

بررسی رابطه بین میزان پذیرش درد، الگوی زندگی و محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان

منوچهر شیرازی^{۱*}، هومان منوچهری^۲، منصوره زاغری تفرشی^۳، فرید زایری^۴، ویولت علی پور^۵

^۱ دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ دانشیار گروه آمار حیاتی، دانشکده پیرا پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: منوچهر شیرازی، دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۹۱۶۳۱۹۴۲۸۲-۹۸+، ایمیل: shirazimanouchehr57@gmail.com

DOI: 10.20286/nmj-24032

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۰۹

مقدمه: با توجه به اهمیت نقش پذیرش درد در چگونگی سازگاری با درد مزمن در سالمندان، این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین میزان پذیرش درد، الگوی زندگی و محدودیت ناشی از آن در سالمندان مبتلا به درد مزمن انجام شده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است، که در آن ۲۰۰ سالمند مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفتند. شیوه نمونه گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است که طی سال ۱۳۹۳ و در مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز انجام شده است. میزان پذیرش درد، الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد به ترتیب با استفاده از پرسشنامه‌های پذیرش درد، الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد مزمن که همگی ابزارهای استاندارد جهت سالمندان هستند، ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیلی آماری تی مستقل و رگرسیون خطی و به کمک نرم افزار (SPSS نسخه ۲۱) انجام شد.

یافته‌ها: بین میزان پذیرش درد به ترتیب با الگوی زندگی با درد ارتباط معنی دار مثبت ($B = 0/41$) وجود داشت. همچنین بین الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد نیز، رابطه معنی دار منفی حاصل شد ($B = -0/15$) و با محدودیت ناشی از درد رابطه معنی دار منفی ($B = -0/01$) وجود داشت. همچنین بین الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد نیز، رابطه معنی دار منفی حاصل شد ($B = -0/43$) و ($P > 0/01$) و ($P > 0/01$) و ($P > 0/01$)

نتیجه گیری: سالمندانی که پذیرش درد بیشتری داشتند، از الگوی زندگی با درد مناسب‌تری برخوردار بوده و محدودیت ناشی از درد کمتری نیز، داشتند. بدین جهت، استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش درد به منظور مدیریت مناسب درد مزمن در سالمندان، پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی:

پذیرش درد

الگوی زندگی

محدودیت ناشی از درد

سالمندی

درد مزمن

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

معنی یک احساس و تجربه هیجانی ناخوشایند است که مرتبط با آسیب بافتی بالفعل یا بالقوه بوده و ممکن است با اصطلاحات مشابه در سالمندان، توصیف گردد [۵]. چنانچه این دردها به خوبی کنترل و درمان نشود باعث ایجاد رنج و ناامیدی در سالمند شده، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی را در پی خواهد داشت و هزینه‌های گزافی را نیز، به جامعه تحمیل می‌کند [۶] و در نتیجه باعث اختلال عملکرد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود [۷].

امروزه سالمندان از سریع‌ترین رشد جمعیتی در سراسر دنیا برخوردار هستند [۱]، به طوری که تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت سالمندان دو میلیارد نفر خواهد بود [۲]. در ایران نیز پیش بینی شده که تا سال ۱۳۹۸، جمعیت سالمندان به ۱۰ میلیون نفر برسد [۳]. شایع‌ترین علامت و نشانه در دوران سالمندی درد مزمن بوده و یکی از جدی‌ترین مشکلاتی است که کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴]. درد مزمن در سالمندان به

رفتاری و شناختی درد مزمن با استفاده از روش‌های مبتنی بر پذیرش درد، است [۱].

امروزه، یکی از مفاهیم با ارزش و مهم در تئوری‌های معاصر پیرامون چگونگی واکنش و سازگاری فرد با درد مزمن، پذیرش درد است [۱۸]. پذیرش درد در فرد سالمند به معنی باور داشتن درد و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن بوده که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد کمک می‌نماید [۱۹]. در واقع، پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و در عین حال، برای کنترل درد نیز، تلاش نماید [۲۰]. بعلاوه، به دنبال پذیرش درد، فرد اقدامات غیر مؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز می‌کند و در نتیجه، عملکرد روانی و جسمی مناسب‌تری خواهد داشت [۲۱].

از این رو، در فرآیند مدیریت درد مزمن در سالمندان، چنانچه این درد و ماهیت آن به خوبی درک شود، به صورتی که نقش پذیرش درد در رابطه با الگوی زندگی با درد و همچنین محدودیت ناشی درد مشخص شود راه برای مدیریت این درد و کنترل عوارض آن هموار شده و مراحل بعدی آن با سهولت و موفقیت طی می‌گردد. بدین جهت، این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین میزان پذیرش درد، الگوی زندگی و محدودیت ناشی از آن در سالمندان مبتلا به درد مزمن انجام شده است.

روش کار

این مطالعه بخشی از یک پژوهش ترکیبی اکتشافی متوالی است که به شیوه توصیفی-تحلیلی انجام شده است. بر اساس آخرین سرشماری در سال ۱۳۸۹، تعداد کل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در شهر اهواز ۸۹۴۲۴ نفر برآورد شده است. با توجه به این که حجم جامعه (N) مشخص است، از فرمول زیر برای تعیین حجم نمونه استفاده شده است.

$$n = (NZ^2 S^2) / (Nd^2 + Z^2 S^2)$$

بر همین اساس، به منظور تعیین واریانس جامعه، ابتدا یک پژوهش مقدماتی بر روی ۳۰ نمونه اولیه انجام شد و واریانس جامعه $d = 0.13$ حاصل گردید که با در نظر گرفتن $d = 0.05$ و $z = 1/96$ ، حجم نمونه آماری در این پژوهش ۲۰۰ نفر برآورد گردید. شیوه نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بوده که در طی پنج مرحله، در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۳ در مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز انجام شده است. بدین ترتیب که ابتدا، شهر اهواز بر اساس تقسیم بندی شهرداری به هشت منطقه

سالمندان مبتلا به درد مزمن با افزایش خطر ناتوانی مواجه بوده و از نظر بالینی توانایی حرکتی آنان نیز ممکن است کاهش یابد [۸]. این درد چگونگی تفکر، عملکرد و احساس فرد را مستقیماً تحت تأثیر قرار داده، همچنین باعث بروز محدودیت‌های مختلفی در زندگی فرد سالمند می‌شود [۹]. محدودیت ناشی از درد مزمن در فرد سالمند به معنی مجموعه‌ای از اختلالات مانند کاهش فعالیت، افزایش وابستگی، اختلال در رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که باعث کاهش کیفیت زندگی سالمند و خانواده وی گردیده و از طرف دیگر مشکلات متعددی نیز، در روند درمان و مراقبت از این سالمندان ایجاد می‌نماید [۱۰]. از میان این محدودیت‌ها می‌توان به کاهش فعالیت ناشی از درد اشاره نمود که ممکن است باعث اختلال در راه رفتن و در نتیجه باعث افتادن و بروز حوادث در سالمند شود [۵].

