

مقایسه اختلالات روانشناختی همبود در زنان و مردان مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن

سحر رفیعی^۱، علی اکبر فروغی^۱، دکتر سیروس مؤمنزاده^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ^۲ دانشیار گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

مجله پزشکی هرمزگان سال پانزدهم شماره چهارم زمستان ۹۰ صفحات ۲۹۵-۳۰۳

چکیده

مقدمه: درد مزمن یکی از رایج‌ترین علل مراجعه به مراکز خدمات درمانی و پزشکی اولیه است، در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران به مشکلات پزشکی مزمن، نشانگان روانشناختی معنی‌داری را تجربه می‌کنند. این مطالعه با هدف تعیین میزان افسردگی، اضطراب و فاجعه‌سازی درد و رابطه بین فاجعه‌سازی و افسردگی در افراد مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام حسین (ع) تهران بود.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، ۱۵۸ نفر از افراد دارای تشخیص اختلال درد اسکلتی عضلانی مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام حسین (ع) تهران در بازه زمانی زمستان ۸۸ تا تابستان ۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس افسردگی بک (BDI)، اضطراب بک (BAI) و مقیاس فاجعه‌سازی درد (PCS) گردآوری شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS و به کمک آزمونهای t و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میزان همبودی اضطراب، افسردگی و فاجعه‌آفرینی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن شرکت‌کننده، به ترتیب ۲۷/۲٪ و ۶۷/۹٪ و ۸۴٪ بود. بین زنان و مردان مبتلا در میزان افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). بین زنان و مردان مبتلا در میزان فاجعه‌سازی نمودن درد در سطح ۰/۰۱ تفاوت معنی‌داری وجود داشتند. یافته‌ها نشان داد که بین میزان افسردگی و فاجعه‌سازی درد رابطه مثبت و معنی‌داری ($r = ۰/۷۳$) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج بدست آمده، درمانگران می‌توانند در کنار درمان دارویی از درمانهای غیردارویی (مانند درمانهای روانشناختی) به منظور کاهش افسردگی و اضطراب همراه با درد و کنترل بهتر درد استفاده کنند. با انجام این قبیل تحقیقات، لزوم توجه به تفاوت‌های جنسیتی در درمان و استفاده از رویکردهای بین رشته‌ای در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به درد مزمن روشن می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: درد - افسردگی - اضطراب

نویسنده مسئول:

سحر رفیعی

دانشگاه روانشناسی و علوم تربیتی

دانشگاه علامه طباطبایی

تهران - ایران

تلفن: ۰۹۸۹۳۷۸۶۶۰۹۰۵

پست الکترونیکی:

sahar.rafiiee@gmail.com

دریافت مقاله: ۸۹/۸/۱ اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۲۱ پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۲

مقدمه:

عاطفی و محیطی می‌باشد. انواع مختلف درد شامل درد دوره‌ای، درد حاد و درد مزمن است. درد مزمن دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمان معمول و مورد انتظار طول می‌کشد و بنابر معیارهای انجمن بین المللی درد (IASP) این زمان برای اهداف پژوهشی، حداقل ۳ ماه و برای اهداف بالینی ۶ ماه تعیین شده است (۳).

احتمالاً درد، عمومی‌ترین فشار روانی است که با آن مواجه می‌شویم و یکی از شایع‌ترین شکایتها در بین بیماران می‌باشد (۱). بر پایه تعریف انجمن بین المللی درد (IASP)، درد تجربه‌ای هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و یا بلافعل بافتی و یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی است (۲) و از عوامل چندگانه‌ای تأثیر می‌پذیرد که شامل عوامل شناختی،

نشانه‌های بیماری قابل شناسایی نباشد (۳). بیمارانی که در جستجوی درمان هستند، سطح بالاتری از آشفتگی‌های هیجانی و مشکلات شغلی و اضطرابی را نشان می‌دهند (۱۰).

