

بررسی تجربه درد، حمایت اجتماعی و باورهای ادراکی در افراد مبتلا به دردهای مزمن

سهراب امیری^{۱*}، علی عیسی‌زادگان^۲، مجید محمود علیلو^۳، معصومه بنفشه^۴

۱- دکتری روانشناسی شناختی، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۶

چکیده

زمینه و هدف

تجربه درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن می‌تواند بر ابعاد مختلف روان‌شناختی و اجتماعی تأثیرگذار باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی باورهای ادراکی، حمایت اجتماعی و تجربه درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن بود.

مواد و روش‌ها

به همین منظور، ابتدا ۱۲۰ نفر از مردان و زنان بیمار مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به مراکز درمانی روماتولوژی و مغز و اعصاب شهر ارومیه در جنبه بیماری‌های روماتیسمی در سه حیطه کمردرد و آرتريت روماتوئید و استئوآرتريت، بطور مساوی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش داده‌های مرتبط با باورهای ادراکی، حمایت اجتماعی و تجربه درد گردآوری گردید و در نهایت داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره، تک متغیره و آزمون t مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که سه گروه بیماران درد مزمن تفاوت معنی‌داری در ابعاد تجربه درد و باورهای ادراکی درد نشان دادند. بطوریکه افراد مبتلا به استئوآرتريت تجربه درد شدیدتری را نسبت به دو گروه دیگر، گزارش نمودند، اما در حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوتی بین گروه‌ها یافت نشد. بین زنان و مردان از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی‌داری یافت شد، اما تفاوتی در تجربه درد و باورهای ادراکی درد مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری

الگوی روانی-زیستی-اجتماعی و رابطه آن با انواع دردهای مزمن می‌تواند بینش‌های سودمندی پیرامون ابعاد روانی-اجتماعی بیماران مزمن فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها

حمایت اجتماعی، درد، درد مزمن



■ مقدمه

بیماری‌های مزمن مشکل اساسی بخش عمده‌ای از جمعیت جهان است بطوریکه به خط اول شکایات مراجعین بیمار تبدیل شده است (۱). از جمله بیماری‌های مزمن، دردهای مزمن و عودکننده هستند که انسان‌ها در طول زندگی بصورت‌های گوناگون تجربه می‌کنند (۲). بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت دردهای مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ‌ومیر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهند بود (۳) بطوریکه میانگین شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود (۴). درد مزمن، دردی است که در بیشتر روزهای سال، دست کم به مدت ۳ ماه به طول انجامیده و دردهای مشخص کمر تا ورم مفاصل در بیماری‌های روماتیسم و آرتروز و همچنین آسیب‌های کهنه و زخم‌های پیشینه‌دار سرطان را شامل می‌شوند (۵).

درد به عنوان یک حس عمومی، دارای پایه‌های زیستی است و عوامل زیست- پزشکی به اولین گزارش‌های درد در افراد مبتلا منجر می‌گردد. با این حال، در طول زمان عوامل روانی-اجتماعی، از جمله حمایت اجتماعی ادراک شده، ممکن است نقش مهمی را در مسیر این اختلال ایفا کند (۶). بر این اساس، امروزه برای تبیین و درمان درد، مخصوصاً درد مزمن، مدل‌های زیستی-روانی-اجتماعی گسترش یافته‌اند که بروز و تداوم درد را نه تنها بر اساس عوامل زیستی تبیین می‌کنند، بلکه سهم عوامل روانی و اجتماعی را نیز در این اختلال مورد توجه قرار داده‌اند (۷). بر اساس مدل زیستی-روانی-اجتماعی، افراد مبتلا به درد مزمن اغلب گزارش می‌کنند که درد با توانایی آنها برای شرکت در فعالیت‌های شغلی، اجتماعی یا تفریحی تداخل می‌کند و از طرفی ناتوانی افراد برای شرکت در این فعالیت‌های تقویت کننده ممکن است منجر به افزایش انزوا، خلق منفی و شرطی‌زدایی جسمی گردد، یعنی همه آنچه در تجربه درد نقش دارند (۸). بنابراین، عوامل روانی-اجتماعی مانند حمایت اجتماعی ادراک شده، ممکن است نقش مهمی را در مسیر درد مزمن ایفا کنند و حمایت اجتماعی خود تأییدی بر فرضیه مقابله اشتراکی درد است (۹، ۶).

اثرات حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی افرادی که از بیماری‌های مزمن از جمله دردهای مزمن رنج می‌برند و همچنین نقش بالقوه درمانی حمایت اجتماعی، در مورد مبتلایان به