از عوامل تأثیر گذار بر روی سلامت فرد، بکارگیری الگوی مناسب زندگی با درد است. الگوی زندگی با درد مزمن به معنی مجموعه‌ای از شیوه‌های مختلف در ابعاد فردی و اجتماعی بوده که فرد مبتلا به درد مزمن در روند زندگی با درد، از آن استفاده نموده تا به یک سازگاری فعال با درد دست یافته و مشکلات ناشی از درد را برطرف نموده و یا قابل تحمل نماید [۱۱]. در همین زمینه تجارب افرادی که به دلیل درد مزمن بی‌تحرك و خانه نشین شده‌اند، نشان می‌دهد که به دنبال استفاده از الگوهای نامناسب زندگی، نقش‌های فیزیکی، روحی و روان شناختی سالمند در خانواده کمتر شده و منجر به کاهش احساس خود ارزشی در آنان می‌گردد [۱۲]. به دنبال آن ارتباطات اجتماعی وی کاهش یافته و دچار اختلالات جنسی، روانی و عاطفی نیز می‌گردد. این وضعیت باعث می‌شود که مسئولیت‌ها و وظایف سالمند برعهده سایر اعضای خانواده و از جمله فرزندان قرار گیرد [۱۳، ۱۴]. در همین رابطه شیوه‌های مختلفی به منظور مدیریت درد مزمن در سالمندان مورد استفاده قرار می‌گیرد، که یکی از این روش‌ها تغییر در الگوی زندگی است. در واقع، تغییر در الگوی زندگی نه تنها می‌تواند در پیشگیری از درد مؤثر باشد بلکه روند مدیریت درد مزمن و عوارض آن را تسهیل می‌نماید [۱۵]. هدف از درمان درد مزمن در بسیاری از سالمندان کاهش درد در یک سطح قابل تحمل و به حداقل رساندن عوارض دارویی و درمانی است [۱۶]. به منظور درک بیشتر درد مزمن و درمان آن، تشخیص علل پاسخ‌های جسمی و روانی به درد بسیار مهم است [۱۷]. در همین زمینه شیوه‌های درمانی مختلفی برای کنترل درد مزمن در سالمندان استفاده می‌شود که یکی از آنان، اقدامات درمانی روانشناختی در کنترل ابعاد هیجانی،

طراحی شده و امتیازهای اخذ شده در محدوده ۰-۲۸ است، که نمره بالاتر نشان دهنده پذیرش درد مزمن مناسب‌تر در سالمندان است.

به منظور ارزیابی محدودیت ناشی از درد مزمن، از پرسشنامه محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان استفاده گردید. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد بوده که توسط منوچهری و همکاران (۱۳۹۳) به صورت اختصاصی جهت بررسی محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان و طی یک مطالعه ترکیبی طراحی و روانسنجی شده است. این پرسشنامه از اعتبار صوری (کیفی و کمی)، محتوا (کیفی و کمی) و سازه برخوردار بوده، همچنین پایایی آن با استفاده از روش‌های همسانی درونی $\alpha = 0/89$ و ثبات از طریق آزمون مجدد با استفاده از ضریب همبستگی درون خوشه‌ای $0/94$ تعیین گردیده است [۱۱، ۲۳]. در این پرسشنامه مفهوم محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان با استفاده از ۲۱ عبارت و در ۳ حیطه مورد بررسی قرار می‌گیرد، که به ترتیب شامل محدودیت در کارهای روزمره بیرون از خانه (۷ عبارت)، محدودیت در کارهای روزمره بیرون از خانه (۸ عبارت)، و محدودیت‌های درمانی (۶ عبارت) می‌باشد. تمامی عبارات ابزار فوق در مقیاس لیکرت ۵ قسمتی طراحی شده و امتیازهای اخذ شده در محدوده ۰-۸۴ است، که نمره بالاتر نشان دهنده محدودیت ناشی از درد مزمن بیشتر در سالمندان است.

الگوی زندگی با درد مزمن نیز بوسیله پرسشنامه بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد است که توسط شیرازی و همکاران (۱۳۹۴) به صورت ویژه جهت بررسی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان و طی یک مطالعه ترکیبی طراحی و روانسنجی گردیده است. این پرسشنامه دارای اعتبار صوری (کیفی و کمی)، محتوا (کیفی و کمی) و سازه بوده، همچنین پایایی آن با استفاده از روش‌های همسانی درونی $\alpha = 0/85$ و ثبات از طریق آزمون مجدد با استفاده از ضریب همبستگی درون خوشه‌ای $0/85$ تعیین گردیده است [۱۲، ۲۳]. این پرسشنامه، مفهوم الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان را با استفاده از ۱۵ عبارت و در دو حیطه الگوی زندگی فردی با ۸ عبارت و الگوی زندگی با ۷ عبارت مورد بررسی قرار می‌دهد. تمامی عبارات ابزار فوق در مقیاس لیکرت ۵ قسمتی معکوس به صورت همیشه (صفر)، اغلب (۱ نمره)، گاهی (۲ نمره)، به ندرت (۳ نمره) و هرگز (۴ نمره) طراحی شده و امتیازهای اخذ شده در محدوده ۰-۶۰ است، که نمره بالاتر نشان دهنده الگوی زندگی با درد مزمن مناسب‌تر در سالمندان است. اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی نیز که شامل

و هرمنطقه به دو خوشه تقسیم شد. سپس از هر منطقه یک خوشه به صورت تصادفی انتخاب گردید. در ادامه از هر خوشه یک مرکز بهداشتی- درمانی انتخاب شد و از هر خوشه، ۲۵ نمونه سالمند زن و مرد مبتلا به درد مزمن به صورت تصادفی که واجد شرایط پژوهش بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای انتخاب سالمندان شرکت کننده در مطالعه شامل داشتن تجربه درد مزمن غیر بدخیم، داشتن سن ۶۰ سال یا بالاتر، برخورداری از هوشیاری کامل، توانایی گفتگو به زبان فارسی، داشتن تمایل به بیان احساسات درونی خود نسبت به مفهوم مورد تحقیق، دارا بودن ثبات روانی لازم برای انتقال تجارب خود، عدم ابتلاء به بیماری تأیید شده روانی، نابینایی و ناشنوایی براساس تشخیص پزشک معالج، عدم ابتلاء به اختلالات شناختی با کسب نمره شش یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی (I.V.A.M.T.S: Iranian Version of the Abbreviated Mental Test Score) بود. این آزمون اولین بار توسط فروغان و همکاران (۱۳۸۷) به فارسی ترجمه و هنجاریابی گردیده است، که روایی این آزمون به روش ملاکی همزمان و با استفاده از مقیاس تباهی همه جانبه (GDS: global deterioration scale) مناسب بوده است به طوری که نسبت معکوس معنادار را نشان داد ($P = 0/0001$) و پایایی آن نیز، به ترتیب با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، و روش دونیمه کردن آزمون رضایتبخش ($\alpha = 0/78$)، $\alpha = 0/71$ گزارش شد و در نقطه برش ۲۱ دارای حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد بود [۲۲]. در این پژوهش نیز، پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که $0/79$ بود. معیار خروج عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود. میزان پذیرش درد، با استفاده از پرسشنامه پذیرش درد سالمندان ارزیابی شد. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد است که توسط منوچهری و همکاران (۱۳۹۳) جهت سالمندان مبتلا به درد مزمن با استفاده از یک مطالعه ترکیبی طراحی و روانسنجی گردیده است. این پرسشنامه از اعتبار صوری (کیفی و کمی)، محتوا (کیفی و کمی) و سازه برخوردار بوده، همچنین پایایی آن با استفاده از روش‌های همسانی درونی $\alpha = 0/83$ و ثبات از طریق آزمون مجدد با استفاده از ضریب همبستگی درون خوشه‌ای $0/85$ تعیین گردیده است [۱۹، ۲۳]. پرسشنامه پذیرش درد سالمندان که از ۷ عبارت تشکیل شده است، مفهوم پذیرش درد مزمن در سالمندان را در دو بعد آگاهی در مورد درد با ۲ عبارت و تلاش برای کاهش درد با ۵ عبارت مورد بررسی قرار می‌دهد. تمامی عبارات ابزار فوق در مقیاس لیکرت ۵ قسمتی به صورت همیشه (۴ نمره)، اغلب (۳ نمره)، گاهی (۲ نمره)، به ندرت (۱ نمره) و هرگز (صفر)

مورد تأیید است ($P > 0/05$). کلیه تحلیل‌ها در سطح $0/05$ $P <$ انجام شد.