تفاوت جنسیتی در اختلالات درد بطور گسترده‌ای گزارش شده است و دردهای اسکلتی عضلانی و عروقی در زنان شایع‌تر است (۱۲). علاوه بر این زنان به احتمال بیشتری به پزشک مراجعه می‌کنند و نشانه‌های درد بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۳). همچنین زنان نسبت به مردانی که فرآیند بیماری و اختلال مشابهی دارند، درد شدیدتر با فراوانی بیشتر و دوره‌های طولانی‌تر (۱۴) و شیوه پاسخ‌دهی هیجانی‌تری (۱۵) را ابراز می‌کنند. همچنین زنان نسبت به مردان در موقعیت‌های پزشکی مختلف، اضطراب و افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند (۱). زنان جوان، میانسال و مسن نسبت به مردان، اضطراب بیشتری دارند (۱۶). تفاوت جنسیتی در موقعیت‌های آزمایشگاه نیز بررسی شده است و زنان، سطح آستانه کمتر و میزان درد بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۷). مرور پیشینه تحقیق حاکی از تفاوت‌های جنسیتی در میزان اضطراب و افسردگی می‌باشد (۱، ۱۶). اما نتایج مطالعه شفر و همکاران نشان داد که بین زنان و مردان مبتلا به درد مزمن در میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ولی در میزان اضطراب تفاوت معنی‌داری یافت نشد (۱۷).

اضطراب بیماران دارای اختلال درد می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت و همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک‌های درد گردد. گوش به زنگی دائمی و زیر نظر گرفتن محرک‌های مخرب و این قبیل ترس‌ها در مبتلایان به درد مزمن، در افزایش تنش ماهیچه‌ها و برانگیختگی فیزیولوژیک نقش عمده‌ای دارد و موجب تشدید و تداوم درد می‌شود (۱۸). بیماران ممکن است در مورد معنای علائم و آینده بیماری، مضطرب و نگران باشند. ترس و اضطراب موجب اجتناب از فعالیت و در نتیجه ناتوانی بیشتر در بیماران می‌گردد (۱۹).

متغیر دیگری که در این پژوهش بررسی شد، فاجعه‌سازی درد بود. فاجعه‌سازی، فرآیند شناختی - عاطفی منفی است که شامل مؤلفه‌های بزرگنمایی، درماندگی و نشخوار فکری می‌باشد (۲۰) میزان فاجعه‌سازی یکی از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های نتایج درمانی درد است (۲۱) و همچنین متغیری کلیدی در

در نمونه ایرانی، میزان شیوع درد مزمن مستمر (در ۶ ماه گذشته و بدون دوره بهبودی) و درد مزمن عودکننده به ترتیب ۱۴ و ۱۵ درصد بوده است (۴). برآورد شده است که در ایالت متحده بین ۲۵ تا ۳۰ درصد افراد از درد مزمن رنج می‌برند که سالانه هزینه‌ای بالغ بر ۱۵۰ بیلیون دارد. با این وجود میزان درد حتی در استفاده‌کنندگان از خدمات پزشکی و درمانی پیشرفته، فقط در حدود ۳۵ درصد کاهش می‌یابد (۳). در این میان، درد اسکلتی عضلانی مزمن یکی از بیماری‌های شایع در جمعیت عمومی است که در حدود ۱۷-۳۵ درصد از بزرگسالان آن را گزارش می‌دهند (۵).

درد مزمن غالباً با پیامدهای روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، ناامیدی، خشم و اختلالات روانشناختی از قبیل اختلالات خلقی، اختلالات خواب، اختلال در کارکردهای روزانه و نگرانی در مورد آینده همراه است (۳). همبودی اختلالات روانشناختی در بین افراد دارای درد مزمن بسیار رایج است که در طیفی از افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیتی و یا راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه (از قبیل، ترس، اجتناب و فاجعه‌سازی) قرار دارد. در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران دارای درد مزمن، نشانگان روانشناختی معنی‌داری را تجربه می‌کنند (۶).

با مطرح شدن نظریه کنترل دروازه‌های توسط ملزک و کی سی (۱۹۸۶)، نقش عوامل هیجانی و شناختی درد مطرح شد، امروزه این نظریه به عنوان پارادایم غالب در این حیطه است. اجزای عاطفی مرتبط با درد بسیار متنوع است و اساساً ماهیت منفی دارند. افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلالات همبود در بیماران درد مزمن هستند، هر چند که خشم نیز به عنوان یک هیجان شایع گزارش شده است (۷). شیوع افسردگی و اضطراب در بین افراد مبتلا به درد مزمن از ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (۸). تحقیقات نشان می‌دهد که تقریباً در حدود نیمی از افراد دارای درد مزمن، علائم افسردگی را بطور معنی‌داری گزارش می‌کنند، میزانی که در جمعیت کلی بین ۲ تا ۹ درصد است (۹). پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که ۴۰ تا ۵۰ درصد (۱۰) و ۳۱ تا ۱۰۰ درصد (۱۱) بیماران مبتلا به درد مزمن، از اختلال افسردگی رنج می‌برند. ازسوی دیگر علائم اضطراب و نگرانی در بیماران درد مزمن بسیار رایج است به ویژه هنگامی که

رویکردهای شناختی رفتاری (۲۲) و مدل ترس - اجتناب است (۲۳).

