

تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر شدت درد و سلامت روانی بیماران زن مبتلا به کمر درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی شهر تهران

نجمه حمید^۱، لیلی رمضان ساعتچی^۲، مهناز مهربابی زاده هنرمند^۳

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۲۰

تاریخ وصول: ۹۱/۹/۲۹

چکیده

زمینه: دردهای مزمن به عنوان یکی از مهم ترین معضلات پزشکی در تمام جهان بوده و خواهند بود، امروزه درمان های پزشکی و روان شناختی بسیاری از جمله درمان های شناختی - رفتاری برای کنترل و بهبود این دردها به کار گرفته می شود.

هدف: هدف از انجام این پژوهش تعیین تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر شدت درد و سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می باشد.

روش: این پژوهش از نوع آزمایشی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۳۰ زن مبتلا به کمر درد مزمن بود که از میان ۸۸ نفر مراجعه کننده به ۴ کلینیک تخصصی درد مزمن و مرکز فیزیوتراپی که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند و کمر درد مزمن در آنها توسط پرسشنامه درد مزمن تایید شد، به طور تصادفی انتخاب شدند.

۱. دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز dr_najmehamid@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز Lsaatchi@gmail.com

۳. استاد گروه روان شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز m_mehrabizade@yahoo.com

سپس این ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل نشان داد گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در مقایسه با کنترل در سطح $p < 0/001$ تاثیر معناداری داشته است. این نتایج در دوره‌ی پیگیری تداوم داشت. با توجه به یافته‌های پژوهش حاصل، می‌توان از درمان‌های شناختی-رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های حوزه روان‌شناسی برای مدیریت دردهای مزمن و بالا بردن سلامت روانی افراد مبتلا به دردهای مزمن استفاده نمود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، شدت درد، سلامت روانی، درد مزمن.

مقدمه

دردهای مزمن^۱ به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در تمام جهان بوده و خواهند بود. سالانه میلیون‌ها نفر از افراد بزرگسالی آن بوده، ولی متأسفانه درمان مناسبی دریافت نمی‌کنند (لپین^۲ و برلی^۳، ۲۰۰۴). واژه درد مزمن برای توصیف درد غیر سرطانی و مقاوم به درمان به کار برده می‌شود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبود انتظار می‌رود طول کشیده است (احدی، ایمانی، رهگذر و مسچی، ۱۳۹۰). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار روانی ناشی از درد بلکه با بسیاری از عوامل فشار آور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، روبرو می‌کند (گچل^۴، کاترین^۵ و رولینگز^۶، ۲۰۰۸). دردمزمن دردی است که در ۶ ماه حداقل ۳ ماه هر روز

-
1. chronic pains
 2. Lepine
 3. Briley
 4. Gatchel
 5. Kathryn
 6. Rorllings

یا تقریباً هر روز وجود داشته باشد. این درد ممکن است از ۳ ماه تا ۳۰ سال به طول انجامد (انجمن جهانی مطالعه درد، ۱۹۹۴).

درد مزمن کمر^۱ یکی از فراگیرترین انواع درد است که میلیون ها نفر در سراسر جهان از آن رنج می برند (زاینزن^۲، ۲۰۰۲). کمردرد دومین عامل مراجعه بیماران به پزشک است و شایع ترین علت مراجعه بعد از سرما خوردگی به شمار می آید (یوان^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). درد کمر شایع ترین درد در میان جمعیت مبتلا به درد مزمن است (نیکولاس^۴، اصغری و بلیت^۵، ۲۰۰۸). کمردرد مزمن به کمر دردی که بیشتر از ۳ ماه طول کشیده، گفته می شود (رحیمیان، ۱۳۹۰). ۲ درصد تا ۷ درصد کمر دردهای حاد به مساله‌ای پایدار و مزمن تبدیل می شوند (برتن^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). ۱۰-۶٪ افراد دارای کمر درد پایدار یا راجعه هستند و در ۱٪ تا ۲٪ موارد نیز کمر درد این افراد بهبودناپذیر، سخت و ناتوان کننده است (مورلین^۷، کمکا^۸، لویتن^۹، کوپنز^{۱۰} و وان وبک^{۱۱}، ۲۰۱۱). ۷۵ تا ۹۰ درصد مبتلایان به کمردرد حاد^{۱۲} بدون توجه به نوع درمان بهبود می یابند، ۱۰ تا ۲۵ درصد باقیمانده به درمان پاسخ نمی دهند و وارد مرحله مزمن بیماری می شوند (فریرا^{۱۳}، فریرا، لاتیمر^{۱۴}، هربرت^{۱۵} و ماهر^{۱۶}، ۲۰۰۲). اغلب افرادی که از این مشکل رنج می‌برند درطول زندگی خود در معرض مشکلات عمده جسمی و روانی نظیر