یافته‌ها

جدول یک، ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش (فراوانی و درصد) را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول یک مشاهده می‌شود، بیشتر نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش مرد بودند (۵۶٪)، ۵۳٪ در محدوده سنی ۶۰-۶۴/۹ قرار داشتند، ۸۴٪ متأهل و ۷۹٪ از سالمندان دارای منزل شخصی بودند، ۵۵٪ دارای درآمد یک میلیون تومان و بیشتر بودند. ۶۹٪ دارای سطح سواد زیر دیپلم بودند و ۹۲٪ همراه با خانواده زندگی می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش	
جنسیت	فراوانی (درصد)
زن	۸۹ (۴۴)
مرد	۱۱۱ (۵۶)
سن	
۶۰-۶۴/۹	۱۰۶ (۵۳)
≥ 65	۹۴ (۴۷)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۶۹ (۸۴)
همسر فوت کرده	۳۱ (۱۶)
مالکیت مسکن	
دارای منزل شخصی	۱۵۹ (۷۹)
فاقد منزل شخصی	۴۱ (۲۱)
متوسط درآمد ماهانه	
یک میلیون تومان <	۹۰ (۴۵)
یک میلیون تومان \geq	۱۱۰ (۵۵)
مدرک تحصیلی	
زیر دیپلم	۱۳۸ (۶۹)
دیپلم \geq	۶۲ (۳۱)

نتایج حاصل از جدول ۲ بیانگر این است که، میانگین و انحراف معیار پذیرش درد $4/63 \pm 20/04$ ، الگوی زندگی با درد $11/25 \pm 35/42$ و محدودیت ناشی از درد مزمن $16/85 \pm 46/10$ بوده است.

متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، نحوه زندگی اجتماعی، وضعیت مالکیت مسکن، میزان درآمد و محل درد بودند توسط پرسشنامه محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفتند.

در این پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه‌های پذیرش درد مزمن در سالمندان، محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان و الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان از دو شیوه تعیین همسانی درونی و ثبات استفاده گردید. ابتدا همسانی درونی ابزارها در یک نمونه ۳۰ نفری از سالمندان که از معیارهای ورود به مطالعه برخوردار بودند انجام شد که از پایایی مناسبی برخوردار بودند. سپس این پایایی در تمامی نمونه‌های پژوهش که شامل ۲۰۰ سالمند بودند با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. در همین زمینه پایایی پرسشنامه‌های پذیرش درد، محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان با استفاده از روش‌های همسانی درونی به ترتیب $\alpha = 0/83$ ، $\alpha = 0/89$ و $\alpha = 0/85$ حاصل شد. برای تعیین پایایی ثبات ابزارها نیز، از روش آزمون مجدد در یک نمونه ۳۰ نفری از سالمندان که از معیارهای ورود به مطالعه برخوردار بودند، با فاصله زمانی دو هفته استفاده گردید [۲۴]، و نمرات کسب شده در این دو مرحله، با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای با هم مقایسه شدند. در همین رابطه، پایایی پرسشنامه‌های فوق با استفاده از روش آزمون مجدد و آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای به ترتیب، $0/94$ و $0/93$ بدست آمد.

پس از بیان اهداف مطالعه، رضایت نامه کتبی از نمونه‌های پژوهش اخذ گردید. در طی تحقیق، رازداری و آزادی نمونه‌ها برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد و سالمندان شرکت کننده در پژوهش حق داشتند تا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج گردند. همچنین، مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی اهواز پژوهش را مورد تأیید قرار داده بودند و قبل از جمع آوری داده‌ها، اجازه کتبی از مسئولین محیط‌های پژوهش اخذ گردید. این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری در شعبه بین الملل دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۳ و با کد پایان نامه ۴۲۶ می‌باشد. از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد به صورت جدول و نمودار برای نمایش اطلاعات، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیلی آماری تی مستقل و رگرسیون خطی و به کمک نرم افزار SPSS (نسخه ۲۱) انجام شد. جهت بررسی فرض تساوی واریانس‌ها در گروه‌های متفاوت، آزمون لئون (Leven's Test) انجام شد که نشان داد فرض تساوی واریانس‌ها در گروه‌ها،

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره پذیرش درد، الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان

میانگین ± انحراف معیار		نمره
حداقل	حداکثر	
پذیرش درد	۴/۶۳ ± ۲۰/۰۴	۲۸
الگوی زندگی با درد	۱۱/۲۵ ± ۳۵/۴۲	۵۸
محدودیت ناشی از درد	۱۶/۸۵ ± ۴۶/۱۰	۸۱

جدول ۳: رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با پذیرش درد، الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان

جنسیت	پذیرش درد		محدودیت ناشی از درد		الگوی زندگی با درد	
	میانگین ± انحراف معیار	P-Value	میانگین ± انحراف معیار	P-Value	میانگین ± انحراف معیار	P-Value
زن	۴/۷۲ ± ۲۰/۰۸	۰/۰۰۰	۱۴/۷۵ ± ۵۲/۵۳	۰/۰۰۰	۱۰/۸۶ ± ۳۱/۲۱	۰/۰۰۰
مرد	۴/۴۳ ± ۲۱/۸۱	۰/۱۲	۱۶/۷۱ ± ۴۰/۹۴	۰/۰۰۰	۱۰/۴۴ ± ۳۸/۷۹	۰/۰۰۰
سن						
۶۰-۶۴/۹	۴/۷۰ ± ۲۱/۵۲	۰/۰۰۰	۱۶/۳۰ ± ۴۲/۰۳	۰/۰۰۰	۱۰/۳۸ ± ۳۸/۴۳	۰/۰۰۰
≥ ۶۵	۴/۵۱ ± ۲۰/۵۰	۰/۰۰۰	۱۶/۳۴ ± ۵۰/۶۸	۰/۰۰۰	۱۱/۲۹ ± ۳۲/۰۹	۰/۰۰۰
وضعیت تاهل						
متاهل	۴/۴۳ ± ۲۱/۴۷	۰/۰۰۲	۱۷/۴۷ ± ۴۵/۶۳	۰/۳۶	۱۱/۲۳ ± ۳۶/۲۰	۰/۰۰۲
همسر فوت کرده	۵/۰۷ ± ۱۸/۶۸	۰/۰۰۲	۱۲/۸۷ ± ۴۸/۶۵	۰/۳۶	۱۰/۶۱ ± ۳۱/۱۹	۰/۰۰۲
مالکیت مسکن						
دارای منزل شخصی	۴/۶۲ ± ۲۱/۳۷	۰/۰۴۶	۱۷/۴۶ ± ۴۴/۹۷	۰/۰۶	۱۱/۲۵ ± ۳۵/۹۶	۰/۱۸
فاقد منزل شخصی	۴/۴۸ ± ۱۹/۷۶	۰/۰۴۶	۱۳/۵۵ ± ۵۰/۴۴	۰/۰۶	۱۱/۱۴ ± ۳۳/۳۲	۰/۱۸
متوسط درآمد ماهانه						
یک میلیون تومان <	۴/۹۳ ± ۲۰/۵۶	۰/۱۸	۱۶/۹۳ ± ۵۰/۶۷	۰/۰۰۱	۱۱/۷۳ ± ۳۱/۵۲	۰/۱۸
یک میلیون تومان ≥	۴/۳۷ ± ۲۱/۴۴	۰/۱۸	۱۵/۷۵ ± ۴۲/۶۱	۰/۰۰۱	۹/۸۱ ± ۳۸/۵۳	۰/۱۸
مدرک تحصیلی						
زیر دیپلم	۴/۶۱ ± ۲۰/۳۹	۰/۰۰۳	۱۶/۲۰ ± ۴۹/۴۴	۰/۰۰۰	۱۱/۷۸ ± ۳۳/۵۶	۰/۰۰۰
دیپلم ≥	۴/۳۸ ± ۲۲/۴۸	۰/۰۰۳	۱۵/۹۵ ± ۳۸/۶۵	۰/۰۰۰	۸/۷۴ ± ۳۹/۵۶	۰/۰۰۰