شواهد نشان می‌دهد که فاجعه‌سازی با افزایش حساسیت نسبت به درد و آشفتگی‌های هیجانی مرتبط است و حتی زمانی که متغیرهایی از قبیل شدت درد، افسردگی، اضطراب و ترس از درد کنترل می‌گردد، فاجعه‌سازی هنوز به عنوان متغیری که با احساس ناتوانی و آسیب همراه است، باقی می‌ماند (۲۴). فاجعه‌سازی بطور معنی‌داری با درد و افسردگی رابطه دارد (۱۶،۲۰). زنان در مقایسه با مردان میزان فاجعه‌سازی بیشتری در درد نشان می‌دهند (۲۰،۲۴).

تحقیقات متعددی در زمینه درد مزمن انجام شده است اما تحقیق منسجمی در میزان افسردگی و اضطراب و فاجعه‌آفرینی درد و مقایسه جنسیتی در نمونه ایرانی انجام نشده است. اهداف پژوهش حاضر، مقایسه افسردگی، اضطراب و فاجعه‌سازی در زنان و مردان مبتلا به درد مزمن و بررسی رابطه بین افسردگی و میزان فاجعه‌سازی در این افراد است. فهم تفاوت‌های جنسیتی در میزان درد و اختلالات همبود می‌تواند در تشخیص و درمان درد کمک‌کننده باشد.

روش کار:

پژوهش حاضر در چارچوب مطالعه پس رویدادی و به صورت مقطعی و با هدف تعیین میزان اضطراب، افسردگی و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی در بیماران مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام حسین (ع) تهران طراحی و اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۱۵۸ زنان و مردان مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن و در طیف سنی ۱۸-۶۲ سال بودند که در بازه زمانی زمستان ۸۸ تا تابستان ۸۹ به کلینیک درد مراجعه کرده بودند و توسط فوق تخصص دردشناسی، روانپزشک و روانشناس گروه مورد ارزیابی و درمان قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و در دسترس بود.

پرسشنامه افسردگی بک BDI:

این پرسشنامه از ۲۱ گویه تشکیل شده که به اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی شامل غمگینی، عدم لذت، کاهش تمرکز و ... که فرد در طی ۲ هفته گذشته تجربه کرده است، اشاره دارد. هر گویه بر اساس یک درجه‌بندی ۴ نمره‌ای به شیوه‌ی لیکرتی (۰= من احساس غمگینی می‌کنم تا ۳= من آنقدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از صفر تا ۶۳ است. پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ $r =$ بدست آمده است. نمرات ۱۳-۴ نشانگر حالت غمگینی است که غیرطبیعی نیست و در اکثر افراد قابل مشاهده است. نمره ۱۹-۱۴ نشانگر افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ نشانگر افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ نشانگر افسردگی شدید است. نمره‌های بسیار بالا حاکی از اغراق احتمالی افسردگی یا احتمال وجود اختلال‌های شخصیت‌نمایشی یا مرزی است.

مقیاس اضطراب بک (BAI):

این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که علائم شایع اضطراب را در بر می‌گیرد. نمره‌دهی به سؤالات به شیوه لیکرتی و بین نمره (۰) به معنی اصلاً و نمره (۳) به معنی شدید است. دامنه نمرات این آزمون می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ در نوسان باشد. روایی این آزمون، ۰/۷۲ و ضریب پایایی آن به روش آزمون بازآزمون در جمعیت ایرانی ۰/۸۳ گزارش شده است. ثبات درونی آزمون به روش آلفای کرونباخ، حاکی از ثبات درونی بالا و ۰/۹۲ می‌باشد.

پرسشنامه فاجعه‌آفرینی درد (PCS):

این مقیاس توسط سالیوان (۱۹۹۵) تنظیم شد که شامل ۱۳ ماده است که بر ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد تمرکز کرده است. نمره‌دهی این آزمون به صورت لیکرتی ۵ درجه‌ای بوده (۰ = هیچ وقت، ۴ = همیشه) و نمره نهایی این آزمون بر روی سه محور نشخوارذهنی، بزرگنمایی و درماندگی ارائه می‌شود. این مقیاس تاکنون در پژوهش‌های متعددی به کار گرفته شده است و در همه این پژوهش‌ها نشان داده شده است که دارای نمرات اعتبار و روایی قابل قبولی می‌باشد (۲۰). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران در دانشگاه شاهد بررسی شده است. ضریب آلفا در زیرمقیاس‌های نشخوار، بزرگنمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ می‌باشد. ضریب آلفا برای کل مقیاس فاجعه‌آفرینی درد ۰/۸۷ است.