درد مزمن، از دیرباز مورد علاقه پژوهشگران بوده است (۱۰). در این راستا بسیاری از پژوهش‌ها، نشان داده‌اند که افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، با افزایش عملکرد روانی، افزایش سلامت جسمی و روانی، احساس تنهایی کمتر و سازگاری بهتر همراه است و بر ابعاد سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد (۱۴-۹، ۱۱). پژوهش‌ها در زمینه ارتباط ابعاد حمایت اجتماعی با ادراک درد، نشان داده است که حمایت ادراک شده از طرف خانواده، قوی‌ترین ارتباط را با ادراک کمتر از شدت کلی درد و به خصوص ادراک حسی کمتر از درد دارد. به عبارت دیگر هر چه میزان حمایت اجتماعی بیشتر باشد فرد دردهای حسی کمتری را ادراک می‌کند و کیفیت حسی درد در قالب زمان، مکان، فشار، گرمی و سایر خصوصیات آن کمتر آزار دهنده می‌شود (۹). بنابراین خانواده مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی برای مبتلایان به دردهای مزمن به شمار می‌آید (۹). در پژوهشی که توسط Holtzman و همکاران انجام گرفت، مشخص شد که حمایت اجتماعی و روابط بین فردی سطح بالا بطور معنی‌داری با راهبردهای مقابله‌ای در مقابل درد مزمن ارتباط دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت و رضایت اجتماعی، با بکارگیری قالب‌بندی مجدد شناختی، بیان هیجانی و حل مسئله بیشتر از طرف مبتلایان به درد مزمن همراه است (۱۵). همچنین، فاجعه‌سازی در مورد درد بطور منفی با حمایت اجتماعی ادراک شده در ارتباط است (۹) و مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند افراد با سطح حمایتی کم از میزان بیشتر مرگ‌ومیر، به ویژه ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی بالایی برخوردار هستند (۱۶، ۱۷). هر چند شواهدی مبنی بر وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی و میزان مرگ‌ومیر کم ناشی از سرطان و بیماری‌های عفونی وجود دارد، با این وجود، انجام مطالعات بیشتر در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد (۱۸، ۱۳). در پژوهشی Holt-Lunstad و همکاران مطالعات موجود را بطور گسترده مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و دریافتند که حمایت ادراکی با کاهش چشمگیر میزان مرگ‌ومیر مرتبط است (۱۲). بنابراین حمایت اجتماعی به دلیل تقلیل آثار منفی محرک‌های تنش‌زای زندگی و نیز ارزیابی نسبتاً آسان می‌تواند به عنوان بخشی از ارزیابی‌های جامع مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد (۱۹). از طرفی، درد عموماً موجب مجموعه رفتارهایی می‌گردد که

جسمی و روان شناختی از خود نشان نمی دهند. در مطالعه‌ای، حدود دو سوم از ۴۸۴ بیمار مبتلا به درد مزمن، گزارش کردند که علی‌رغم درد بطور تمام وقت به انجام وظایف حرفه‌ای خود مشغول هستند و یک چهارم از مجموع بیماران در گروه ناتوانی جسمی شدیدی ناشی از درد مزمن طبقه‌بندی شده‌اند (۸).

عوامل روانی اجتماعی بر بیماری و سلامتی تأثیر دارند. این امر مبنای مدل زیستی-روانی-اجتماعی است. این مدل ادغامی از هر دو دیدگاه زیستی و روانی-اجتماعی است. بر اساس این مدل عوامل زیست‌شناختی می‌توانند آمادگی ژنتیکی، کمبودهای غذایی و عدم تعادل‌های بیوشیمیایی باشند. عوامل روان‌شناختی هم رفتارهای، هیجان و شناخت‌های افراد هستند. در نهایت عوامل اجتماعی شامل: دوستان، اعضای خانواده، محیط خانه و وقایع می‌باشند. مدل زیستی-روانی-اجتماعی نمایانگر چگونگی مفهوم‌بندی و طراحی مداخلات درمانی بوسیله متخصص بالینی است. از این رو، تلاش در جهت بررسی عوامل روان‌شناختی و بیماری‌های مزمنی مانند دردهای مزمن که از دیدگاه زیستی بیشتر اساس پزشکی دارد و تلاش در جهت برنامه‌ریزی و ارتقای مداخلات درمانی رایج پزشکی در سامانه مراقبت از سلامتی با استفاده از علم روانشناسی دارای اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف پژوهش مقایسه تجربه درد، حمایت اجتماعی و باورهای ادراکی در افراد مبتلا به دردهای مزمن صورت پذیرفت.

■ مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر با توجه به نوع متغیرها و عدم دستکاری آنها، از دسته مطالعات پس‌رویدادی است. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه افراد مبتلا به درد مزمن در شهر ارومیه بودند که دوره درد آنها بیش از ۶ ماه طول کشیده یا ۱ ماه بیش از شرایط معمول که درد به آن علت به وجود آمده است تداوم یافته است. نمونه آماری ۱۲۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه شامل ۶۰ زن و ۶۰ مرد در سه گروه درد مزمن شامل کمر درد، آرتريت روماتوئید، استئوآرتريت بودند که بصورت نمونه‌گیری در دسترس و با کسب رضایت آگاهانه انتخاب گردیدند. ملاک‌های ورودی به مطالعه شامل (۱) نداشتن معلولیت، اختلالات روان‌پزشکی و نورولوژیکی و آسیب‌های مغزی-جمع‌های (۲) نداشتن اعتیاد به الکل یا هر نوع

در نتیجه باورهای مرتبط با آن شکل می‌گیرند (۲۰). از همین رو، روی‌آوری محققان به مطالعه تأثیر جنبه‌های روان‌شناختی درد بر ادراک میزان درد در زندگی بیماران مبتلا، در سال‌های اخیر به میزان زیادی افزایش یافته است (۲۱).