نتایج به دست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که، رابطه بین جنسیت و هر سه متغیر پذیرش درد، محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد مزمن در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی دار بوده است ($P > ۰/۰۵$). در همین رابطه نتایج بخش توصیفی بیانگر این است که میانگین پذیرش درد و الگوی زندگی با درد در مردان و میانگین محدودیت ناشی از درد در زنان بیشتر بوده است. رابطه بین سن نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش با محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد مزمن در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی دار بوده است ($P > ۰/۰۵$) به طوری که، میانگین پذیرش درد در افراد دیپلم و بالاتر بیشتر، محدودیت ناشی از درد کمتر و الگوی زندگی با درد در آنان بیشتر،

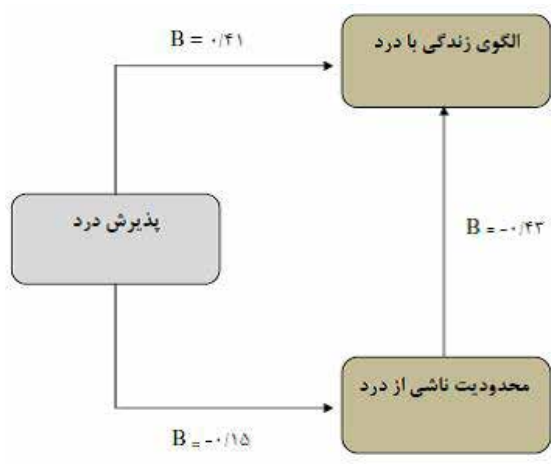
نتایج به دست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که، رابطه بین جنسیت و هر سه متغیر پذیرش درد، محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد مزمن در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی دار بوده است ($P < ۰/۰۵$). در همین رابطه نتایج بخش توصیفی بیانگر این است که میانگین پذیرش درد و الگوی زندگی با درد در مردان و میانگین محدودیت ناشی از درد در زنان بیشتر بوده است. رابطه بین سن نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش با محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد مزمن در سطح

نتایج پژوهش Viane و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که پذیرش درد مستقیماً با عملکرد فیزیکی فرد در ارتباط نیست [۲۶]. دلیل تفاوت در این یافته‌ها ممکن است مربوط به انتخاب نوع شیوه سازگاری و یا مقابله با درد باشد که می‌تواند به صورت غیر مستقیم بر روی عملکرد فیزیکی فرد تأثیر داشته باشد. بعلاوه، میزان پذیرش درد ممکن است به منظور ایجاد تغییر در فرآیند کنترل درد کافی نباشد [۲۶].

از دیگر نتایج این پژوهش رابطه بین پذیرش درد و محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان بود به گونه‌ای که به اندازه $B = -0/15$ بر روی محدودیت ناشی از درد تأثیر معنی داری منفی داشت. در همین رابطه، مسگریان و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش درد نه تنها بر میزان ناتوانی و محدودیت ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر بوده است، بلکه جهت به حداقل رساندن ناتوانی، علاوه بر کاهش شدت درد مزمن می‌توان کاربرد روش‌های درمانی مبتنی بر افزایش میزان پذیرش درد را، پیشنهاد نمود [۲۸]. در توضیح این یافته می‌توان به رابطه مستقیم موجود بین سطوح بالاتر پذیرش درد با سازگاری بیشتر با درد مزمن در بیماران، اشاره نمود. از طرف دیگر،

جدول ۴: رابطه بین متغیرهای پذیرش درد، الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان

فرضیه ها	B	آماره t	P-Value
الگوی زندگی با درد	۰/۴۱	۶/۲۷	۰/۰۱
محدودیت ناشی از درد	-۰/۱۵	-۲/۲۱	۰/۰۵
محدودیت ناشی از درد	-۰/۴۳	-۱۲/۱۳	۰/۰۱
الگوی زندگی با درد			



تصویر ۱: رابطه و شیب خط رگرسیونی بین متغیرهای پذیرش درد، الگوی زندگی با درد و محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان

بوده است. بین پذیرش درد و الگوی زندگی با درد در سطح اطمینان ۹۵% و وضعیت تأهل افراد رابطه معنی دار مشاهده شده است ($P > 0/05$) نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب، میانگین پذیرش درد و الگوی زندگی با درد در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد بیشتر، بوده است.

رابطه پذیرش درد با وضعیت مالکیت مسکن افراد در سطح اطمینان ۹۵% معنی دار بوده است ($P > 0/05$) به طوری که، میانگین پذیرش درد در افرادی که دارای منزل شخصی هستند بیشتر، بوده است. بین درآمد ماهانه افراد با محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد در سطح اطمینان ۹۵% رابطه معنی دار مشاهده شده است ($P > 0/05$). نتایج بیانگر این است که به ترتیب، میانگین محدودیت ناشی از درد در افرادی که درآمد ماهیانه آنها کمتر از یک میلیون تومان است بیشتر و الگوی زندگی با درد در آنان کمتر، بوده است.

به منظور تعیین میزان تأثیرگذاری متغیرهای پژوهش بر روی یکدیگر پس از انجام آزمون رگرسیون خطی در سطح ۹۵ درصد، هر یک از ضرایب شیب خط رگرسیونی برآورد شد. نتایج نشان داد با توجه به فرمول $Y' = Constant + bX$ پذیرش درد به ترتیب به اندازه $B = 0/41$ ، بر روی الگوی زندگی با درد و به اندازه $B = -0/15$ بر روی محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان تأثیر معنی داری داشت. محدودیت ناشی از درد نیز به اندازه $B = -0/43$ بر روی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان تأثیر معنی داری داشت (جدول ۴ و تصویر ۱).

