌سازی درد و علائم روانشناختی با توجه به متغیرهای پیش‌بین بررسی شد که نتیجه نشان‌دهنده تخطی نشدن این پیش‌فرض بود. برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن برای فاجعه‌سازد ۱/۹۷۵ و برای علائم روانشناختی ۱/۷۶۲ بود و این نتیجه نشان می‌دهد که پیش فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت شده است. بررسی شاخص VIF (بیشتر از ۱۰) و شاخص تحمل (کمتر از ۰/۱) نشان داد که شاخص‌های VIF و تحمل در هر یک از متغیرهای پیش‌بین در حد مطلوب است و بین متغیرهای پیش‌بین همبستگی‌های بزرگ وجود ندارد و هم خطی جدی مشهود نیست.

جدول (۴) نتایج آزمون دوربین-واتسون جهت استقلال منابع خطا

| کجی   | کشیدگی | آماره | درجه آزادی | معنی‌داری | دوربین-واتسون         |
|-------|--------|-------|------------|-----------|-----------------------|
| ۱/۱۹۱ | ۰/۰۴۷  | ۲۵۴   | ۰/۰۶۵      | ۱/۹۷۵     | فاجعه‌سازی درد -۰/۵۱۸ |

علائم روانشناختی -۰/۴۰۰ ۰/۵۵۳ ۰/۰۴۶ ۲۵۴ ۰/۰۷۴ ۱/۷۶۲



شکل (۱) مدل ساختاری نقش میانجیگری علائم روان‌شناختی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای درد با فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات

جدول (۵) اثرات مستقیم، غیرمستقیم نقش میانجیگری علائم روان‌شناختی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای درد با فاجعه‌سازی درد

| متغیرهای پژوهش  | اثر مستقیم               | اثر غیرمستقیم            | اثر کل                    |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| تاب‌آوری - علائم روانشناختی                             | $\beta (-0.47) p(0.000)$ |                          |                           |
| تاب‌آوری - فاجعه‌سازی درد                               | $\beta (-0.01) p(0.907)$ |                          |                           |
| تاب‌آوری - علائم روان‌شناختی - فاجعه‌سازی درد           |                          | $\beta (-0.63) p(0.062)$ |                           |
| راهبردهای مقابله‌ای - فاجعه‌سازی درد                    | $\beta (-0.37) p(0.000)$ |                          |                           |
| راهبردهای مقابله‌ای - علائم روانشناختی                  | $\beta (-0.63) p(0.000)$ |                          |                           |
| راهبردهای مقابله‌ای - علائم روانشناختی - فاجعه‌سازی درد |                          | $\beta (-0.23) p(0.000)$ | $\beta (-0.114) p(0.002)$ |

## روان‌شناختی - فاجعه‌سازی درد

مطابق شکل (۱) و جدول (۵) مسیرهای مستقیم از تاب‌آوری به علائم روان‌شناختی  $p(0/000)$   $\beta(-0/47)$  و تاب‌آوری به فاجعه‌سازی درد  $p(0/907)$   $\beta(0/01)$  از نظر آماری معنی‌دار بوده است. با افزایش تاب‌آوری، علائم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی و حساسیت فردی) و فاجعه‌سازی درد (نشخوارذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی) کاهش می‌یابد.

همچنین مسیرهای مستقیم از راهبردهای مقابله‌ای با فاجعه‌سازی درد  $p(0/000)$   $\beta(-0/37)$  و راهبردهای مقابله‌ای به علائم روان‌شناختی  $p(0/000)$   $\beta(-0/63)$  از نظر آماری معنادار بوده است. با افزایش راهبردهای مقابله‌ای، فاجعه‌سازی درد (نشخوارذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی) و علائم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی و حساسیت فردی) کاهش می‌یابد.