در زمینه باورهای موجود نیز پژوهش‌های گسترده‌ای با هدف شناخت عوامل مشارکت کننده در بروز درد انجام شده است و بطور همسان نشان داده‌اند که نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره خود و مشکل‌شان، منابع مقابله با بیماری و همچنین سیستم مراقبت بهداشتی، بر میزان ابراز درد، ناتوانی و نیز پاسخ بیمار به درمان اثر می‌گذارند (۲۲). پژوهش‌های انجام شده در قلمرو دردهای مزمن، توانسته است نقش با اهمیت باورهای ادراکی مربوط به درد را در سازگاری با درد و نیز واکنش به درمان نشان دهد، بطوریکه باور ادراکی غلط تحت عنوان خطاهای شناختی، می‌تواند باعث افزایش شدت دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی شود (۲۱). Williams و همکاران در مطالعه‌ای بر روی گروهی از بیماران درد مزمن نشان دادند که باورهای بیمار مبنی بر پایان‌ناپذیر بودن و استمرار درد در آینده با درد شدیدتری همراه است (۲۳). همچنین مطالعه‌ای در مورد ۱۶۹ بیمار مبتلا به درد، نشان داد که باور به استمرار درد در آینده و نیز باور به ثبات درد در زمان حال، با ناتوانی جسمی و افسردگی شدیدتر همراه است (۲۰).

بخش عمده‌ای از بیماران مبتلا به درد مزمن گزارش می‌کنند که درد منجر به اختلال در فعالیت‌های آنها شده است (۸). دردهای مزمن، طیف وسیعی را شامل می‌گردند و جمعیتی از فعالان هر جامعه‌ای را با خود درگیر می‌کنند (۲۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند که شیوع درد مزمن در کشورهای مختلف از ۶۰-۲۰ درصد متفاوت است و بین ۵۰-۳۳ درصد از این بیماران برای انجام فعالیت‌ها و اجرای وظایف معمول خود کم‌توان یا ناتوان می‌شوند (۲۵). درد مزمن می‌تواند توانایی فرد برای درگیر شدن در فعالیت‌های حرفه‌ای، اجتماعی یا تفریحی را تحت تأثیر قرار دهد. عدم فعالیت می‌تواند منجر به افزایش انزوا، افسردگی و شرطی‌زدایی جسمی شود که همگی می‌توانند تجربه درد را حتی بدتر سازند (۸). اگرچه پژوهش‌ها در مورد درد و بیماری‌های مرتبط با درد فراوان است، اما نفوذ روانشناسی به این مسئله هنوز نوپا و مطالعات در این حوزه محدود است. باید دانست که تمام افراد مبتلا به درد مزمن، ناتوانی

ماده دیگر (۳) دامنه سنی بین ۷۲-۳۰ (۴) داشتن سواد کافی جهت پاسخگویی به آزمون‌ها. معیارهای خروج نیز شامل داشتن پرفشاری خون، سابقه بیماری‌های قلبی-عروقی، اضافه وزن و چاقی و داشتن مشکلات منتهی به زوال عقل و نقصان حافظه و توجه مانند آلزایمر در افراد مسن. از مجموع شرکت‌کنندگان میزان افراد پایین‌تر از دیپلم ۴۵ نفر (۳۷/۵)، مقطع دیپلم ۴۵ نفر (۳۷/۵)، مقطع کاردانی ۱۲ نفر (۱۰ درصد) و مقطع کارشناسی ۱۸ نفر (۱۵ درصد) بودند. شاخص‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول شماره ۱ درج شده است.

جدول شماره ۱- خصوصیات توصیفی و جمعیت شناختی

نوع درد	جنسیت		سن
	مردان	زنان	انحراف استاندارد
کمر درد	۲۰	۲۰	۱۰/۶۱
آرتروز روماتوئید	۲۰	۲۰	۸/۷
استئوآرتروز	۲۰	۲۰	۶/۷

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی

این مقیاس که یک ابزار خود گزارش‌دهی می‌باشد توسط Zimet و همکاران ارائه گردیده است و حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد خاص را با استفاده از ۱۲ گویه می‌سنجد (۲۶). این گویه‌ها با استفاده از مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم)، سنجیده می‌شوند. این مقیاس علاوه بر یک نمره کلی، ۳ نمره دیگر برای حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت افراد مهم دیگر در زندگی بدست می‌دهد. تعیین نمرات هر یک از مؤلفه‌ها، با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن انجام می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است (۲۷). Zimet و همکاران ضریب آلفا کرونباخ این مقیاس را بین ۰/۸۵-۰/۹۱ و به شیوه بازآزمایی ۰/۷۲-۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۲۶).

ب) پرسشنامه ادراک و باورهای درد

پرسشنامه ادراک و باورهای درد شامل ۱۵ گویه است و بر اساس یافته‌های Strong و همکاران (۲۸)، چهار عامل را می‌سنجد. این

چهار عامل عبارتند از: اسرارآمیز بدون درد (۴ ماده)، سرزنش کردن خود (۳ ماده)، باور به نیت درد در زمان حال (۴ ماده) و باور به استمرار درد در آینده (۴ ماده). هر ماده با استفاده از مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از کاملاً موافقم = ۲ تا کاملاً مخالفم = ۱ درجه‌بندی می‌شود. پرسشنامه مذکور بطور گسترده‌ای به منظور شناسایی باورهای مرتبط به درد مزمن در افراد، بکار می‌رود (۲۸، ۲۹). نمره بالاتر، بیانگر باور عمیق‌تر فرد به موضوع مورد نظر است. پژوهش‌های متعدد ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی را برای پرسشنامه مذکور گزارش کرده‌اند (۲۸-۳۰). در پژوهش حاضر، آلفا کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها، بین ۰/۷۷-۰/۷ بدست آمد که حاکی از همسانی درونی قابل قبول مقیاس است.