-
1. *Chronic Low Back Pain*
 2. *Zinzen*
 3. *Yuan*
 4. *Nicholas*
 5. *Blyth*
 6. *Burton*
 7. *Morlion*
 8. *Kempke*
 9. *Luyten*
 10. *Coppens*
 11. *Van Wambeke*
 12. *Acute Low Back Pain*
 13. *Ferreira*
 14. *Latimer*
 15. *Herbert*
 16. *Maher*

کاهش عملکردهای جسمی، روانی و اجتماعی، کاهش سلامت عمومی و ایجاد دردهای ثابت و یا دوره‌ای هستند (کلایبرن^۱، وندربورگ^۲، کراس^۳ و لیونگ^۴، ۲۰۰۲). درد مزمن از مشکلات اصلی بهداشت عمومی است. مطالعات همه گیرشناسی گزارش دادند که یک پنجم جمعیت عمومی اروپا و آمریکا تحت تاثیر درد مزمن قرار دارند (بریویک^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). درد مزمن باعث ایجاد ناتوانی و درد و رنج قابل توجه شخصی می شود همچنین تخمین زده می شود، سالیانه هزینه های عظیم اقتصادی و اجتماعی برای دولت ایالات متحده خواهد داشت (کراگر^۶ و استون^۷، ۲۰۰۸). پژوهش های انجام شده در زمینه بررسی تاثیرات کمردرد مزمن در وضعیت روانی بیماران مبتلا، حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی در بین آنها نسبت به جمعیت عادی است (درش^۸، گچل^۹ و پولاتین^{۱۰}، ۲۰۰۲، رومونو^{۱۱} و ترنر^{۱۲}، ۱۹۸۵). طی سالیان متمادی، پزشکان روش های گسترده ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده اند. (هافمن^{۱۳}، پاپاز^{۱۴}، چاتکف^{۱۵} و کرنز^{۱۶}، ۲۰۰۷). به دنبال شکست درمان های طبی و معرفی ابعاد سه گانه درد توسط ملزاک^{۱۷} و وال^{۱۸} در نظریه کنترل دروازه ای درد^{۱۹} که شدت و ماهیت درد

-
1. Claiborne
 2. Vandenburg
 3. Krause
 4. Leung
 5. Breivik
 6. Krueger
 7. Stone
 8. Dresh
 9. Gatchel
 10. Polatine
 11. Romono
 12. Turner
 13. Hoffman
 14. Papas
 15. Chatkoff
 16. Kerns
 17. Melzack
 18. Wall
 19. Gate Control Theory

را تابعی از مکانیسم های حسی، شناختی و عاطفی می دانستند، نقش عوامل روان شناختی و درمان های مبتنی بر این عوامل مورد توجه قرار گرفته اند (ترک^۱ و موناریچ^۲، ۲۰۰۶). یکی از این روش ها درمان شناختی- رفتاری^۳ درد مزمن می باشد. در رویکرد شناختی- رفتاری درد مزمن فرض می شود که توجه به عوامل عاطفی و شناختی موثر بر رفتار درد منجر به بهبود و حفظ نتایج درمانی می شود. این فرض کاملاً با نظریه کنترل دروازه ای درد که نشان می دهد ادراک درد برآیند تعامل پیچیده ی محرک های آوران از گیرنده های درد و عوامل واسطه ای مثل محرک های وایران، حوادث محیطی، واکنش های هیجانی و شناخت ها می باشد، سازگار است (گچل و ترک، ۲۰۰۲، ترجمه اصغری مقدم، نجاریان، محسن محمدی و دهقانی، ۱۳۸۱).