بحث

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین میزان پذیرش درد، الگوی زندگی و محدودیت ناشی از آن در سالمندان مبتلا به درد مزمن انجام شد. در رابطه با تأثیر متغیرهای اصلی بر روی یکدیگر نتایج مطالعه نشان داد پذیرش درد به ترتیب به اندازه $B = 0/41$ ، بر روی الگوی زندگی با درد، تأثیر معنی داری داشت. همسو با این نتیجه McCracken و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش درد در کارکرد روزانه افراد مبتلا به دردهای مزمن، نقش مهمی دارد به صورتی که، پذیرش درد با کاهش تجربه درد، مشکلات روان شناختی و ناتوانایی‌های جسمانی و افزایش بهزیستی روان شناختی (Well-being) ارتباط دارد [۲۵]. در توضیح این یافته می‌توان بیان نمود که پذیرش درد با کارکردهای اجتماعی، جسمی و روان شناختی بهتری همراه است [۲۶]. از طرف دیگر، سطح پذیرش درد می‌تواند علاوه بر پیش بینی میزان تداخل درد در زندگی روزانه و سطح سلامت جسمی و روان شناختی، شدت درد را نیز، پیش بینی نماید [۲۷]. در مقابل

کمتر سالمندان در مقایسه با جوانان بوده و تفکیک این دو ممکن است دشوار باشد. از طرف دیگر، ممکن است بسیاری از سالمندان از این محدودیت‌ها به عنوان یک شیوه سازگاری با درد مزمن خود استفاده نمایند. بدین منظور، شیوه‌های مختلف تغییر الگوی زندگی همچون غذا خوردن، تغییر وضعیت و بهره مندی از حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۴۰].

در زمینه رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای اصلی مشخص گردید که میانگین پذیرش درد و الگوی زندگی با درد در مردان بیشتر و بهتر از زنان بوده و در مقابل، میانگین محدودیت ناشی از درد در زنان بیشتر بوده است. همسو با این نتیجه، تحقیق McCracken و Zhao-O'Brien در انگلستان، بیانگر این بود که میزان پذیرش درد مزمن در مردان بیشتر از زنان بوده است [۲۵]. در توضیح این یافته می‌توان به نقش تئوری آسیب پذیری اشاره نمود، که بر اساس این تئوری معمولاً زنان در مقابل دردهای عضلانی و اسکلتی آسیب پذیرتر بوده و میزان درد مزمن در آنان بیشتر است [۴۱] و همچنین وجود رابطه معکوس بین میزان پذیرش درد با شدت درد [۴۲، ۴۳]، که باعث می‌شود میزان پذیرش درد در زنان کمتر از مردان باشد. بعلاوه، سطح تحصیلات افراد از دیگر عواملی است که باعث تسهیل پذیرش درد مزمن می‌شود [۴۴]، که در این پژوهش نمونه‌های مرد از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند. بدین جهت میزان پذیرش درد در مردان بیشتر بوده است.

در مقابل، نتایج تحقیق Ramirez و همکاران در اسپانیا، نشان داد که نه تنها میزان پذیرش درد مزمن در مردان و زنان تفاوتی نداشته، بلکه در مدل نهایی ارائه شده توسط آنان مشخص گردید که میزان سازگاری فعال با درد در مردان و زنان نیز مشابه بوده و باعث افزایش ظرفیت و توانایی عملکردی آنها شده است [۴۵]. تفاوت نتایج فوق اینگونه می‌تواند تفسیر شود که هرچند میزان شدت درد مزمن و اضطراب ناشی از آن در مردان نسبت به زنان معمولاً کمتر بوده و در مقابل نحوه سازگاری با درد در زنان بهتر است [۴۵]، اما با توجه به تأثیری که عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و همچنین مدت زمان ابتلا به درد، بر روی درد و واکنش نسبت به آن دارد، میزان پذیرش درد و همچنین الگوی زندگی و نحوه سازگاری با درد می‌تواند متفاوت باشد. در این مطالعه مشخص گردید که سالمندان ۶۵ سال و بیشتر محدودیت ناشی از درد بیشتری داشتند، و از طرف دیگر میانگین الگوی زندگی با درد در آنان نامناسب‌تر بوده است. در همین زمینه، نتایج تحقیق Przekop و همکاران در آمریکا

مشخص گردیده که بیمارانی که پذیرش درد بیشتری داشتند شدت افسردگی، اضطراب و استیصال کمتری را گزارش می‌کنند [۲۹]. Campbell و Cramb نیز معتقدند که تفاوت اصلی بین افرادی که دسترسی محدود به خدمات بهداشتی دارند و افرادی که دسترسی مناسب‌تری به این تسهیلات دارند، پذیرش و سازگاری بهتر با درد است [۳۰]. به عبارت دیگر، یکی از عوامل مهم در ایجاد تفاوت‌های فردی برای مقابله با درد، پذیرش درد است [۳۱].

در مقابل Eaves و همکاران (۲۰۱۵) به این نتیجه دست یافتند که پذیرش درد ممکن است منجر به بهبود وضعیت بیمار و کاهش محدودیت‌های زندگی نگردد [۳۲]. در توضیح این یافته می‌توان بیان نمود که افزایش پذیرش و آگاهی از درد مزمن در بعضی از بیماران منجر به ایجاد نوعی احساس ناکامی نیز خواهد شد زیرا متوجه می‌شوند که درد آنها درمان قطعی ندارد و درد چالشی است که در تمام عمر با آن مواجه خواهند بود و نیازمند استفاده مداوم از راهبردهای مختلف جهت مقابله با درد هستند [۳۲]. در واقع، پذیرش درد راهی برای کاهش درد نیست بلکه راهی برای کاهش تأثیر درد بر روی عملکرد فرد خواهد بود [۳۳].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که محدودیت ناشی از درد نیز به اندازه $B = -0/43$ بر روی الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان تأثیر معنی داری منفی داشت. همسو با این یافته، Mausbach و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیق خود نتیجه گرفتند که بسیاری از بیماری‌ها و از جمله درد مزمن، ممکن است با محدودیت همراه شود که این محدودیت در فعالیت می‌تواند تهدیدی جدی برای رفاه و کیفیت زندگی فرد و خانواده‌اش باشد [۳۴] در همین زمینه، با توجه به ارتباط دوسویه بین محدودیت ناشی از درد مزمن و الگوی زندگی، درد و محدودیت ناشی از آن می‌تواند بر روی الگوی زندگی فرد اثر گذار باشد، از طرف دیگر خود نیز تحت تأثیر الگوی زندگی فرد، قرار گیرد. از این‌گونه می‌توان به بی‌حرکی، خواب نامناسب و عوارض ناشی از داروها اشاره نمود که می‌توانند باعث افزایش وزن و ابتلا به بیماری‌های دیگر در سالمندان شوند [۳۵، ۳۶]. افزایش وزن و شاخص توده بدنی نیز به نوبه خود، می‌تواند باعث فشار بر مفاصل شده و میزان بروز و شیوع درد و محدودیت ناشی از آن را افزایش دهد [۳۷-۳۹].

در مقابل، نتایج پژوهش Gilmour (2015) نشان داد محدودیت‌های مختلفی از جمله محدودیت فعالیت، در دوران سالمندی رخ می‌دهد که ارتباطی با درد مزمن و پذیرش آن ندارد [۴۰]. در توضیح این یافته می‌توان ذکر نمود که بسیاری از این محدودیت‌ها مرتبط با نقش‌ها و مسئولیت‌های

همسر خود برخوردار باشند درد کمتری را تجربه نموده و عملکرد بهتری نیز در زندگی خواهند داشت [۵۳]. در مقابل، نتایج تحقیق Kratz و همکاران در واشنگتن و مک کراکن و ژائو ابرین در انگلستان نشان داد که بین وضعیت تأهل و میزان پذیرش درد، ارتباطی مشاهده نشده است [۲۵، ۵۴]. در توضیح این تفاوت می‌توان بیان نمود که نمونه‌های شرکت کننده در تحقیقات فوق از نظر میزان درد، نقاط درد و مدت زمان درد که می‌تواند در این زمینه تأثیر گذار باشد یکسان نبوده‌اند.