ج) پرسشنامه درد مک گیل

این پرسشنامه برای اولین بار توسط Melzack شکل گرفت (۳۱). پس از بررسی‌ها و مطالعات متعدد این پرسشنامه به عنوان ابزاری قابل اعتماد جهت مطالعه و بررسی درد با روش‌های مختلف بالینی بیان گردیده است و ادراک درد را در ۴ بعد اندازه‌گیری می‌کند، این ابعاد عبارتند از ادراک حسی درد، ادراک هیجانی درد، ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون (۳۲). Melzack (۳۱) روایی، به خصوص روایی افتراقی (در قدرت تشخیص دردهای مزمن)، و اعتبار این پرسشنامه را در حد مطلوبی گزارش کرده است. ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برای این مقیاس در جامعه ایرانی گزارش شده است (۳۲).

روش اجرا

پس از غربال جامعه بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی، متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، افراد مبتلا به درد مزمن از طریق مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک تشخیصی DSMIV-R مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت با مشخص گردیدن نمونه نهایی شرکت‌کنندگان ابزارهای پژوهش شامل مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی (۲۵)، پرسشنامه ادراک‌ها و باورهای درد (۳۳) و پرسشنامه درد مک گیل (۳۱) بین شرکت‌کنندگان توزیع گردید. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی، آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی tukey استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی، باورهای ادراکی و تجربه درد در سه گروه در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر گروه	حمایت اجتماعی میانگین (انحراف استاندارد)	باورهای ادراکی میانگین (انحراف استاندارد)	تجربه درد میانگین (انحراف استاندارد)
کمر درد	۳۳/۲۷ (۱۱/۰۸)	۹/۰۳ (۶/۳۳)	۴۰/۱۹ (۱۰/۳۹)
آرتروز روماتوئید	۳۲/۱۹ (۸/۴۴)	۹/۸۱ (۴/۱۶)	۳۹/۰۱ (۱۰/۳۹)
استئوآرتروز	۳۱/۶۹ (۶/۰۹)	۱۲/۵ (۶/۳۳)	۴۶/۲۷ (۱۰/۳۹)

به منظور مقایسه سه گروه درد مزمن در ابعاد حمایت اجتماعی، باورهای ادراکی و تجربه درد از تحلیل واریانس چندمتغیری^۱ استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس نشان داد که مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. در جدول شماره ۳ نتایج آزمون‌های چند متغیر اثر پیلای^۲، لامبدای ویلکز^۳، هتلینگ^۴ و بزرگترین ریشه روی^۵ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۳- تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه گروه‌ها در ابعاد حمایت اجتماعی، باورهای ادراکی و تجربه درد

نام آزمون	ارزش	F	اتا (η ^۲)	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۲۸۵	۲/۸۶	۰/۱۶	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۴۴۳	۳/۲۵	۰/۱۸	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۰/۳۶۸	۲/۴۱	۰/۱۹	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۴۹	۱/۹۸	۰/۲۲	۰/۰۰۰

داده‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که حداقل در یکی از ابعاد حمایت اجتماعی، باورهای ادراکی و تجربه درد بین سه گروه درد مزمن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه معنی‌دار بودن اثرات گروهی، به منظور اینکه مشخص شود این تفاوت‌ها در کدام گروه‌ها

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون‌های تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها

متغیر	F DF= (۱۱۷/۲)	مجذور اتا (η ^۲)	منبع مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد
تجربه درد	۱۶/۲۲	۰/۱۷	کمر درد - روماتوئید	-۱/۱۸	۴/۲۶
			کمر درد - استئوآرتروز	***-۶/۰۶	۴/۳۳
			روماتوئید - استئوآرتروز	***-۷/۲۴	۴/۳۰
باورهای ادراکی درد	۲۰/۴۴	۰/۲۳	کمر درد - روماتوئید	۰/۷۹	۱/۶۴
			کمر درد - استئوآرتروز	***-۳/۱۶	۱/۶۷
			روماتوئید - استئوآرتروز	-۲/۳۳	۱/۶۶
حمایت اجتماعی	۱/۸۷	۰/۰۶	کمر درد - روماتوئید	۱/۰۱	۰/۸۷
			کمر درد - استئوآرتروز	۱/۶۹	۰/۸۹
			روماتوئید - استئوآرتروز	-۰/۵۴	۰/۸۸

*= $P < 0.05$

***= $P < 0.001$

^۲ Pillay Effect

^۳ Wilks Lambda

^۴ Hotelling

^۵ Largest Root

^۱ Multivariate Analysis of Variance: MANOVA

با دو گروه دیگر تجربه درد و باورهای ادراکی درد پایین‌تری دارند. همچنین مقایسه سه گروه درد مزمن در حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوتی را نشان نداد.