در ادامه به منظور آزمون روابط واسطه‌ای مدل ساختاری و دستیابی به معنی‌داری ضرایب غیرمستقیم از آزمون بوت‌استرپ برنامه AMOS با تعداد نمونه و سطح اطمینان پیش‌فرض برنامه استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴-۵) درج شده است.

تاب‌آوری با کاهش علائم روان‌شناختی بر فاجعه‌سازی درد تأثیر ندارد  $p(0/062)$   $\beta(-0/065)$ . یعنی با افزایش تاب‌آوری بر علائم روان‌شناختی کاسته شده و با کاهش علائم روان‌شناختی از فاجعه‌سازی درد کاسته نشده است.

راهبردهای مقابله‌ای با کاهش علائم روان‌شناختی بر فاجعه‌سازی درد تأثیر دارد.  $p(0/000)$   $\beta(-0/23)$ ، یعنی با افزایش راهبردهای مقابله‌ای، علائم روان‌شناختی کاهش یافته و با کاهش علائم روان‌شناختی از فاجعه‌سازی درد نیز کاسته می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری علائم روان‌شناختی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای درد با فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات بوده است و نگاهی به ضرایب همبستگی بین تاب‌آوری و فاجعه‌سازی درد گویای این است که بین تاب‌آوری و فاجعه‌سازی درد رابطه همبستگی معکوس و معنی‌داری برقرار است که همه آنها

از نظر آماری معنی‌دار هستند. در واقع نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری گویای این است که علی‌رغم وجود همبستگی معنی‌دار بین ابعاد تاب‌آوری و فاجعه‌سازی درد در مدل‌یابی ساختاری به واسطه متغیرهای دیگر تحقیق تأثیر تاب‌آوری بر روی فاجعه‌سازی درد معنی‌دار نیست. این نتیجه تحقیق با یافته‌های (سوسو و همکاران، ۲۰۱۹؛ اونگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کارولی و رولمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ تویی، نوتون و میک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ ماسکاویتز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت تاب‌آوری یک توانایی کمیاب نیست و می‌تواند توسط هر فردی یاد گرفته شود و بهتر است به عنوان یک فرایند در نظر گرفته شود تا این که یک ویژگی شخصیتی ثابت محسوب شود (راتر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). نتایج مطالعات نشان می‌دهد، افراد مبتلا به درد مزمن دارای تاب‌آوری بالا در حیطه‌های رفتاری و شناختی نسبت به درد مثل راهکارهای مقابله‌ای درد، نگرش به درد، تمایل به فاجعه‌سازی و الگوی استفاده از خدمات مراقبتی سلامتی و دارویی عملکرد بهتری دارند (کارولی و رولمن، ۲۰۰۶). علت عدم فاجعه‌سازی درد توسط افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند به مثبت نگری این افراد برمی‌گردد زیرا این افراد با نگرش مثبت به مسائل و داشتن هیجان‌ات مثبت پیش‌بینی‌های مثبتی انجام می‌دهند و تنیدگی‌های روانشناختی و دردهای جسمانی گذرا می‌دانند و همین مساله باعث عدم فاجعه‌سازی درد توسط این افراد می‌شود همچنین افراد دارای تاب‌آوری بالا در مشکلاتی که تجربه می‌کنند بیشتر احتمال دارد که معنای مثبتی پیدا کنند (مارکواتیز، اسچروتن، آرنتز و پترز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). از سویی دلیل دیگری که منجر به عدم اجعه‌سازی در افراد با تاب‌آوری بالا می‌شود به این مساله برمی‌گردد که این افراد کمتر از شیوه اجتناب استفاده می‌کنند و به همین خاطر راحت‌تر با درد ناشی از بیماریشان کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌سازی نسبت به درد ندارند یا کمتر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند (تویی و همکاران، ۲۰۱۴).