نتایج سه مورد فراتحلیلی که دست آوردهای پژوهشی بین سالهای ۱۹۸۳ تا ۲۰۰۱ را مورد تحلیل قرار داده است (فلور^۴، فدریچ^۵ و ترک، ۱۹۹۲؛ مورلی^۶، اکلستون^۷ و ویلیامز^۸، ۱۹۹۹؛ گوزمن^۹، اسماعیل^{۱۰} و کارجالین^{۱۱}، ۲۰۰۱) نشان داده است که درمان شناختی- رفتاری درد مزمن، در مقایسه با گروه کنترل و نیز در مقایسه با درمان هایی که کاهش در شدت درد را هدف خود قرار داده بود، توانسته است به طور معنی داری در شدت درد، افسردگی، رفتارهای اجتنابی، اضطراب و رفتارهای درد کاهش بوجود آورد. با توجه به این مساله که پژوهش های زیادی در رابطه با سلامت روانی^{۱۲} و کاهش درد در زنان مبتلا به کمردرد مزمن در داخل

-
1. Turk
 2. Monarch
 3. Cognitive-Behavioral Therapy
 4. Flor
 5. Fidrich
 6. Morley
 7. Eccleston
 8. Williams
 9. Guzman
 10. Esmail
 11. Karjalainen
 12. Mental Health

کشور مشاهده نشده است و شیوع زیاد آن در میان جمعیت زنان و همچنین آسیب عظیم اقتصادی و اجتماعی آن، بنابراین، در پژوهش حاضر مساله اصلی این است که آیا درمان شناختی- رفتاری بر کاهش شدت درد و سلامت روانی زنان مبتلا به کمردرد مزمن موثر است؟

روش پژوهش

جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر عبارت است از کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به کمردرد مزمن، که در زمستان ۱۳۹۰ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کردند. نمونه آزمون فرضیه‌ها شامل دو گروه آزمایش و کنترل بود که برای تعیین این نمونه ۸۸ نفر مراجعه کننده به ۴ کلینیک تخصصی درد مزمن و مرکز فیزیوتراپی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند پرسش نامه درد مزمن علی‌اصغری را پر کردند و از میان کسانی که وجود کمردرد مزمن در آنها توسط پرسش نامه تایید شد، ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی به یکی از گروه‌های آزمایشی یا کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش و گروه کنترل به پرسشنامه‌ی سلامت روانی و مقیاس شدت درد پرسش نامه چند وجهی درد پاسخ دادند. سپس ۱۱ جلسه‌ی ۷۰ دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری بر روی گروه آزمایش اجرا شد. این پژوهش، از نوع طرح نیمه تجربی و شامل دو گروه آزمایشی و کنترل بود. در این طرح گروه آزمایش در معرض مداخله آزمایشی (متغیر مستقل) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. طرح پژوهشی شامل پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری بود. در این پژوهش از پرسش نامه پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (*GHQ28*) استفاده شد. پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۵) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش دادند و همچنین در اعتباریابی این پرسشنامه، روی ۶۱۹ نفر از افراد بالاتر از ۱۶ سال، حساسیت و ویژگی، کارایی و میزان اشتباه در طبقه بندی را در مردان ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۶۴ و برای زنان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴، ۰/۶۴ به دست آوردند. همچنین از خرده مقیاس شدت درد پرسش نامه چند وجهی درد برای اندازه‌گیری شدت درد استفاده شد. پرسشنامه چند وجهی درد شامل ۳ بخش است که خرده

مقیاس شدت درد مربوط به بخش اول این پرسشنامه است. کرنز و هایتورون توایت^۱ (۱۹۸۸) حساسیت بالینی این پرسشنامه را نسبت به تغییراتی که در نتیجه درمان در شدت درد در بیمار روی می دهد را مستند کرده اند.

لینتون، جنسن، بودین^۲، نیگرن^۳ و کارلوسن^۴ (۱۹۹۸) و لوزبرگ^۵ و همکاران (۱۹۹۹) در بررسی منابع پژوهشی مرتبط با بررسی اعتبار و روایی این پرسشنامه در جوامع مختلف، پایایی و اعتبار آن را مطلوب ارزیابی کردند. مطالعه اعتبار و روایی بخش اول و دوم نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های ابزار را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده ای هر خرده مقیاس را بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ نشان داد (اصغری و گلک، ۱۳۸۷). در مطالعات میرزمانی (۲۰۰۵) روایی بخش اول پرسشنامه براساس آزمون آلفای کرنباخ عدد ۰/۸۶ روایی بخش دوم پرسشنامه عدد ۰/۷۸ می باشد. روایی بخش سوم پرسشنامه عدد ۰/۷۵ می باشد.