بین افراد مبتلا به دردهای مزمن از نوع کمر درد، آرتریت روماتوئید، استئوآرتریت از نظر تجربه درد و باورهای ادراکی درد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بطوریکه افراد با درد استئوآرتریت در مقایسه

جدول شماره ۵- نتایج آزمون تی مستقل مقایسه زنان و مردان

متغیر وابسته	ارزش آزمون	تفاوت میانگین‌ها	DF	سطح معنی‌داری
تجربه درد	۰/۴۶	۰/۸۸	۱۱۸	۰/۶۴۴
باورهای ادراکی درد	۰/۱۷	۱/۳۵	۱۱۸	۰/۲۴۵
حمایت اجتماعی	۵/۷۹	۴/۰۷	۱۱۸	۰/۰۰۰

کمک می‌کند و این مطلب نشان دهنده این است که متغیرهای روان‌شناختی گوناگون ممکن است نقش‌هایی در انطباق با درد بازی کنند (۳۹). بنابراین بیمارانی که سطوح بالاتر ادراک حمایت اجتماعی را دریافت می‌کنند از اثرات سودمندی چنین حمایتی بهره می‌برند (۳۹). مطالعات پیشین سطوح پایین حمایت اجتماعی را با وضعیت سلامتی کلی نامطلوب و افزایش پریشانی در بین بیماران دارای مشکلات پزشکی مرتبط دانسته‌اند (۴۱). برای مثال، مطالعات زمینه‌یابی با افراد با حمایت اجتماعی تجربه شده پایین نشان دهنده وجود افسردگی بیشتر در این گروه در مقایسه با گروه‌های با حمایت اجتماعی بالاتر است (۴۲، ۴۳). از طرفی این یافته با پژوهش‌های پیشین که نشان داده‌اند حمایت اجتماعی با میزان پریشانی هیجانی افراد مبتلا به دردهای مزمن همبستگی منفی دارد به نوعی همسویی نشان داد (۴۴، ۴۵). علی‌رغم غالب مطالعات پیشین که روابط معنی‌داری بین انواع دردهای مزمن و حمایت اجتماعی نشان داده‌اند (۴۶، ۴۷)، یافته‌های مطالعه حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های Kerns و همکاران (۴۸) و Bradley و همکاران (۴۹) حاکی از آن بود که حمایت اجتماعی رابطه‌ای با میزان درد تجربه شده ندارد. به نظر می‌رسد که این یافته این گونه تبیین‌پذیر باشد که در پژوهش حاضر حمایت اجتماعی در سه گروه که دردهای مزمن را تجربه می‌کنند مقایسه گردید و با توجه به اینکه هر سه این گروه‌ها به واسطه تجربه درد از حمایت اجتماعی برخوردار هستند، بنابراین تفاوت چندان بین آنها یافت نشد.

یافته‌های حاضر ناهمسان با نظریه تأثیر اجتماعی است و از این فرضیه که افراد به واسطه حضور اجتماعی واقعی، ضمنی و تصویری دیگران تحت تأثیر قرار می‌گیرند حمایت نمی‌کند. البته با در نظر گرفتن تبیین بیان شده این یافته قابل قبول به نظر می‌رسد. در

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌کنیم بین زنان و مردان مبتلا به درد مزمن از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان نسبت به مردان مبتلا به درد مزمن، حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتری دریافت می‌کنند. اما تفاوتی در تجربه درد و باورهای ادراکی درد مشاهده نگردید.

■ بحث

امروزه ادبیات پژوهشی گسترده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد اگر چه ممکن است عوامل رفتاری و روان‌شناختی در شروع درد نقش چندان بارزی نداشته باشند اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می‌کنند (۳۶-۳۴). از همین رو، پژوهش حاضر تلاش کرده است به بررسی ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن بپردازد. علاوه بر این سعی بر این بود تا بررسی شود کدام یک از شاخص‌های روان‌شناختی و اجتماعی در بین گروه بیماران دارای دردهای مزمن متفاوت است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده این است که افراد مبتلا به دردهای استئوآرتریت در مقایسه با افراد با دردهای کمر و روماتوئید، میزان تجربه درد بیشتری را گزارش می‌کنند. استئوآرتریت با از دست رفتن پیش‌رونده غضروف مفصلی، منجر به درد مفصل و محدودیت حرکات می‌شود. مفاصلی که وزن را تحمل می‌کنند درگیر می‌شوند. به عبارت دیگر، استئوآرتریت بیماری است که در آن مفاصل بیشتر بر اثر ساییدگی و پارگی رو به انهدام می‌گذارد (۳۷).

همانطور که نتایج مطالعات پیشین نیز نشان داده است (۴۰-۳۸) حمایت اجتماعی ادراک شده به سازگاری با درد مزمن

آن تفسیر معنایی و ارزیابی اهمیت پیامدهای آتی درد به وجود می‌آید (۵۱). بررسی مؤلفه‌های شناختی مؤثر در ادراک و پایداری درد مزمن، بیانگر آن است که چگونگی تلقی بیماران از معنی‌داری درد، بیماری و از ناتوانی جسمی ناشی از تجربه دردناک در ابعاد، چگونگی و شدت بروز مشکل آنها و میزان اثربخشی درمان نقش دارد. این باورها که بخشی از زمینه روانی-اجتماعی فرد را تشکیل می‌دهند، در تجربه درد و پیش‌بینی میزان و محدوده ناتوانی‌های جسمی ناشی از آن و نهایتاً پذیرش و اثربخشی درمان‌های متعارف و رایج برای درد مزمن و مسائل مربوط به آن، نقش اصلی را ایفا می‌کند (۵۲). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از بین گروه دردهای مزمن، مبتلایان به دردهای استوآرتريت در مقایسه با افراد با دردهای کمر و روماتوئید باورهای ادراکی درد بالاتری داشتند این یافته نشان می‌دهد که وجود شدت باورهای ادراکی درد در مبتلایان به دردهای مزمن شدیدتر است که همسو با مطالعاتی است که معتقدند باور ادراکی می‌تواند باعث افزایش شدت دردهای مزمن عضلانی اسکلتی شود (۲۱) و همچنین همسو با یافته‌هایی است که نشان داده‌اند باورهای بیمار مبنی بر پایان‌ناپذیر بودن و استمرار درد در آینده با درد شدیدتری همراه است (۵۳). بنابراین نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره خود و مشکل‌شان، منابع مقابله با بیماری و همچنین سیستم مراقبت بهداشتی، بر میزان ابراز درد، ناتوانی و نیز پاسخ بیمار به درمان اثرگذارند (۲۲). در مجموع پژوهش‌های انجام شده نقش باورهای مربوط به درد را در سازگاری با درد و نیز واکنش به درمان نشان می‌دهند.