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین پذیرش درد در افرادی که دارای منزل شخصی هستند بیشتر، بوده است. همسو با این نتیجه، Baldassari و همکاران در تحقیق خود نتیجه گرفتند که مالکیت مسکن معمولاً نشان دهنده وضعیت مالی مناسب‌تر فرد مبتلا به درد مزمن است، بدین جهت دسترسی بیشتری به امکانات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی بهتر خواهد داشت [۵۵]. از طرف دیگر، فقدان مالکیت مسکن می‌تواند با خستگی، ناتوانی و درماندگی بیشتر در ارتباط باشد. نتایج پژوهش Haetzman و همکاران نشان داد که افراد مبتلا به درد مزمن که دارای خانه شخصی هستند تمایل بیشتری برای استفاده از درمان‌های جایگزین جهت کنترل درد خود دارند [۵۶].

نتایج بیانگر این بود که دو متغیر محدودیت ناشی از درد و ال‌گوی زندگی با درد تحت تأثیر متوسط درآمد ماهانه افراد قرار گرفته‌اند به گونه‌ای که به ترتیب، میانگین محدودیت ناشی از درد در افرادی که درآمد ماهیانه آنها کمتر از یک میلیون تومان است بیشتر و الگوی زندگی با درد در آنان نامناسب‌تر، بوده است. یافته‌های پژوهش‌های دیگر بیانگر این است که میزان بروز درد مزمن و مشکلات ناشی از آن، با وضعیت مالی و درآمد رابطه معکوس دارد، به طوری که، با بهبود وضع مالی، میزان درد کمتر می‌شود [۵۷]. همسو با این نتایج، پژوهش‌های Dorner و همکاران همچنین Lacey و همکاران نشان داد که محدودیت‌های مالی در سالمندان مبتلا به درد مزمن می‌تواند منجر به افزایش سطح محدودیت ناشی از درد شود. زیرا مشکلات مالی باعث دشوارتر شدن دسترسی به حداقل‌های زندگی و همچنین افزایش استرس در آنان می‌گردد [۴۸، ۵۸]. گرچه در برخی از مطالعات، بین متغیرهای میزان درآمد و مالکیت مسکن و درد مزمن، ارتباطی مشاهده نشده است اما سالمندانی که وضعیت مالی مناسب‌تری داشتند، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند [۵۹، ۶۰]. در واقع، عوامل اجتماعی-اقتصادی، امکانات و مالکیت مسکن، تعیین کننده نیاز و همچنین، میزان دسترسی به مراقبت‌ها است [۶۱].

نشان داد که در بین سالمندان مبتلا به درد مزمن، میزان محدودیت ناشی از درد با افزایش سن بیشتر می‌شود [۴۶]. در مقابل یافته‌های پژوهش Lewandowski و همکاران در همین کشور بیانگر این است که بین محدودیت ناشی از درد و سن ارتباطی مشاهده نشده است. در همین رابطه تفاوت در سن نمونه‌های پژوهش‌های فوق می‌تواند عاملی برای اختلاف در نتیجه گیری باشد [۴۷].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سه متغیر اصلی پذیرش درد، محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد تحت تأثیر سطح تحصیلات افراد قرار گرفته‌اند. به گونه‌ای که، میانگین پذیرش درد در افراد دیپلم و بالاتر بیشتر، محدودیت ناشی از درد کمتر و الگوی زندگی با درد در آنان مناسب‌تر، بوده است. همسو با این نتیجه، یافته‌های تحقیقات دیگر نیز بیانگر این است که در سالمندانی که سطوح تحصیلی پایین‌تری دارند، محدودیت ناشی از درد بیشتر است. بعلاوه، در سالمندانی که از الگوهای زندگی نامناسبی همچون بی تحرکی، افزایش وزن و خواب ناکافی برخوردار هستند، میزان محدودیت ناشی از درد بیشتر مشاهده می‌گردد [۴۶، ۴۸]. در همین زمینه، Eggermont و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میزان درد مزمن و همچنین تعدد محل‌های درد در میان سالمندانی که از سطوح تحصیلی پایین‌تری برخوردار بوده‌اند، بیشتر بوده است [۸]. به این دلیل که سالمندان با سطوح تحصیلی پایین‌تر معمولاً مشاغل دشوارتری داشته‌اند، تحت تأثیر مداوم ریسک فاکتورهای محیطی بوده‌اند و شدت درد نیز، در آنان بیشتر بوده است [۴۸، ۴۹]. در واقع، یکی از موانع درمان و کنترل درد مزمن، سطوح تحصیلی پایین است که باعث کاهش میزان درک بیمار نسبت به بیماری خود و نقش آنها در پیشگیری از درد می‌گردد [۹].

نتایج این پژوهش بیانگر این بود که میانگین پذیرش درد در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد بیشتر، بوده و از طرف دیگر از الگوی زندگی با درد مناسب‌تری برخوردار بودند. همسو با این نتیجه، تحقیق Salazar و همکاران در اسپانیا نشان داد که درد مزمن در سالمندانی که بیوه بودند، بیشتر مشاهده گردیده است [۵۰]. نتایج پژوهش Wahl و همکاران نیز در نروژ نشان داد که پذیرش درد باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود از طرف دیگر افراد متأهلی که مبتلا به درد مزمن بودند، کیفیت زندگی بهتری داشتند [۵۱]. در واقع، تأهل یک نقش محافظتی در مقابل ابعاد ناخوشایند روانشناختی مرتبط با درد مزمن دارد [۵۲]. به صورتی که بیماران متأهل مبتلا به درد مزمن که از ارتباط مناسبی با

نتیجه گیری

آموزشی و درمانی مفید واقع شده و به محققین، مسئولان و متولیان برنامه ریزی جهت ارائه مراقبت‌های بهتر برای مدیریت مؤثر درد مزمن کمک نماید. از طرف دیگر با توجه به نقش پذیرش درد در عواملی مانند محدودیت ناشی از درد و الگوی زندگی با درد مزمن در سالمندان، استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش درد به منظور مدیریت مناسب درد مزمن در سالمندان، پیشنهاد می‌گردد.

سیاسگزاری

از تمامی سالمندان در این پژوهش به خاطر همکاری با گروه تحقیق که اجرای پژوهش حاضر را امکان پذیر نمودند، نهایت قدردانی و سپاس به عمل می‌آید. این مقاله حاصل بخشی از رساله دکترای تخصصی پرستاری در شعبه بین الملل دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۳، و با کد پایان نامه ۴۲۶ می‌باشد.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