یافته ها

در این قسمت به توصیف یافته های پژوهش می پردازیم:

-
1. Haythornthwaite
 2. Bodin
 3. Nygeren
 4. Carlson
 5. Lousberg

جدول ۱-۱. میانگین، انحراف معیار نمره های شدت درد و سلامت روان در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مرحله	شاخص های آماری			
	میانگین شدت درد	انحراف معیار شدت درد	میانگین سلامت روان	انحراف معیار سلامت روان
پیش آزمون	۴/۱۵	۱/۰۳	۳۳/۴۶	۱۲/۹۱
	۴/۰۵	۰/۷۸	۳۲/۰۳	۹/۸۴
پس آزمون	۲/۷۶	۱/۱۸	۱۷/۲۳	۹/۶۸
	۳/۸۹	۱/۱۲	۳۴/۸۴	۸/۸۳
پیگیری	۲/۸۲	۰/۶۸	۱۸/۵۳	۹/۰۵
	۴	۱/۰۲	۳۴/۴۶	۸/۲۰

همان طور که جدول ۱-۱ نشان می دهد. در گروه آزمایش میانگین نمره های شدت درد در مرحله ی پیش آزمون (۴/۱۵)، در مرحله ی پس آزمون (۲/۷۶) و در مرحله ی پیگیری (۲/۸۲) می باشد. معنی داری این کاهش در قسمت یافته های مرتبط با فرضیه های پژوهش بررسی خواهد شد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره های شدت درد در مرحله ی پیش آزمون (۴/۰۵)، در مرحله ی پس آزمون (۳/۸۹) و در مرحله ی پیگیری (۴) می باشد. همچنین، در گروه آزمایش میانگین نمره های سلامت روان در مرحله ی پیش آزمون (۳۳/۴۶)، در مرحله ی پس آزمون (۱۷/۲۳) و در مرحله ی پیگیری (۱۸/۵۳) می باشد. معنی داری این افزایش در قسمت یافته های مرتبط با فرضیه های پژوهش بررسی خواهد شد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره ی سلامت روان در مرحله ی پیش آزمون (۳۲/۰۳)، در مرحله ی پس آزمون (۳۴/۸۴) و در مرحله ی پیگیری (۳۴/۴۶) می باشد.

در این پژوهش دو فرضیه مورد آزمون قرار گرفت، که به تحلیل داده های حاصل از

پژوهش می پردازیم:

گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن تأثیر دارد.

۱-۱- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش شدت درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می شود.

۱-۲- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می شود.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه ۱ و دو زیر فرضیه مربوط به آن در جداول ۱-۲ و ۱-۳ نشان داده شده است.

جدول ۱-۲. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون سلامت روانی و شدت درد گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
اثر پیلای ^۱	۰/۹۱	۱۱۱/۸۹	۲	۲۱	۰/۹۱	۱	$P < ۰/۰۰۱$
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۰۸	۱۱۱/۸۹	۲	۲۱	۰/۹۱	۱	$P < ۰/۰۰۱$
اثر هتلینگ ^۳	۱۰/۶۵	۱۱۱/۸۹	۲	۲۱	۰/۹۱	۱	$P < ۰/۰۰۱$
بزرگترین ریشه روی ^۴	۱۰/۶۵	۱۱۱/۸۹	۲	۲۱	۰/۹۱	۱	$P < ۰/۰۰۱$

مندرجات جدول ۱-۲ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۱ پژوهش حاضر تایید گردید. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (سلامت روان و شدت درد) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوانجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول

1. Pillai Trace
2. Wilks' lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

۴-۶ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل در پژوهش حاضر ۰/۹۱ و توان آماری آزمون برابر ۱ می باشد.

جدول ۱-۳ نتایج حاصل از فرضیه های ۱-۱ و ۱-۲، را نشان می دهد:

جدول ۱-۳. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون شدت درد و سلامت روان گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
شدت درد	۹/۵۷	۱	۹/۵۷	۶۰/۷۲	۰/۷۳	۱	$P < ۰/۰۰۱$
سلامت روان	۲۲۰۵/۶۷	۱	۲۲۰۵/۶۷	۲۰۰/۶۲	۰/۹۰	۱	$P < ۰/۰۰۱$

با توجه به مندرجات جدول ۱-۳، مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون، از لحاظ متغیر شدت درد در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. براین اساس، می توان بیان داشت فرضیه ۱-۱ پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۷۳ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر شدت درد توجه مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می باشد.