نتایج نشان داد که بین زنان و مردان مبتلا به درد مزمن از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان نسبت به مردان مبتلا به درد مزمن، حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتری دریافت می‌کنند. این یافته با یافته‌های تحقیقاتی که در زمینه درد و جنسیت انجام شده و بر اساس پیشینه پژوهشی موجود هماهنگی دارد. زنان هم نیاز به ارتباطات بیشتر و هم میزان ارتباطات گسترده‌تری نسبت به مردان دارند. شاید مردان به دلایل فرهنگی و تربیتی و آموزشی آموخته‌اند تا مشکلات را به تنهایی حل کنند و یا نیاز به کمک گرفتن از دیگران در آنان به اندازه زنان پر رنگ نباشد. Holahan تفاوت مرد و زن در دریافت حمایت را به این دلیل می‌داند که شاید مردان حس اعتماد به نفس بیشتری نسبت

تبیین دیگر این یافته می‌توان به تفاوت‌های موجود در مفاهیم مختلف حمایت اجتماعی اشاره کرد. در بسیاری از مطالعات نشان داده شده است که بین حمایت ادراک شده و حمایت واقعی تفاوت وجود دارد و رابطه هر یک از آنها با سلامتی روانی متفاوت است (۵۰). بطوریکه نتایج مطالعه Jou نشان داده است که حمایت واقعی بر انطباق فرد با محیط تأثیر مثبت دارد درحالی‌که حمایت ادراک شده تأثیری ندارد (۵۰).

همانطور که قبلاً مطرح شد حمایت اجتماعی فرایندی کاملاً پیچیده است. مثلاً کاری که از نظر شخصی مراقبت تلقی می‌شود به نظر فرد دیگر ممکن است کنترل و محافظت بیش از حد جلوه کند. شاید کسانی که مورد محافظت بیش از حد خانواده قرار می‌گیرند، نتوانند توانایی‌های خود را بکار گیرند و آن را تقویت کنند. افراد مبتلا به بیماری غالباً تا زمانی از حمایت اجتماعی برخوردارند که خوش‌بین بوده و در حفظ شبکه اجتماعی خود کوشش کنند. برخی ممکن است از ترس اینکه مبادا از طرف دیگران ترک شوند به این کوشش ادامه دهند، که متحمل فشار زیادی خواهند شد. شایان ذکر است که اگر چه حمایت اجتماعی بطور معمول، مطلوب و یاری‌رسان است و معمولاً مورد قدردانی واقع می‌شود اما همیشه چنین نیست. تلاش‌هایی که خانواده، دوستان و همکاران، با نیت خیر انجام می‌دهند ممکن است باعث تحلیل رفتن عادت‌های بهداشتی افراد و کند شدن فرایند بهبود شود. در صورتیکه فرد حمایت اجتماعی را نشانه بی‌کفایتی به شمار آورد، از اینکه نمی‌تواند محبت‌های دیگران را جبران کند به احساس گناه دچار شود یا معتقد باشد که بر اثر آن، اختیارات فردی او محدود شده است، این حمایت‌ها نمی‌توانند مؤثر واقع شوند. حمایت اجتماعی، به قضاوت صحیح و همدلی نیاز دارد. از طرفی، در مورد دردهای شدید، دریافت حمایت از سوی همسر، به مراتب احساس درماندگی شدیدتری را در فرد ایجاد می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که بین افراد مبتلا به دردهای مزمن از نوع کم‌درد، آرتريت روماتوئید و استوآرتريت از نظر باورهای ادراکی درد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بطوریکه باورهای ادراکی درد افراد مبتلا به درد مزمن از نوع استوآرتريت در مقایسه با دو گروه دیگر بیشتر است. تأثیر ثانویه درد، شامل هیجان‌های منفی (مثل ناراحتی) است که ناشی از فرایندهای شناختی فرد است و در نتیجه

از طریق بررسی سایر متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی الگوی روانی-زیستی-اجتماعی پیرامون دردهای مزمن و همچنین دیگر ابعاد درد شامل دردهای حاد و گذرا بسط و گسترش یابد. همچنین پیشنهاد می‌گردد نقش متغیرهای شناختی دیگری همچون فاجعه‌آمیزی و رابطه آن با میزان تجربه درد و مقایسه آن در زنان و مردان، سبک زندگی بیماران، سبک زندگی در بروز و تشدید بیماری روماتیسمی و تأثیر آن در بنیادهای شناختی بیماران نیز بررسی گردد. باورهای خود اثربخشی، خود کنترلی و باورهای بهداشتی بیماران در پژوهش‌های آتی جهت افزایش سازگاری با درد در بیماران مورد نظر قرار گرفته و نیز پژوهش‌هایی در زمینه احساس کنترل بر درد و احساس درماندگی در برابر درد و تأثیر آن بر شدت تجربه درد انجام شود.

■ تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر و افرادی که ما را در انجام آن یاری رساندند تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم.

به زنان دارند و در عوض زنان حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به مردان دریافت می‌کنند و مطرح ساختند که زنان بیشتر از مردان از حمایت اجتماعی سود می‌برند و از سویی به نظر می‌رسد روابط صمیمی و هیجانی در زنان بیشتر است (۵۴).

■ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر شواهدی در حمایت از الگوی روانی-زیستی-اجتماعی و رابطه آن با انواع دردهای مزمن فراهم ساخت که در جهت ایجاد بینش‌های سودمند پیرامون ابعاد روانی-اجتماعی بیماران مزمن می‌تواند سودمند واقع گردد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نمونه‌گیری بصورت در دسترس و داوطلبانه انجام گرفت و همچنین بر روی افراد مبتلا به دردهای مزمن صورت پذیرفت و عمدتاً مبتنی بر ابزارهای خودگزارش‌دهی بود و از این نظر در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی بایستی جانب احتیاط را رعایت کرد و نیز پیشنهاد می‌گردد تا در مطالعات آینده از سایر ابزارها مانند مصاحبه، گزارش‌دهی دیگران نیز استفاده گردد و

■ References

1. World Health Organization Report 2001. Mental health: New understanding, New Hope. [2001]; Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
2. Asghari Moghaddam 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):30-50. [Persian]
3. Epping Jordan JE, Bengoa R, Kawar R, Sabate E. The challenge of chronic conditions: WHO responds. Br Med J. 2001;323(7319):947-8.
4. Schatman ME, Campbell A. Chronic pain management, guidelines for multidisciplinary program development. 1st ed. London: CRC Press; 2007.
5. Nicholas M, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. Manage Your Pain: Practical and Positive Ways of Adapting to Chronic Pain. London: Souvenir Press; 2012.
6. Turk DC, Melzack R. Handbook of Pain Assessment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2010.
7. Davoudi I, Nasimifar N. The effect of mindfulness-based stress reduction on chronic pain and coping strategies among women with chronic musculoskeletal pain. New Findings in Psychology, 2012;7(22):45-62. [Persian]
8. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain, 2001;89(2-3):127-34.
9. Cano A. Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. Pain, 2004;110(3):656-64.
10. Manchikanti L, Fellows B, Pampati V, Beyer C, Damron K, Barnhill RC. Compersion of psychological status of chronic pain patient and the general population. Pain Physician, 2002;5(1):40-8.



11. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):843-57.
12. Holt Lunstad J, Smith TB, Layton B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
13. Pinquart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;75(2):122-37.
14. Uchino BN. Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships. *Am J Epidemiol*. 2005;161(3).
15. Holtzman S, Newth S, Delongis A. The role of Social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *J Health Psychol*. 2004;9(5):677-95.
16. Barth J, Schneider S, von Kanel R. Lack of social support in the etiology and prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2010;72(3):229-38.
17. Uchino BN, Bower K, Carlisle MK, Birmingham W. Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the ghosts of research past, present, and future. *Soc Sci Med*. 2012;74(7):949-57.
18. Lee M, Rotheram Borus MJ. Challenges associated with increased survival among parents living with HIV. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1303-9.
19. Moser A, Stuck AE, Silliman RA, Ganz PA, Clough Gorr KM. The eight-item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey: psychometric evaluation showed excellent performance. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(10):1107-16.
20. Asghari A, Nicholas MK. Personality and pain-Related Beliefs/ Coping Strategies: A Persopective study. *Clin J Pain*. 2006;22(1):10-8.
21. Schutze R, Rees C, Preece M, Schutze M. Low mindfulness predicts pain Catastrophizing in a fear avoidance model of chronic pain. *Pain*. 2010;148(1):120-7.
22. Main, CJ, Sullivan MJL, Watson PJ. Pain Management: Practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and accupational setting. 2nd ed. Elsevier: Churchill Livingstone; 2007.
23. Williams DA, Robinson MF, Geisser ME. Pain beliefs: assessment and utility. *Pain*. 1994;59(1):71-8.
24. Basharat MA, Kochi S, Dehghani M, Farahani H, Momenzadeh S. [Examine the moderating role of self-efficacy on the relationship between alexithymia, severity of pain and pain-related disability in patients with chronic pain]. *Daneshvar*. 2012;19(7):103-13. [Persian]
25. Mahram M. Cancer Epidemiology in the world, Iran and Qazvin, Proceedings of the National Congress of cancer, from prevention to rehabilitation. Qazvin Faculty of Nursing and Midwifery. 2008 March. 4, Qazvin, Iran. [Persian]
26. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of Perceived social support. *J Pers Asses*. 2010;52(1):30-41.
27. Hobfoll SE, London P. The Relationship of Self-Concept and Social Support to Emotional Distress among Women during War. *J Soc Clin Psychol*. 1986;4(2):189-203.
28. Strong J, Ashton R, Chant D. The measurement of attitudes towards and Beliefs about pain. *Pain*. 1992;48(2):227-36.
29. Morley S, Wilkinson L. The pain belief and perception inventory: a British replication. *Pain*. 1995;61(3):427-33.
30. Herda CA, Siegeris K, Basler HD. The pain beliefs and perception Inventory: further evidence for a 4-factor structure. *Pain*. 1994;57(1):85-90.
31. Melzack, R. The Mc Gill pain Questionnaire: major properties and Scoring methods. *Pain*. 1975;1(3):277-99.
32. Ebrahimi Nejad GhR, Ebrahimi Nejad A, Kohan S, Bahrapour A. The evaluation of pain in neurosurgical patients before and after operation in Kerman Shahid Bahonar Hospital according to the McGill pain questionnaire. *J Kerman Univ Med Sci*. 2004;11(2):119-25. [Persian]

33. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain belief. *Pain*, 1989;36(3):351-8.
34. Kerns R, Morley S, Vlaeyen J. Psychological interventions for chronic pain. An updated review. Seattle: IASP Press; 2008, 181-93.
35. Nicholas MK. Obstacles to recovery after an episode of low back pain; the 'usual suspects' are not always guilty. *Pain*, 2010;148(3):363-4.
36. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 2010;148(3):398-406.
37. Salimi S, Jebreili M, Sayyedrassooli A, Ghojzadeh M. The Effect of Swaddling on Physiological Pain Responses of Premature Infants to Nasogastric Tube Insertion: Crossover Clinical Trial. *Nasim-Danesh*, 2014;22(3):55-63.
38. Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Bijlsma JW. Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behav Res Ther*. 1998;36(2):179-93.
39. Jensen MP, Ehde DM, Hoffman AJ, Patterson DR, Czerniecki JM, Robinson LR. Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 2002;95(1-2):133-42.
40. Klapow JC, Slater MA, Patterson TL, Atkinson JH, Weickgenant AL, Grant I, et al. Psychosocial factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low back pain patients. *Pain*, 1995;62(3):349-55.
41. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silliman RA. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol*. 2003;21(21):4027-33.
42. Gagliardi C, Vespa A, Papa R, Mariotti C, Cascinu S, Rossini S. Social support networks and depression of women suffering from early-stage breast cancer: a case control study. *J Psychosoc Oncol*. 2009;27(2):216-29.
43. Nausheen B1, Gidron Y, Peveler R, Moss-Morris R. Social support and cancer progression: a systematic review. *J Psychosom Res*. 67, 403-415.
44. Feldman SI, Downey G, Schaffer-Neitz R. Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: A daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(5):776-85.
45. Jamison RN, Virts KL. The influence of family support on chronic pain. *Behav Res Ther*. 1990;28(4):283-7.
46. Campbell P, Wynne-Jones G, Dunn KM. The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: A systematic review. *Eur J Pain*. 2011;15(5): 444. e1-14.
47. Leytham Sh, Powel T. Chronic pain and its association with type of natural disaster, community support and social-cultural context. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 2012;6(6):233-42.
48. Kerns RD, Weise LH. Family influences on the course of chronic illness: A cognitive-behavioral transactional model. *Ann Behav Med*. 1994;16(2):116-21.
49. Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, McDaniel LK, et al. Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Treatment outcome and six-month followup. *Arthritis Rheum*. 1987;30(10):1105-14.
50. Jou YH, Fukada H. Effects of social support on adjustment of Chinese students in Japan. *J Soc Psychol*. 1995;135(1):39-47.
51. Price DD. Psychological mechanisms of pain and analgesia (Progress in Pain Research and Management, V. 15). 1st ed. Seattle: IASP Press; 1999.
52. Eccleston C. Role of psychology in pain management. *Br J Anaesth*. 2001;87;144-52.
53. Beiske AG, Pedersen ED, Czujko B, Myhr KM. Pain and sensory complaints in multiple sclerosis. *Eur J Neurol*. 2004;11(7):479-82.
54. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PL. Social support, coping and depressive symptoms in a late-middle aged sample of patients reporting illness. *Health Psychol*. 1995;14(2):152-63.



The Study of Pain Experienced, Social Support and Perceptual Beliefs in Chronic Pain Sufferers Individuals

Sohrab Amiri^{*1}, Ali Isazadegan², Majid Mahmood Alilo³, Masumeh Banafsheh⁴

1- PhD in Cognitive Psychology, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

4- MA in Psychology, Department of Psychology, Tabriz Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Received Date: 2016/03/06

Accepted Date: 2016/06/11

Abstract

Introduction and Aims

The pain experience in people with chronic pain can effect on psychological and social aspects, also influenced. The aim of this study was examining the perceptual beliefs, social support and experience of pain in patients with chronic pain.

Materials and Methods

In this regard, 120 men and women with chronic pain whom admitted to therapeutic centers of rheumatology and neurology in Urmia, in aspects of rheumatic diseases in three domains of low back pain, arthritis and osteoarthritis were selected equally by using available sampling method. Then, data related to perceptual beliefs, social support and experience of pain, in order to test the research hypotheses was collected, and finally data were analyzed by using multivariate analysis of variance, univariate analysis of variance and independent t-test.

Results

The results of data analysis showed that the three groups of patients with chronic pain were significant differences in the experience of pain and perceptual beliefs. So that patients with osteoarthritis, reported more severe pain experience than the two other groups. However, significant difference was not found between the groups on the perceived social support. Between men and women there was a significant difference in terms of perceived social support, but there was no difference in the experience of pain and pain perception beliefs.

Conclusion

Bio-psycho-social model and its relationship with various types of chronic pain can be provided useful insights on psycho-social dimensions in chronic patients.

Keywords

social support, pain, chronic

* Corresponding Author: Urmia University, Department of Psychology.

Email: Amirysohrab@yahoo.com