دلیل همپوشی اختلالات در بیماران، درصد فراوانی بزرگتر از ۱۰۰ است.

جدول شماره ۲- میانگین، انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در

| مقیاس‌های پژوهش | | | |
|-----------------|-------|--------|---------|
| شاخص | آزمون | اضطراب | افسردگی |
| میانگین | ۲۴/۳ | ۳۰/۷۵ | ۴۴/۳۷ |
| انحراف معیار | ۷/۲۶ | ۳/۰۹ | ۵/۳۴ |

جدول شماره ۳- میزان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به

| درد مزمن | | | |
|--------------|--------|---------|---------------------|
| شاخص | اضطراب | افسردگی | فاجعه‌ساز نمودن درد |
| فراوانی | ۴۳ | ۱۰۹ | ۱۳۳ |
| درصد فراوانی | ٪۲۷/۲ | ٪۶۷/۹ | ٪۸۴ |

بر اساس جدول فوق، ۲۷/۲ درصد بیماران مبتلا به درد اسکلتی عضلانی شرکت‌کننده در پژوهش معادل با ۴۳ بیمار دارای اختلال اضطرابی و ۶۷/۹٪ معادل ۱۰۹ بیمار اختلال افسردگی بودند و ۸۴٪ معادل ۱۳۳ بیمار در دردمشان فاجعه‌آفرینی می‌کردند. در این پژوهش برخی از بیماران با توجه به پرسشنامه‌های تکمیل شده، ملاک تشخیصی افسردگی و اضطراب را نداشتند.

نتایج بدست آمده نشان داد که میانگین امتیاز افسردگی زنان بطور معنی‌داری از میانگین افسردگی مردان بیشتر است (۳۰/۷۱ در مقابل ۲۷/۸). ($P < ۰/۰۵$).

نتایج حاصله نشان داد که میانگین امتیاز اضطراب زنان ۲۵/۶ و میانگین اضطراب مردان ۲۱/۸ است که این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار بود. میزان فاجعه‌آفرینی نیز بطور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان نشان داده شد. میانگین میزان فاجعه‌آفرینی در زنان ۶۷/۷ و در مردان ۳۶/۴ بدست آمد که این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$).

از سوی دیگر، همبستگی مستقیم و معنی‌داری بین میزان افسردگی و فاجعه‌آفرینی در بیماران مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن مشاهده شد ($r = ۰/۷۳$ و $P = ۰/۰۳$).

پس از تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و مقیاس‌های فاجعه‌سازی درد توسط بیماران که حاضر به همکاری بودند، داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون t-test مستقل و همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج:

این پژوهش بر روی ۱۵۸ بیمار مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن انجام گرفت. ۱۳۴ نفر معادل ۸۴/۸ درصد از آزمودنی‌ها متأهل بودند و ۲۴ نفر معادل ۱۵/۱ درصد از آزمودنی‌ها مجرد بودند. سن افراد شرکت‌کننده بین ۱۸-۶۲ سال بود، ۳۹/۸ درصد معادل ۶۳ نفر از آزمودنی‌ها مرد بودند و ۶۲/۱ درصد معادل ۹۵ نفر از آزمودنی‌ها زن بودند. در جدول شماره ۱ فراوانی و درصد فراوانی محل درد به تفکیک (کمر، گردن، شانه، لگن و زانو) بیان شده است و به دلیل وجود همپوشی محل درد در بیماران، میزان فراوانی از تعداد کل بیماران بالاتر است.

جدول شماره ۱- فراوانی و درصد فراوانی محل درد در بیماران

| مورد مطالعه | | |
|-------------|---------|--------------|
| محل درد | فراوانی | درصد فراوانی |
| کمر | ۱۰۷ | ۶۷/۷ |
| گردن | ۲۶ | ۱۶/۴ |
| شانه | ۳۹ | ۲۴/۶ |
| لگن | ۴ | ۲/۵۳ |
| زانو | ۵۷ | ۳۶ |

۶۷/۷ درصد از آزمودنی‌ها دارای درد در ناحیه کمر بودند که معادل ۱۰۷ نفر، ۱۶/۴ درصد معادل ۲۶ نفر دارای درد در ناحیه گردن، ۲۴/۶ درصد معادل ۳۹ نفر دارای درد در ناحیه شانه، ۲۵/۳ درصد معادل ۴ نفر دارای درد در ناحیه لگن و ۳۶ درصد معادل ۵۶ نفر دارای درد در ناحیه زانو بودند. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و فاجعه‌آفرینی درد ارائه گردیده است.