همچنین در جدول ۱-۳، مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر سلامت روان نیز در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. در نتیجه فرضیه ۱-۲ پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۹۰ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر متغیر سلامت روان مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می باشد.

فرضیه دوم پژوهش و فرضیه های فرعی آن عبارتند از:

گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در پیگیری یک ماهه تاثیر دارد.

۱-۲- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش شدت درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در پیگیری یک ماهه می شود.

۲-۲- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در پیگیری یک ماهه می شود.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه ۲ و دو زیر فرضیه مربوط به آن در جداول ۴-۱ و ۵-۱ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های سلامت روان و شدت درد گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
اثر پیلا	۰/۹۰	۱۰۰/۰۸	۲	۲۱	۰/۹۰	۱	$P < ۰/۰۰۱$
لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۱۰۰/۰۸	۲	۲۱	۰/۹۰	۱	$P < ۰/۰۰۱$
اثر هتلینگ	۹/۵۳	۱۰۰/۰۸	۲	۲۱	۰/۹۰	۱	$P < ۰/۰۰۱$
بزرگترین ریشه روی	۹/۵۳	۱۰۰/۰۸	۲	۲۱	۰/۹۰	۱	$P < ۰/۰۰۱$

مندرجات جدول ۴-۱ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۲ پژوهش حاضر تایید گردید. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (شدت درد و سلامت روان) بین دو گروه در مرحله ی پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۵-۱ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل در پژوهش حاضر ۰/۹ و توان آماری آزمون برابر ۱ می باشد.

جدول ۵-۱ نتایج حاصل از فرضیه های ۱-۲ و ۲-۲، را نشان می دهد.

جدول ۱-۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا را بر روی میانگین نمره های پیگیری آزمون سلامت روان و شدت درد گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	<i>F</i>	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
شدت درد	۱۰/۱۱	۱	۱۰/۱۱	۸۶/۰۴	۰/۷۹	۱	$p < ۰/۰۰۱$
سلامت روان	۱۶۴۶/۱۱	۱	۱۶۴۶/۱۱	۱۴۲/۷۵	۰/۸۶	۱	$p < ۰/۰۰۱$

با توجه به مندرجات جدول ۱-۵، مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله ی پیگیری، از لحاظ متغیر شدت درد در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. بر این اساس، می توان بیان داشت فرضیه ۱-۲ پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۷۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر شدت درد مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می باشد.

همچنین در جدول ۱-۵، مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مرحله ی پیگیری، از لحاظ متغیر سلامت روان نیز در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. در نتیجه فرضیه ۲-۲ پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۸۶ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر سلامت روان مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می باشد.

بحث و نتیجه گیری

تاثیر اجرای برنامه شناختی- رفتاری بر شدت درد را می توان این طور تبیین کرد که آموزش مواردی که دروازه را می بندد، باعث می شود انتقال بیشتر پیام های درد به مغز متوقف شود، در نتیجه درد کاهش یابد. آموزش فنون آرام سازی (تنفس شکمی، آرامسازی عضلانی پیشرونده، تصویر سازی دیداری)، معرفی افکار خود آیند و بازسازی شناختی، برنامه ریزی فعالیت خوشایند و همچنین آموزش فعالیت زمان مند باعث انجام فعالیت متناسب و تعادل بین کار، سرگرمی، استراحت و فعالیت اجتماعی می شود که با توجه به نظریه کنترل دروازه ای

درد این امر باعث کاهش شدت درد می شود. این یافته تاکید بر کارایی الگوی شناختی- رفتاری بر کاهش شدت درد است که پیش از این در پژوهش های فلور و همکاران (۱۹۹۲)، استورانگک (۱۹۹۸)، مورلی و همکاران (۱۹۹۹)، گوزمن و همکاران (۲۰۰۱)، مک کراکن و ترک (۲۰۰۲)، بلاجنبرگ و همکاران (۲۰۰۳)، کالبر- مافت و همکاران (۱۹۹۹ و ۲۰۰۳)، برنز و همکاران (۲۰۰۳)، کارجالاین و همکاران (۲۰۰۳)، چن و همکاران (۲۰۰۴)، اسپینهن و همکاران (۲۰۰۴)، ولنبروک هاتن و همکاران (۲۰۰۴)، تاترو و مونتگووی (۲۰۰۶)، استلو (۲۰۰۶)، پول و همکاران (۲۰۰۶)، چو و همکاران (۲۰۰۷)، بوگارت و همکاران (۲۰۰۷)، ناصری (۱۳۸۳)، محرابیان (۱۳۸۸)، رحمان بوگر (۱۳۹۰) و گلچین (۱۳۹۰) تاکید گشته بود.