1- Karoly & Ruhlman  
2- Toby, Newton & Mick  
3- Moskowitz  
4- Rutter  
5- Markovitz, Schrooten, Arntz & Peters



در خصوص رابطه راهبردهای مقابله‌ای با فاجعه‌سازی درد، نگاهی به ضرایب همبستگی بین راهبردهای مقابله‌ای و فاجعه‌سازی درد گویای این است که بین این دو متغیر رابطه همبستگی معکوس و معنی‌داری برقرار است که همه آنها از نظر آماری معنی‌دار هستند. در واقع نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری گویای این است که بین ابعاد راهبردهای مقابله‌ای و فاجعه‌سازی درد در مدل‌یابی ساختاری به‌واسطه متغیرهای دیگر تحقیق تأثیر راهبردهای مقابله‌ای بر روی فاجعه‌سازی درد معنی‌دار است. و این نتیجه تحقیق با یافته‌های (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۸؛ کارول، فراری، کسیدی و کات<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ رولفس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ جانگویون، جنونگ، برت، فیونا و دیوید<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) همسو است.

در تبیین این یافته و چگونگی ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای و فاجعه‌سازی درد می‌توان چنین مطرح کرد که راهبردهای مقابله‌ای نامناسب باعث می‌شود که درد به‌عنوان تهدیدکننده تفسیر شود، از طریق فرایندشناختی فاجعه‌سازی، ترس مرتبط با درد تشکیل می‌گیرد. این منجر به رفتار اجتنابی و گوش به زنگی نسبت به احساسات بدنی و درد می‌شود که یک الگوی مزمن و همیشگی از ناتوانی تداوم می‌یابد (رولفس و همکاران، ۲۰۰۴). از سویی راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث تمرکز و مدیریت بهتر درد می‌شود و این مدیریت بهتر باعث سازگاری مناسب با شرایط جدید و مدیریت بهتر در می‌شود (جانگویونو همکاران، ۲۰۱۰). البته این ارتباط یکسویه نیست به عبارت دیگر فاجعه‌سازی درد نیز روی راهبردهای مقابله‌ای مقابله‌اثر گذار می‌باشد، استرجن<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) بیان کرد که فاجعه‌سازی درد در برخی افراد سبب می‌شود درد را با شدت بیشتری احساس کنند و در نتیجه این امر سبب بروز پیامدهای اجتماعی - هیجانی منفی می‌گردد که راهبردهای مقابله‌ای کنار آمدن با بیماری و استرس ناشی از بیماری را نیز برای این افراد دچار مشکل می‌کند.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که علایم روانشناختی نقش واسطه معنی‌داری در ارتباط بین تاب‌آوری و فاجعه‌سازی درد نداشته است. یعنی با افزایش تاب‌آوری، علائم روانشناختی