در جدول شماره ۳، میزان افسردگی و اضطراب و فاجعه‌آفرینی درد در بیماران مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن به صورت فراوانی و درصد فراوانی ارائه گردیده است. به

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان افسردگی، اضطراب و فاجعه‌سازی و مقایسه این متغیرها در زنان و مردان مبتلا به درد اسکلتی عضلانی و همچنین بررسی رابطه بین افسردگی و فاجعه‌سازی درد در این بیماران بود. تفاوت‌های جنسیتی در افراد مبتلا به اختلالات درد بطور گسترده‌ای گزارش شده است. شواهد نشان می‌دهد که میزان درد اسکلتی عضلانی در زنان هم در جمعیت عمومی و هم محیط کار شایع‌تر است (۲۵، ۲۶). تبیین‌ها در این حیطه را می‌تواند در سه طبقه قرار گیرد: ۱- زنان بیشتر از مردان درد اسکلتی عضلانی را گزارش می‌کنند. ۲- زنان بیشتر از مردان در معرض عوامل خطر درد اسکلتی عضلانی قرار دارند. ۳- طبق مدل آسیب‌پذیری، زنان نسبت به مردان به گسترش درد اسکلتی عضلانی آسیب‌پذیرتر هستند (۲۷).

همانطور که پیش‌تر مطرح شد، همبودی اختلالات روانشناختی به ویژه افسردگی و اضطراب در بین افراد دارای اختلال درد شایع است. شواهد محکمی برای ارتباط بین درد مزمن و افسردگی وجود دارد اما مشخص نیست که آیا درد مزمن منجر به افسردگی می‌گردد (۲۸، ۲۹) و یا افسردگی موجب درد مزمن می‌گردد (۳۰). در هر حال ارتباط دوسویه تقویت‌کننده‌ای بین افسردگی و درد مزمن وجود دارد (۳۱) و ترکیب درد مزمن و افسردگی اساسی نسبت به هر کدام از این شرایط به تنهایی با ناتوانی بیشتر در بیماران دارای درد مزمن ارتباط دارد (۳۲). ارتباط بین درد مزمن و افسردگی در چارچوب نظریه شناختی رفتاری توضیح داده شده است و طبق این رویکرد، راهبردهای مقابله‌ای و نگرش‌ها و رفتارها نقش مهمی در سازگاری بیماران ایفا می‌کنند.

بین میزان افسردگی در زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان نمرات بالاتری در افسردگی کسب کردند. این نتایج با نتایج تحقیق مگنی و همکاران، شفر و کسلر که نشان داد میزان افسردگی در افراد جوان، مجرد، زنان مبتلا به درد مزمن بیشتر است، همسو می‌باشد (۱۱، ۱۷، ۳۰). نتیجه ناهمسوئی در این زمینه یافت نشد. هرچند که تفاوت در همبودی اختلال افسردگی بین زنان و مردان مبتلا به اختلال درد وجود دارد اما مدل تبیین‌کننده مناسبی در دست نیست، با

این وجود شواهد نشان‌دهنده این است که زنان مبتلا بیشتر از مردان علائم افسردگی را گزارش می‌کنند. با توجه به رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی در درد مزمن، در تبیین این تفاوت، ردپای عوامل بیولوژیکی (۲۴، ۱۷)، عوامل روانی و اجتماعی (۲۴)، نقش عوامل و تحریف‌های شناختی (قبیل فاجعه‌آفرینی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، انتزاع انتخابی)، شیوه‌های پاسخ‌دهی هیجانی (۲۴، ۲۰، ۲۱) یا راهبردهای مقابله با درد (۲۴) را مطرح نمود. از سوی دیگر، تفاوت جنسیتی را می‌توان بر اساس مدل ساختاری همبودی در اختلالات روانی و رابطه آن با درد مزمن نیز تبیین کرد، در این مدل اختلالات به دو دسته درونی‌سازی و برونی‌سازی تقسیم می‌شود. اختلالات درونی‌سازی شامل افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی می‌شود و اختلالات برونی‌سازی شامل، رفتارهای ضد اجتماعی، سوء صرف مواد، تکانشگری می‌شود (۳۳). میزان افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی در زنان بیشتر از مردان است و میزان رفتارهای ضد اجتماعی، مصرف مواد، تکانشگری نیز در مردان بیشتر می‌باشد (۱).