REFERENCES

- Kaye AD, Baluch AR, Kaye RJ, Niaz RS, Kaye AJ, Liu H, et al. Geriatric pain management, pharmacological and nonpharmacological considerations. *Psychol Neurosci*. 2014;7(1):15.
- Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Iranian Consensus Bureau in 2008. Iran Stat Center. 2008.
- Iliasz R, Ozturk GB, Akpinar TS, Tufan A, Sarihan I, Erten N, et al. Approach to Pain in the Elderly. *J Gerontol Geriatric Res*. 2013 2(3): 179-87.
- Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J*. 2010;10(3):179-87. PMID: 21603375
- Karttunen NM, Turunen J, Ahonen R, Hartikainen S. More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. *Age Ageing*. 2014;43(6):845-50. DOI: 10.1093/ageing/afu052 PMID: 24814961
- Conaghan PG, Peloso PM, Everett SV, Rajagopalan S, Black CM, Mavros P, et al. Inadequate pain relief and large functional loss among patients with knee osteoarthritis: evidence from a prospective multinational longitudinal study of osteoarthritis real-world therapies. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54(2):270-7. DOI: 10.1093/rheumatology/keu332 PMID: 25150513
- Eggermont LH, Leveille SG, Shi L, Kiely DK, Shmerling RH, Jones RN, et al. Pain characteristics associated with the onset of disability in older adults: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the Elderly Boston Study. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(6):1007-16. DOI: 10.1111/jgs.12848 PMID: 24823985
- Pizzo PA, Clark NM, Carter-Pokras O, Christopher M, Farrar JT, Follett KA. IOM (Institute of Medicine). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- Manoochehri H, Shirazi M, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F. [Development and psychometric evaluation of chronic pain related restriction questioner in the elderly]. *Nurs Res*. 2014;9(4):47-60.
- Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F, Alipour V. [Development and psychometric evaluation of elderly life style with chronic pain instrument]. *NJV*. 2015;2(4):15-36.
- Finer B. People in pain. *Pain*. 2006;121(1-2):1-170. DOI: 10.1016/j.pain.2005.12.013
- Silver J. *Chronic pain and the family*. London: Harvard University Press; 2004.
- Roy R. *Chronic pain and family: A clinical perspective*. New York: Springer; 2006.
- van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology - where do lifestyle factors fit in? *Br J Pain*. 2013;7(4):209-17. DOI: 10.1177/2049463713493264 PMID: 26516524
- McPherson CJ, Hadjistavropoulos T, Devereaux A, Lobchuk MM. A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home. *BMC Palliative Care*. 1(1):13;2014 .
- Daks JS. Pain Management: Effects on Pain Perception in Older Adults and College Students. *Colon Acad Alliance Undergrad Res J*. 2013;4(1):5.
- McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*. 2003 105 (1-2): 197-204. PMID14499436 :
- Manoochehri H, Shirazi M, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F. [Development and psychometric evaluation of chronic pain acceptance instrument in the elderly]. *J Anesth Pain*. 2014;5(2):33-47.
- Risdon A, Eccleston C, Crombez G, McCracken L. How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):375-86. PMID: 12473322
- McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 2004;107(1-2):159-66. PMID: 14715402
- Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem Magham Farahni Z, Rahgozar M. [Standardization of mini-mental state examination among Iranian elderly in Tehran]. *Advanc Cog Sci*. 2008;10(2):29-37.
- Shirazi M. [Developing and testing a model for chronic pain management in the elderly: A sequential exploratory mixed method study]. Tehran :The International Branch of Shahid Beheshti University of Medical Sciences & Health Services; 2015.
- Brouwer S, Kuijter W, Dijkstra PU, Goeken LN, Groothoff JW, Geertzen JH. Reliability and stability of the Roland Morris Disability Questionnaire: intra class correlation and limits of agreement. *Disabil Rehabil*. 2004;26(3):162-5. DOI: 10.1080/09638280310001639713 PMID: 14754627
- McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. *Eur J Pain*.