تأثیر درمان شناختی- رفتاری در بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن را می توان این طور تبیین کرد که این درمان در وهله ی اول کمک به بیماران برای دستیابی مفهوم تازه از درد است. در جلسات درمان شناختی- رفتاری، ابتدا به معرفی نظریه های تبیین کننده درد مزمن پرداخته می شود. شرح نظریه کنترل دروازه ای درد و دادن آگاهی به بیماران که عوامل شناختی (افکار، باورهای درباره درد)، عوامل هیجانی، فعالیت ها و عوامل اجتماعی (مانند درگیری منطقی با دیگران) می تواند در باز و بسته شدن دروازه درد و در نتیجه افزایش و کاهش شدت درد موثر باشد، می تواند در جهت کاهش تعبیر و تفسیرهای غلط، فاجعه آفرینی و غیرقابل کنترل دانستن درد اثر گذار باشد. درمانگر تلاش می نماید افکار غیر منطقی و ناکارآمد برانگیزاننده ی علائم اضطراب و افسردگی در بیماران را شناسایی کند و بیمار را نسبت به نقش این عوامل در بیماری آگاه کند، سپس افکار صحیح تری را جایگزین این افکار نماید. در جلسات درمان شناختی- رفتاری به مرور افکار خودآیند منفی و اینکه این افکار به هیجان های منفی (مانند اضطراب و افسردگی) منجر می شود، پرداخته می شود. لیستی از خطاهای شناختی که منجر به افکار منفی درباره درد می شود مرور می شود و به بیماران آموزش داده می شود تا به شناسایی این افکار و هیجان های همراه آن بپردازند. سپس

تکنیک‌های بازسازی شناختی به آنها آموزش داده می‌شود، به بازسازی این افکار و جایگزینی آنها با افکار سازگارانه تر و مثبت تر پردازند (اوتیس، ۲۰۰۷، ترجمه محمدی و علی بیگی، ۱۳۹۰). یکی دیگر از اهدافی که درمان شناختی- رفتاری دنبال می‌کند، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فعال به بیماران در جهت کنترل درد است. درمان شناختی- رفتاری راهبردهای مقابله‌ای فعال مانند فعالیت علی رغم وجود درد را، با تکنیک فعالیت زمان مند و تکنیک برنامه ریزی فعالیت که جایگزین چرخه درد- استراحت می‌شود، محقق می‌نماید. استفاده از این تکنیک‌ها منجر به احساس کنترل درد، کاهش افکار منفی خودآیند و افزایش احساس کفایت در فرد می‌شود، که در نهایت منجر به کاهش علائم افسردگی و علائم اضطراب و بهبود سلامت روانی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌شود (وکیلی و همکاران، ۱۳۸۸). این یافته تأکیدی بر کارایی الگوی شناختی - رفتاری بر سلامت روان است که پیش از این در پژوهش‌های فلور و همکاران (۱۹۹۲)، استورانگ (۱۹۹۸)، مورلی و همکاران (۱۹۹۹)، گوزمن و همکاران (۲۰۰۱)، مک کراکن و ترک (۲۰۰۲)، کالبر- مافت و همکاران (۱۹۹۹ و ۲۰۰۳)، کارجالاین و همکاران (۲۰۰۳)، ولنبروک هاتن و همکاران (۲۰۰۴)، تاترو و موننگوی (۲۰۰۶)، بوگارت و همکاران (۲۰۰۷)، فلینک و همکاران (۲۰۰۹)، پولادی ریشه‌ری و همکاران (۱۳۸۰)، ناصری (۱۳۸۳)، محرابیان (۱۳۸۸)، وکیلی (۱۳۸۹)، رحمان بوگر و طباطبائیان (۱۳۹۰) و رحمان بوگر (۱۳۹۰) تأکید شده است. همچنین ثبات نتایج در مرحله پیگیری را می‌توان این طور تبیین کرد که اجرای برنامه پیشگیری از عود و بروز مجدد درد که شامل آموزش مدیریت بروز مجدد درد و مرور پیشرفت بیمار است موجب می‌شود، تا نتایج در مرحله پیگیری باقی بماند (اوتیس، ۲۰۰۷، ترجمه محمدی و علی بیگی، ۱۳۹۰).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در زمینه کاهش شدت درد و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به کمر درد مزمن مفید باشد. این پژوهش تنها در مورد بیماران زن مبتلا به کمر درد مزمن اجرا شد و در مورد تعمیم آن به نمونه‌ی مذکر باید احتیاط نمود. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش فوق می‌توان پیشنهاد داد که پژوهش برای