بر اساس نتایج پژوهش، در میزان اضطراب بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان نسبت به مردان نمرات بالاتری در مقیاس فاجعه‌سازی بدست آوردند. این یافته‌ها همسو با نتایجی بود که اختلالات طیف اضطراب - افسردگی در افراد دارای درد مزمن هم در کشورهای توسعه یافته و هم در حال توسعه وجود دارد و در زنان بیشتر از مردان است (۳۴) و زنان نسبت به مردان در موقعیتهای پزشکی مختلف، اضطراب و افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند (۱). این نتایج مغایر با نتایج مطالعه شفر و همکاران است که بین میزان اضطراب در زنان و مردان مبتلا درد اسکلتی عضلانی تفاوت معنی‌داری را گزارش نکرد (۱۷). نمرات بالا در اضطراب، افسردگی و ترس با سطح پایین تحمل همراه است (۳۵). در تبیین یافته فوق، تفاوت جنسیتی در اضطراب بیماران درد مزمن را می‌توان به علت تفاوت در سطح آستانه درد و سطح تحمل (۳۷)، گوش به زنگی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌های دردزا و فاکتورهای روانی اجتماعی (۳۶)، ترس از حرکت (۲۳) دانست. زنان نسبت به مردان آستانه و سطح تحمل درد پایین‌تری دارند (۳۷). بیمارانی که نمرات

درماندگی دیده می‌شود، اما در خرده مقیاس بزرگنمایی تفاوتی مشاهده نشده است (۲۰، ۲۱).

بر اساس نتایج این مطالعه، بین میزان افسردگی و فاجعه‌آفرینی درد در بیماران مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با نتایج مطالعه سالیوان و ولز و همکاران که نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار بین فاجعه‌سازی درد و افسردگی بود، همسو بوده است (۲۱۴، ۴۰). در تبیین این یافته، می‌توان ادعان نمود که دو مؤلفه نشخوار فکری و درماندگی بین فاجعه‌سازی و افسردگی مشترک است و می‌تواند دلیلی برای وجود ارتباط بین این دو باشد که نیاز به تحقیقات بیشتر دارد. از سوی دیگر فاجعه‌سازی هم به عنوان یک خطای شناختی و هم یک راهبرد مقابله‌ای منفعلانه در تشدید علائم افسردگی و ناتوانی حاصل از درد مؤثر است.

پژوهش انجام شده، محدودیتهایی از قبیل، انتخاب نمونه از یک کلینیک و امکان سوگیری در تشخیص‌ها و همچنین سن بیماران (تعداد افراد میانسال و مسن زیاد و بیماران جوان کم) دارد.

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از پرسشنامه افسردگی همیلتون که بر جنبه‌های بدنی افسردگی تأکید می‌کند نیز استفاده شود و همبودی اختلالات روانپزشکی از قبیل اختلال شخصیتی و سوء مصرف مواد نیز در بیماران مبتلا به درد مزمن نیز بررسی گردد. همچنین بر اساس نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌گردد که با توجه به میزان بالای اضطراب، افسردگی و فاجعه‌سازی در بیماران دارای اختلال درد، در هنگام تشخیص و درمان به اختلالات همبود و تفاوت‌های جنسیتی توجه شود و از رویکرد بین رشته‌ای در درمان این قبیل بیماران استفاده شود.

سپاسگزاری:

با تشکر از دکتر جمال شمس و دکتر مهشید نیکوسرشت و تمامی همکاران کلینیک درد بیمارستان امام حسین (ع) تهران و بیمارانی که با صبر و دقت پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

بالاتری در اضطراب مرتبط با درد را می‌گیرند، گرایش به اغراق و بزرگنمایی علائم دارند (۳۸). علاوه بر این، حساسیت بیشتر به درد با سازگاری ضعیف‌تر نسبت به درد و فاجعه‌سازی مرتبط است (۲۰).