1- Carroll, Ferrari, Cassidy, David & Cote

2- Roelofs

3- Junghyun, Jeong, Bert, Fiona & David

4- Sturgeon

کاهش نیافته و بر فاجعه‌سازی درد نیز علائم روانشناختی تأثیری نداشته است و نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های (دمیتونره<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ داویس، استوکستیل، استانلی و وئو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ آرنو، بلازی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت که فاجعه‌سازی درد، افکاری هستند که سبب توجه افراطی فرد بر علایم بدنی و در نتیجه اجتناب از فعالیت‌های روزمره‌اش می‌گردد که این اجتناب با پیامدهای بعدی درد مثل ناتوانی و اختلال عملکرد جسمانی و هیجانی مرتبط است و فاجعه‌سازی درد تحت تأثیر اضطراب می‌باشد (دمیتونره و همکاران، ۲۰۰۷) همه افراد در تجارب خود متوجه این مساله شده‌اند که درد هیجانانگیزی را در پی دارد ولی تحقیقات ناش و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده است که اضطراب نیز باعث تداوم درد و فاجعه‌سازی آن می‌شود. از سویی با توجه به اینکه افکار منفی یکی از ویژگی‌های کلیدی در اختلالات خلقی مثل افسردگی است، وجود این افکار منفی باعث یک انتظار دائمی و ترسناک از پیامدهای منفی احتمالی راجع به رخداد‌های قریب‌الوقوع می‌شود که در افراد بیمار باعث نگرش منفی نسبت به بیماری و فاجعه‌سازی درد می‌شود (داویس و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین از دیدگاه شناختی، قضاوت فرد یا به بیان دیگر ارزیابی شناختی او از یک موقعیت بر روش سازگاری وی با موقعیت مذکور تأثیر گذاشته و یکی از این عوامل شناختی که از عمده خطاهای شناختی افراد نیز می‌باشد، فاجعه‌سازی درد است که به‌طور عمده تحت تأثیر افسردگی می‌باشد (آرنو و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که علایم روانشناختی نقش واسطه‌ای معنی‌داری در ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای و فاجعه‌سازی درد دارد. یعنی با افزایش راهبردهای مقابله‌ای از علائم روانشناختی کاسته شده و با کاهش علائم روانشناختی فاجعه‌سازی درد نیز بهبود می‌یابد و نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با یافته‌های (استارجن، زاترا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳)، کارول و همکاران (۲۰۱۴)، سونگ (۲۰۰۹) همسو است. در بررسی‌های انجام

1- Demyttenaere  
2- Davis, Stockstill, Stanley & Wu  
3- Arnow et al  
4- Sturgeon & Zutra

گرفته محققان دریافتند که خصوصیت فاجعه‌سازی درد نقش با اهمیتی را در انطباق با درد روزانه ناشی از بیماری بازی می‌کند زیرا باورهای فاجعه‌سازی درد، سبب می‌شود فرد با شدت بیشتری درد را حس کند و در نتیجه تحمل درد برای وی سخت و طاقت‌فرسا خواهد بود (استارجن، زاترا، ۲۰۱۳). همچنین میزان بالای فاجعه‌سازی می‌تواند در افراد به توجه انتخابی مرتبط با درد منجر شود، افراد با فاجعه‌سازی درد برای کنترل یا فرونشانی افکار مرتبط با درد سختی و مشکل بیشتری را تجربه می‌کنند و عملکرد جسمانی و شناختی آنها بیشتر توسط انتظار درد آشفته می‌شود (تورنر و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌های انجام گرفته نشان داده است استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب باعث کاهش فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود (کارول و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به اینکه اضطراب ناشی از نداشتن مهارت و پیش‌بینی موقعیت است، راهبردهای مقابله مناسب با گسترش شناخت نقش‌های اضطراب در زندگی افراد می‌گذارد و همچنین کمک به این افراد در بررسی افکار و احساسات در مورد عوامل ایجادکننده اضطراب باعث کنترل بهتر شرایط می‌شوند و همچنین با کنترل اضطراب افراد به صورت مستقیم در کاهش مشکلات جسمانی این افراد نیز نقش ایفا می‌کنند (سونگ، ۲۰۰۹). در تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح کرد که راهبردهای مقابله‌ای موثر باعث پایین آمدن علایم روانشناختی منفی مثل افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی می‌شود که این امر بر نگرش مثبت فرد بر کلیه مسائل تأثیر گذار است، نگرش مثبت و باورهای مؤثر در روند زندگی این افراد می‌شود، نگرش‌ها و باورهای فرد و نیز منابع و شیوه‌های مقابله با درد بر چگونگی گزارش آنها نسبت به درد مؤثر است (اورس و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش حاضر نیز همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌های مواجهه بوده است و یکی از محدودیت‌های پژوهش عدم دسترسی آسان به اعضاء نمونه بود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که دوره‌های آموزشی تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای برای بیماران برگزار گردد و در مطالعات آتی به بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای و راهکارهای افزایش تاب‌آوری در فرایند درمان این بیماران مطالعه شود.



## منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی و ناصر گلک (۱۳۸۴). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن، دانشور رفتار، ۱۲(۱۰).
- بیگدلی، ایمان‌اله؛ رحیمیان بوکر، اسحاق و محمود نجفی (۱۳۹۱). روانشناسی بالینی، سمنان: انتشارات نفیس.
- تاجیک‌زاده، فخری؛ صادقی، راضیه و فرحناز رئیس کریمیان (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری، مقابله با استری و فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی، فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، ۷(۱).
- توکلی، مهین (۱۳۸۶). مقابله با استرس: در رویکردهای روانشناسی. تهران: انتشارات سمت.
- دانشجو، عبدالحمید و حسین دادگر (۱۳۹۰). شیوع کم‌درد و رابطه آن با میزان فعالیت بدنی، سن و شاخص توده بدنی در کارکنان دانشگاه پیام‌نور استان فارس، پژوهش در علوم توانبخشی، ۷(۳).
- داودیان‌طلب، امیرحسین؛ افشین، اسدالله؛ محمودی، فرشید و فاطمه عمادی (۱۳۹۴). مقایسه درد اسکلتی عضلانی در بین کارگران صنعتی افسرده و غیرافسرده و بررسی عوامل موثر بر آن، فصلنامه بهداشتی و ایمنی کار، ۵، ۴.
- دهان، فاطمه؛ امینی نصر (۱۳۹۳). مقایسه حساسیت میان فردی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نوع I و افراد بهنجار، اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی.
- صدوقی، مجید؛ مهرزاد، ولی‌اله و زهرا محمدصالحی (۱۳۹۶). رابطه سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله علوم پزشکی رازی. ۲۴ (۱۵۶): ۱۱۱-۱۱۹.
- عربی، الهام و معصومه باقری (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن، روان‌شناسی سلامت، ۶، ۲.
- مظلوم بفرویی، ناهید؛ شمس اسفندآباد، حسن؛ جلالی، محمدرضا؛ افخمی اردکانی، محمد و آتنا دادگری (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی در مبتلایان به دیابت ۲ شهر یزد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۲۳ (۲): ۱۸۵۸-۱۸۶۵.
- Adele, R., Ann, J., Gus, A.B.R, Anthony, M., Margaret, M.W. (2017). Does the concept of resilience contribute to understanding good quality of life in the context of epilepsy. *Epilepsy Behavior*, (56), 153-164.

- 
- Arnou, BA., Blasey, CM., Constantino, MJ., Robinson, R., Hunkeler, E., Lee, J., et al (2011). Catastrophizing, depression and pain-related disability. *Gen Hosp Psychiatry*. 33(2): 150-6.
- Bauer, H., Emeny, R.T., Baumert, J. & Ladwig, K.H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly, *Eur J Pain*; 20 (4).
- Bogduk, N. Psychology and low back pain. *International Journal of Osteopathic Medicine* 2006, 9(2): 49-53.
- Carroll, L.J., Ferrari, R., Cassidy, J., David, D., Cote, P. (2014). Coping and Recovery in Whiplash-associated Disorders: Early use of Passive Coping Strategies is Associated with Slower Recovery of Neck Pain and Pain-related Disability. *Clin J Pain*. 30: 1: 1-8.
- Currie, SR, Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. 107(1-2): 54-60.
- Davis, CE, Stockstill, JW, Stanley, WD, Wu, Q. (2014). Pain-related worry in patients with chronic orofacial pain. *JADA*; 145(7): 722-730.
- Davydov, DM., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. 30:479-95.
- Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R., Lee, S., et al.(2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*, 129, 332-342.
- Denollet, J. (2013). Interpersonal sensitivity, social inhibition, and Type D personality: How and when are they associated with health? Comment on Marin and Miller (2013). *Psychological Bulletin*, 139, 991-997. doi:10.1037/a0033537.
- DiMatteo, MR. & Martin, LR. (2001). *Health psychology*. 1st ed. Boston: Allyn & Baco.
- Evers, A W M., Kraaijmaat, F W., Geenen, R., Jacobs, J W G., Bijlsma, J W J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behav Res Therapy*. 41: 1295-1310.
- Freedenberg, E. (2006). Coping Competencies: What to teach and when. *Theory in to Practice*, 9, 437-442.
- Gaudiano, BA, Herbert, JD, Hayes, SC. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behav Ther*, 41(4): 543-54.
-