- 2010;14(2):170-5. DOI: [10.1016/j.ejpain.2009.03.004](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.004) PMID: [19349199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19349199/)
26. Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, et al. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*. 2003;106(1-2):65-72. PMID: [14581112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14581112/)
 27. Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain--a randomized controlled trial. *Pain*. 2009;141(3):248-57. DOI: [10.1016/j.pain.2008.11.006](https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.11.006) PMID: [19108951](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19108951/)
 28. Mesgarian F, AsghariMoghadam MA, Shaeiri MR. [The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients]. *J Res Behav Sci*. 2012;10(3):194-203.
 29. McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*. 1998;74(1):21-7. PMID: [9514556](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9514556/)
 30. Campbell C, Cramb G. 'Nobody likes a back bore'--exploring lay perspectives of chronic pain: revealing the hidden voices of nonservice users. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(3):383-90. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2007.00541.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00541.x) PMID: [18840222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18840222/)
 31. Reneman MF, Dijkstra A, Geertzen JH, Dijkstra PU. Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: a systematic review. *Eur J Pain*. 2010;14(5):457-65. DOI: [10.1016/j.ejpain.2009.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.08.003) PMID: [19819172](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19819172/)
 32. Eaves ER, Sherman KJ, Ritenbaugh C, Hsu C, Nichter M, Turner JA, et al. A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. *BMC Complement Altern Med*. 2015;15:12. DOI: [10.1186/s12906-015-0531-9](https://doi.org/10.1186/s12906-015-0531-9) PMID: [25652396](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25652396/)
 33. Dahl J, Wilson KG, Luciano C, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Reno, NV: Context Press; 2005.
 34. Mausbach BT, Chattillion EA, Moore RC, Roepke SK, Depp CA, Roesch S. Activity Restriction and Depression in Medical Patients and their Caregivers: A Meta Analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):900-8. DOI: [10.1016/j.cpr.2011.04.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.004) PMID: [21600868](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21600868/)
 35. Smith HS, Elliott JA. Opioid-induced androgen deficiency (OPIAD). *Pain Phys*. 2012;15(3 Suppl):ES145-56. PMID: [22786453](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22786453/)
 36. Tzellos TG, Toulis KA, Goulis DG, Papazisis G, Zampeli VA, Vakfari A, et al. Gabapentin and pregabalin in the treatment of fibromyalgia: a systematic review and a meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. 2010;35(6):639-56. DOI: [10.1111/j.1365-2710.2009.01144.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2009.01144.x) PMID: [21054455](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21054455/)
 37. Hitt HC, McMillen RC, Thornton-Neaves T, Koch K, Cosby AG. Comorbidity of obesity and pain in a general population: results from the Southern Pain Prevalence Study. *J Pain*. 2007;8(5):430-6. DOI: [10.1016/j.jpain.2006.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.12.003) PMID: [17337251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17337251/)
 38. Heim N, Snijder MB, Deeg DJ, Seidell JC, Visser M. Obesity in older adults is associated with an increased prevalence and incidence of pain. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 16 (11): 2510-7. DOI: [10.1038.oby2008.407](https://doi.org/10.1038.oby2008.407) PMID: [18787527](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18787527/)
 39. Shi Y, Hooten WM, Roberts RO, Warner DO. Modifiable risk factors for incidence of pain in older adults. *Pain*. 2010;151(2):366-71. DOI: [10.1016/j.pain.2010.07.021](https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.07.021) PMID: [20696524](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20696524/)
 40. Gilmour H. Chronic pain, activity restriction and flourishing mental health. *Health Rep*. 2015;26(1):15-22. PMID: [25606984](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25606984/)
 41. van den Boorn JG, Konijnenberg D, Tjin EP, Picavet DI, Meeuwenoord NJ, Filippov DV, et al. Effective melanoma immunotherapy in mice by the skin-depigmenting agent monobenzone and the adjuvants imiquimod and CpG. *PLoS One*. 2010;5(5):e10626. DOI: [10.1371/journal.pone.0010626](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010626) PMID: [20498710](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20498710/)
 42. Gillanders DT, Ferreira NB, Bose S, Esrich T. The relationship between acceptance, catastrophizing and illness representations in chronic pain. *Eur J Pain*. 2013;17(6):893-902. DOI: [10.1002/j.1532-2149.2012.00248.x](https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00248.x) PMID: [23169693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23169693/)
 43. Bendayan R, Esteve R, Blanca MJ. New empirical evidence of the validity of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire: the differential influence of activity engagement and pain willingness on adjustment to chronic pain. *Br J Health Psychol*. 2012;17(2):314-26. DOI: [10.1111/j.2044-8287.2011.02039.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02039.x) PMID: [22107355](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22107355/)
 44. Lachapelle DL, Lavoie S, Boudreau A. The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Res Manag*. 2008;13(3):201-10. PMID: [18592056](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18592056/)
 45. Ramirez-Maestre C, Esteve R. The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *J Pain*. 2014;15(6):608-18 e1. DOI: [10.1016/j.jpain.2014.02.006](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.02.006) PMID: [24632112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24632112/)
 46. Przekop P, Haviland MG, Oda K, Morton KR. Prevalence and correlates of pain interference in older adults: why treating the whole body and mind is necessary. *J Bodyw Mov Ther*. 2015;19(2):217-25. DOI: [10.1016/j.jbmt.2014.04.011](https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.011) PMID: [25892375](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25892375/)
 47. Lewandowski AS, Palermo TM, Kirchner HL, Drotar D. Comparing diary and retrospective reports of pain and activity restriction in children and adolescents with chronic pain conditions. *Clin J Pain*. 2009;25(4):299-306. DOI: [10.1097/AJP.0b013e3181965578](https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181965578) PMID: [19590478](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19590478/)
 48. Dorner TE, Muckenhuber J, Stronegger WJ, Rasky E, Gustorff B, Freidl W. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. *Eur J Pain*. 2011;15(1):103-9. DOI: [10.1016/j.ejpain.2010.05.013](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.05.013) PMID: [20558096](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20558096/)
 49. Arean PA, Mackin S, Vargas-Dwyer E, Raue P, Sirey JA, Kanelopoulos D, et al. Treating depression in disabled, low-income elderly: a conceptual model and recommendations for care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(8):765-9. DOI: [10.1002/gps.2556](https://doi.org/10.1002/gps.2556) PMID: [20602424](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20602424/)
 50. Salazar A, Due-as M, Ojeda B. Association of painful musculoskeletal conditions and migraine headache with mental and sleep disorders among adults with disabilities. *Prev Chronic Dis*. 2014;1(27):1-11.
 51. Wahl AK, Rustoen T, Rokne B, Lerdal A, Knudsen O, Miaskowski C, et al. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Qual Life Res*. 2009;18(8):971-80. DOI: [10.1007/s11366-009-9515-x](https://doi.org/10.1007/s11366-009-9515-x) PMID: [19688608](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19688608/)
 52. Wade JB, Hart RP, Wade JH, Bajaj JS, Price DD. The Relationship between Marital Status and Psychological Resilience in Chronic Pain. *Pain Res Treat*. 2013;2013:928473. DOI: [10.1155/2013/928473](https://doi.org/10.1155/2013/928473) PMID: [24167728](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24167728/)
 53. Reese JB, Somers TJ, Keefe FJ, Mosley-Williams A, Lumley MA. Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: is a distressed marriage preferable to no marriage? *J Pain*. 2010;11(10):958-64. DOI: [10.1016/j.jpain.2010.01.003](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.01.003) PMID: [20418185](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20418185/)
 54. Kratz AL, Hirsh AT, Ehde DM, Jensen MP. Acceptance of pain in neurological disorders: associations with functioning and psychosocial well-being. *Rehabil Psychol*. 2013 58 (1): 1-9. DOI: [10.1037/a0031727](https://doi.org/10.1037/a0031727) PMID: [23437995](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23437995/)
 55. Baldassari AR, Cleveland RJ, Luong ML, Jonas BL, Consortium for the Longitudinal Evaluation of African Americans with Early Rheumatoid A, Conn DL, et al. Socioeconomic factors and self-reported health outcomes in African Americans with rheumatoid arthritis from the Southeastern United States: the contribution of childhood socioeconomic status. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:10. DOI: [10.1186/s12891-016-0882-5](https://doi.org/10.1186/s12891-016-0882-5) PMID: [26754747](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26754747/)
 56. Haetzman M, Elliott AM, Smith BH, Hannaford P, Chambers WA. Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. *Fam Pract*. 2003;20(2):147-54. PMID: [12651788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12651788/)
 57. Ramage-Morin PL, Gilmour H. Chronic Pain at ages 12 to 44 Ottawa ON: Statistics Canada; 2010. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010004/article/11389/findings-resultatseng>.
 58. Lacey RJ, Belcher J, Croft PR. Does life course socio-economic position influence chronic disabling pain in older adults? A general population study. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):534-40. DOI: [10.1093/eurpub/cks056](https://doi.org/10.1093/eurpub/cks056) PMID: [22874735](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22874735/)
 59. Alrushed AS, El-Sobkey SB, Hafez AR, Al-Ahaideb A. Impact of knee osteoarthritis on the quality of life among Saudi elders: A comparative study. *Saudi J Sport Med*. 2013;13(1):10.
 60. Manchikanti L, Benyamin RM, Helm S, Hirsch JA. Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management: part 3: systematic reviews and meta-analyses of randomized trials. *Pain Physician*. 2009;12(1):35-72. PMID: [19165297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19165297/)
 61. Wren MA, Normand C, O'Reilly D, Cruise SM, Connolly S, Murphy C. Towards the development of a predictive model of long-term care demand for Northern Ireland and the Republic of Ireland. Dublin: TCD; 2012.

The Association of Chronic Pain Acceptance, Life Style and Restriction Related Chronic Pain in Elderlies

Manouchehr Shirazi^{1,*}, Houman Manoochehri², Mansoureh Zagheri Tafreshi³, Farid Zayeri⁴, Violet Alipour⁵

¹ Nursing PhD, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Branche of Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branche of Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

* Corresponding Author: Manouchehr Shirazi, Nursing PhD, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Branche of Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Tel: +98-9163194282, E-mail: shirazimanouchehr57@gmail.com

DOI: 10.20286/nmj-24032

Received: 07.03.2016

Accepted: 23.04.2016

Keywords:

Pain Acceptance
Life Style
Restriction of Pain
Older People
Chronic Pain

How to Cite this Article:

Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F, Alipour V. The Association of Chronic Pain Acceptance, Life Style and Restriction Related Chronic Pain in Elderlies. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(3):148-158. DOI: 10.20286/nmj-24032

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: With respect to the importance of chronic pain acceptance role on coping with chronic pain in the elderly, the current study aimed to evaluate the association of chronic pain acceptance, life style with pain, and restriction related chronic pain in the elderly.

Methods: This was a descriptive-analytical research, in which 200 elderly patients with chronic pain were selected by multistage random sampling. Data were collected from Ahvaz health care centers, Iran, in 2014. Chronic pain acceptance, life style with pain, and restriction related chronic pain questionnaires were used for pain acceptance, life style with pain and restriction related chronic pain measurement, respectively. All of these questionnaires are standard instruments for elderlies. Independent t-test and linear regression by SPSS software (version 21) were conducted for data analysis.

Results: There was a positive significant relationship in pain acceptances and life style with pain ($P < 0.001$, $B = 0.41$) as well as negative significant relationship between pains acceptances and restriction related chronic pain ($P < 0.001$, $B = -0.15$). Furthermore, a negative significant relationship between life style with pain and restriction related chronic pain ($P < 0.001$, $B = -0.43$) was obtained.

Conclusions: Elderlies with more pain acceptance had better life styles with pain and lesser restrictions. Moreover, in the elderlies with better life styles with pain, lesser restrictions were observed. Therefore, application of acceptance-oriented treatments for effective pain management in the elderly is proposed.