فاجعه‌آفرینی درد، یکی از تحریف‌های شناختی رایج در بیماران دارای درد مزمن می‌باشد. افرادی که فاجعه‌سازی می‌کنند در انتظار نتایج ناگوار هستند و بشدت درباره احتمالات منفی پیشامدهای یک حادثه نگرانند. در مدل شناختی رفتاری افسردگی در بیماران درد مزمن، ارتباط مستقیم بین درد و خلق افسرده متأثر از ارزیابی‌های شناختی مانند کنترل ادراک شده و یا فقدان خودکنترلی بر درد و فاجعه‌آفرینی وجود دارد. یافته‌ها نشان‌دهنده این است که این شناخت با میزان افسردگی ارتباط داد. فاجعه‌آفرینی پیش‌بینی‌کننده ناتوانی بعد از مداخلات کنترل شدت درد، افسردگی و اضطراب در بیماران درد مزمن می‌گردد و افراد دارای درد مزمن نسبت به افراد جمعیت عادی فاجعه‌آفرینی بیشتر دارند (۲۰). ارزیابی و درمان فاجعه‌آفرینی می‌تواند آشفتگی‌های روانشناختی و ناتوانی مرتبط با درد در افراد دارای درد مزمن کاهش دهد. میزانی که بیماران درباره دردشان فاجعه‌سازی می‌کنند، در درک تجربه درد مزمن نقش مهمی دارد و به عنوان یکی از متغیرهای کلیدی در رویکردهای شناختی رفتاری در نظر گرفته می‌شود (۲۲). فاجعه‌سازی درد، هم به عنوان یک متغیر اساسی در افسردگی افراد دارای درد مزمن و هم یک پیش‌بینی‌کننده مهم در نتایج درمان است (۳۹). یافته‌های پژوهش حاضر تفاوت معنی‌داری را در میزان فاجعه‌آفرینی زنان و مردان نشان داد که با نتایج تحقیق که بیان می‌کند زنان در کل دردهای بالینی بیشتری را گزارش می‌کنند و حساسیت و فاجعه‌آفرینی بیشتری به درد دارند، همسو بوده است (۲۴). همچنین با نتایج سالیوان، ترون و ادوارد مبنی بر اینکه زنان نمرات بالاتری را در مقیاس‌های فاجعه‌سازی نسبت به مردان نشان می‌دهند، همسو بود (۲۰، ۲۱، ۲۴). تحقیق ناهمسویی در این زمینه یافت نشد. مطالعات گزارش می‌کنند که تفاوت جنسیتی در خرده مقیاس‌های نشخوار فکری و

References

منابع

1. Sadoc B. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences-psychiatry. Porafkari N. Tehran: Shahre Ab Press; 2003. [Persian]
2. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms subcommittee on taxonomy. *Pain*. 1986;3:1-226.
3. Thron BE. Cognitive Therapy for Chronic Pain: Step by Step Guid. New York. Guilford Press; 2004.
4. Asghari Moghadam MA. The prevalence of chronic pain and its impact on social functioning and life of workers in large industrial units-Tehran. *Daneshvar Raftar Journals*. 2004;4:1-14. [Persian]
5. Taylor WJ, Dean SG, Siegert RJ. Differential association of general and health self-efficacy with disability, health-related quality of life and psychological distress from musculoskeletal pain in a cross-sectional general adult population survey. *Pain*. 2006;125:225-232.
6. White CA. Cognitive behavioural Therapy For Chronic Medical Problem. Wiely Press; 2001.
7. Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain in Turk, DC, Gatchel RJ editors. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. New York: Guilford Press; 2002.
8. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003;163:2433-2445.
9. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatric*. 2005;62:617-627.
10. Dersh J, Gatchel R, Mayer TG, Polatin PB, Temple OW. Prevalence of psychiatric disorder in patients whit chronic disabling occupational spinal disorder. *Spine*. 2006;31:1156-1162.
11. Kessler RC, Berglund P, Demler OR, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication(NCS-R). *J Am Med Assoc*. 2003;289:95-105.
12. Holdcroft A, Berkley KJ. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Press; 2005.
13. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain-a gender perspective. *Eur J Pain*. 2004;8:435-450.
14. Hurley RW, Adams MC. Sex, Gender and Pain: An overview of complex field. *Anesth Analg*. 2008;107:309-317.
15. Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR, Affleck G, Sullivan MJ, Caldwell DS. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*. 2000;87:325-334.
16. Stoner SB, Spencer WB. Age and sex differences on the state- trait personality inventory. *Psychol Rep*. 1986;59:1315-1319.
17. Sheffer CE, Cassisi JE, Ferraresi LM, Lofland KR, McCracken LM. Sex differences in the presentation of Chronic Low Back Pain. *Psychology of women Quarerly*. 2002;26:329-340.
18. Gatchel RJ. Clinical essentials of pain management. Washington: American Psychological Association Press; 2005.
19. Boersma K, Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of psychological variable in fear avoidance model in disability. *Clinical Journal of Pain*. 2006;22:160-166.
20. Sullivan MJ, Rodgers WM, Kirsch I. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*. 2001;91:147-154.
21. Sullivan MJ, Thron JL, Haythorthweate B, Keefe JA, Marin F, Bradley M. Theoretical perspectives on relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2001;17:52-64.