بیماران مذکور مبتلا به درد مزمن کم‌اجرا شود، اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری با سایر درمان‌های مطرح در حوزه روان شناسی مقایسه شود و درمان‌های پزشکی مقایسه شود و همچنین توصیه می‌شود با توجه به رشد روزافزون مراکز پزشکی تحت عنوان کلینیک‌های درد مزمن، در این مراکز از روان‌شناسان مسلط به درمان‌های شناختی- رفتاری به عنوان یکی از اعضای تیم درمان استفاده شود.

منابع فارسی

- احدی، حسن، ایمانی، فرناد، رهگذر، مهدی و مسچی، فرحناز. (۱۳۹۰). مقایسه نشانگان بالینی بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد عادی. *اندیشه و رفتار*، دوره ۵، شماره ۱۹.
- اصغری مقدم، محمد علی و گلک، ناصر. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چند وجهی درد در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن. *مجله روان‌شناسی*، شماره ۴۵، ۵۰-۷۲.
- اوتیس، جان. دی. (۲۰۰۷). راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری درد مزمن. ترجمه فرزانه محمدی و ندا علی بیگی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- پالاهنگ، حسن، نصر، مهدی، براهنی، محمد تقی و شاه محمدی، داود. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، شماره ۴، ۱۹-۲۷.
- پولادی ریشه‌ری، ا... کرم، نجاریان، بهمن، شکر کن، حسین و مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی روش‌های درمان شناختی، تن‌آرامی و رفتاری در بهبود کم‌درد مزمن در دبیران مرد دبیرستانهای شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی شهر اهواز*، شماره‌های ۱ و ۲، ۴۹-۷۲.
- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q-28) بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان‌شناختی*، شماره ۴، ۳۸۱-۳۹۸.

رحیمیان بوگر، اسحق و طباطبائیان، مریم (۱۳۹۰). تاثیر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن پی گیری ۴ ماهه. *مجله کومش*، شماره ۴۲.

رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۰). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر بهبود علایم چند وجهی درد در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن پی گیری ۴ ماهه. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*.

گچل، رابرت ج. و ترک، دنیس سی. (۲۰۰۲). روان‌شناسی درد (رویکردهای کنترل و درمان). ترجمه محمد علی اصغری مقدم، بهمن نجاریان، سید محمد محسن محمدی و محسن دهقانی (۱۳۸۱). تهران: انتشارات رشد.

گلچین، ندا؛ جان بزرگی، مسعود؛ علی پور، احمد؛ آگاه هریس، مژگان. (۱۳۹۰). اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری در به کارگیری راهبردهای مقابله ای و کاهش درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *اصول بهداشت روانی*. شماره ۵۰. ۱۶۰-۱۶۹.

محرابیان، نرگس. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله تلفیقی شناختی-رفتاری کنترل درد و خشم بر کاهش افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد روزانه بیماران دارای کمردرد مزمن در مقایسه با گروه کنترل. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد.

ناصری، محسن. (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی، شدت درد ادراک شده و ناتوانی حاصل از درد در مبتلایان به آرتریت روماتوئید، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی تهران.

وکیلی، نجمه، طاهر نشاط دوست، حمید، عسگری، کریم، رضایی، فاطمه و نجفی، محمد رضا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری مدیریت درد بر افسردگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. *مجله روان‌شناسی*، شماره ۴، ۱۱-۱۹.