- Golkari, S, Teunis T, Ring D, & Vranceanu A M. Changes in Depression, Health Anxiety, and Pain .
- Goubert, L, Crombez, G, & Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107: 234-241.
- Janwantanakul P, Pensri P, Moolkay P, & Jiamjarasrangsri W. (2011). Development of a risk score for low back pain in office workers - a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*, 12: 23.
- Junghyun, K, Jeong, Y H, Bert, S, Fiona, M, & David, G. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being. *J Health Psychol.*; 15(4): 543-552.
- Karoly, P, & Ruehlman, LS. (2006). Psychological resilience and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123: 90-97.
- Lee, HH., Cranford, JA. (2008). Does resilience moderate the associations between 4 parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing 5 behaviours? A study of Korean Adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 96: 213-21.
- Leeuw, M, Goossens, ME, Linton, SJ, Crombez, G, Boersma, K, & Vlaeyen JW. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*, 30(1): 77-94.
- Markovitz, SE, Schrooten, W, Arntz, A, & Peters, ML. (2016). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*.
- Martinez, J, Meeus, M., Struyf, F., Miguel Morales-asencio, J., Nogueron, G., Luque-Suarez, A. (2018). The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ Open*. 8(4), 152-163.
- Merskey, H, Bogduk, N. (1994). Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. Seattle: Intl Assn for the Study of Pain, 3.
- Nash, J.M., Williams, D.M., Nicholson, R., Trask, P.C. (2006). The contribution of pain-related anxiety to disability from headache. *Behavior Medicine*, 29(1), 61-7.

- 
- Ong, A D, Zautra, A J, & Reid, M C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging*, 25(3), 516-523.
- Reza, GG., Kourosh, S., Abbas, E, et al. (2016). Resilience of patients with chronic physical diseases: A systematic review and meta-analysis. *Iran Red Crescent Med J*. 18:e38562.
- Roelofs, J, McCracken, L, Peters, M L, Crombez, G, Van Breukelen, G, & Vlaeyen J W S. (2004). Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients. *J Behavior Med*; 27, 2: 167-183.
- Rosenzweig, MR, Breedlove, SM, Leiman AL. (1996). *Biological Psychology*. Sunderland: Sinauer Associates.
- Rutter, M. (2008). Developing concepts in developmental psychopathology in Hudziak JJ, editor. *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. Washington, DC: *American Psychiatric Association*. 3-22.
- Sturgeon, J A, & Zautra, A J. (2013). State and Trait Pain Catastrophizing and Emotional Health in Rheumatoid Arthritis. *Ann behav med*. 45 (1): 69- 77.
- Sung, R. (2009). Effectiveness of a stress management program in hardiness and health status. *Journal of Behavioral medical*, 6, 12-24.
- Suso-C, Guerrero, L, Osma, J, & Gallardo-Pujol, D. (2019). Strongly Associated With Improved Physical Functioning in Frustration Tolerant Individuals: A Longitudinal Moderation Study in Chronic Pain Patients. *Health psychology*. 26(14).253-260.
- Toby, R O., Newton-John, C M, & Mick, H. (2014). The Role of Resilience in Adjustment and Coping with Chronic Pain Rehabilitation. *Psychology*. 59 (3): 360–365.
- Turner, J. Jensen MP., & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independency predict functioning in patients with chronic pain. 85: 115-25.
- Vasudevan, S. (2015). *Multidisciplinary management of chronic pain: A practical guide for clinicians*. New York, NY: Springer.
- Vlaeyen, JW, & Linton, SJ. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6): 1144-7.
-