22. Burns JW, Kubilus A, Bruehl S, Harden RH, Lofland K. Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:81-91.
23. Vlaeyen JS, Linton SJ. Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000;3:17-31.
24. Edward RR, Haythornthwaite JA, Sullivan MJ, Fillingim RB. Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: Differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain.* 2004;111:335-341.
25. Bergman S, Herrstrom P, Herrstrom K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic Musculoskeletal Pain, Prevalence rates and sociodemographic association in Swedish population study. *J Rheumatol.* 2001;28:1369-1377.
26. Eriksen W. The prevalence of Musculoskeletal Pain in Norwegian nurses. *Int Arch Occup Environ Health.* 2003;76:625-630.
27. Wijnhoven HA, de Vet HC, Smith HA, Picavet HS. Hormonal and reproductive factors are associated with chronic low back pain and chronic upper extremity pain in women. *Spine.* 2006;31:48-61.
28. Slater MA, Doctor JN, Pruitt SD, Atkinson JH. The clinical significance of behavioural treatment for chronic low back pain: an evaluation of effectiveness. *Pain.* 1997;71:257-263.
29. Fishbain D, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A Review. *Clin J Pain.* 1997;13:116-137.
30. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain.* 1994;56:289-297.
31. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain.* 1985;23:354-356.
32. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in general Canadian population. *Pain.* 2004;107:54-60.
33. Krueger RF, Tackett JL, Markon KE. Structural Models of Comorbidity among Common Mental Disorder: Connections to Chronic Pain. *Adv Psychosom Med.* 2004;25:63-77.
34. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common Chronic pain condition in developed and developing countries: Gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorder. *J Pain.* 2008;9:883-891.
35. Smith WL. The thirteenth nerve: the direction of pain. Personality and perception as index of somatic displacement. *International Journal of Clinical Neuropsychology.* 1985;7:170-172.
36. Menedez L, Andrés-Trelles F, Hidalgo A, Baomonde A. Gender and test dependence of a type of Kappa mediated stress analgesia in mice. *Gen Pharmacol.* 1994;25:903-908.
37. Dougher MJ, Goldstein D, Leight KA. Induced anxiety and pain. *Journal of Anxiety Disorder.* 1987;1:259-264.
38. McCracken LM, Gross RT, Sorg PJ, Edmonds TA. Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effect of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behav Res Ther.* 1993;31:647-652.
39. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Baos 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;147:147-152.
40. Vowles KE, McCracken M, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *Eur J Pain.* 2007;11:779-787.

Comparing the co morbidity of psychological disorder among women and men with chronic musculoskeletal pain

S. Rafiee, MSc¹ A. Foroughi, MSc¹ S. Momenzadeh, PhD²

Master of Clinical Psychology¹, Allame Tabatabaee University. Associate Professor Department of Anesthesia², Shahid Beheshti University. Tehran, Iran.

(Received 23 Oct, 2010 Accepted 11 Apr, 2011)

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is one of the most common reasons for referring to elderly medical centers. About 20 -25 percent of patients with chronic pain experience significant psychological symptoms. The current study was designed to evaluate the prevalence of depression, anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain referred to pain clinic of Imam Hossein hospital.

Methods: In this cross-sectional study, 158 patients referred to pain clinical of the hospital were randomly selected. Outcomes were assessed via Beck Depression Inventory (BDI), Beck anxiety Inventory (BAI) and Pain Catastrophizing Scale (PCS). The collected data were analyzed by using t-test and Pearson correlation coefficient.

Results: The findings showed that the prevalence of depression, anxiety and pain catastrophizing was 27.2%, 68.9% and 84%. There was a significant difference between men and women in depression, and in pain catastrophizing. Moreover, there was significant difference in anxiety between men and women with chronic musculoskeletal pain. Result showed a significant relationship ($r=0.73$) between depression and pain catastrophizing in patients.

Conclusion: According to our results, it seems that, psychological therapy along with medicine therapy is more effective to reduce depression, anxiety and to manage the pain. We recommend that more studies should be done in order to consider the sex difference in psychological and mental disorders to reveal the necessary of multidisciplinary approach in diagnosis and treatment of the chronic pain.

Correspondence:
S. Rafieei, MSc.
Faculty of Psychology &
Educational Sciences.
Allame Tabatabaee University
of Medical Sciences.
Tehran, Iran
Tel: +98
Email:
sahar.raffiee@gmail.com

Key words: Pain – Depression – Anxiety