منابع انگلیسی

- Bogaret, R. K., & et al. (2007). Efficacy of group cognitive behavior therapy for the treatment of masticatory myofascial pain. Psychology journal, 172, 169-174.*
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., and Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur. J. Pain, 10, 287-333.*

- Burns, J. W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. N., & Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *J Consult Clin Psychol*, 71, 81-91.
- Burton, A. K., Balague, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A. & et al. (2005). How to prevent low back pain. *Best Pract ResClin Rheumatol* , 19, 541-555.
- Chen, E., Cole ,S. W., & Kato, P. M. (2004). A review of empirically supported psychosocial interventions for pain and adherence outcomes in sickle cell disease. *J Pediatr Psychol*, 29, 197-209.
- Chou, R., Qaseem, A., Snow, V. (2007). For the clinical efficacy assessment subcommittee of the American college of physician, American pain society low back pain: a joint clinical practice guideline from the American college of physicians and the American pain society [published correction appears in *Ann intern Med*. 2008;148(3):247-248]. *Ann intern Med*, 147(7), 478-491.
- Claiborne, N., Vandenburg, H., Krause ,T. M., & Leung, P. (2002). Measuring quality of life changes in individuals with chronic low back conditions: A back education program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 25, 61-70.
- Dresh, J., Gatchel, R., & Polatine, P. B. (2002). Chronic spinal disorders and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 1, 88-94.
- Ferreira, M. L., Ferreira, P. H., Latimer, J., Herbert, R., & Maher, C. (2002). Dose spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain? *Aust Journal Physiology*, 48, 277-282.
- Flink, I. K., Nicholas, M. K., Boersma, K., Linton, S. J. (2009). Reducing the threat value of chronic pain: A preliminary replicated single- case study of interceptive exposure versus distraction n six individuals with chronic back pain. *Behavior research and therapy*, 47, 721-728.
- Flor, H., Fidrich, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment center. A meta-analytic. *Pain*, 49, 221-230.
- Gatchel, R. J., Kathryn, H. R. (2008). Evidence- informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The Spine Journal*, 8, 40-44.
- Guzman, J., Esmail, R., & Karjalainen, K. (2001). Mulitdisciplinay rehabilitation for c b p: Systematic review. *BMJ*, 322, 1511-1516.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological intervention for chronic low back pain. *Health Psychology*, 27, 1-9.
- International Association for The study for pain, (1994). Classification of chronic pain. International Association for the study of pain press Seattle.
- Kalber- Maffett, J., Torgerson, D., Bell-Sayer, S. (1999). Exercise for low back pain: clinical out comes, costs and preferences. *British Medical Journal*, 319, 279-283.

- Kalber-Maffett, J. A., Carr, J., Howarth, E. (2004).** *High fear avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain.* *Spine*, 29, 1167-1173.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., Van Tulder, M, et al. (2003).** *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults.* *Cochrane database syst rev*: (2): CD002193.
- Kerns, R. D, Haythornthwaite, J. A. (1988).** *Depression among chronic pain patients: cognitive behavioural analysis and effect on rehabilitation outcome.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 870-876.
- Krueger, A. B., & Stone, A. A. (2008).** *Assessment of pain: A community-based diary survey in the USA.* *Lancet*, 371, 1519-1525.
- Lepine, J. P., & Briley, M. (2004).** *The epidemiology of pain in depression.* *Psychopharmacology Journal*, 19, 3-7.
- Linton, S. J., Jensen, I. B., Bodin, L., Nygeren, L. A., & Carlson, S. G. (1998).** *Reliability and Factor structure of the Multidimensional pain inventory –Swedish language Version (MPI-S).* *Pain*, 75, 101-110.
- Lousberg, R., Van reuken, G. I., Groenman, N. H, Schmite, A. J. N., Arnetz, A., & Winter, F. A. (1999).** *Psychometric properties of the Multidimensional pain inventory. Dutch language version (MPI-DIV).* *Behavior and Research Therapy*, 37, 167-182.
- Main, C., Sullivan, M., & Watson, P. (2008).** *Pain management: practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings.*
- Mccracen, L. M., Turk, D. C. (2002).** *Behavioral and cognitive behavioral treatment for chronic pain.* *Spine*, 27, 2564-2573.
- Mirzamani, S. M. & et al. (2005).** *Anxiety and depression in patients with lower back pain.* *Psychological reports*, 96, 553-558.
- Morley, S. J., Eccleston, C., & Williams, A. (1999).** *Systematic review and meta analysis of randomized control trials of cognitive –behavior therapy for chronic pain in adults excluding headache.* *Pain*, 80, 1-13.
- Morlion, B., Kempke, S., Luyten, P., Coppens, E., & Van Wambeke, P. (2011).** *Multidisciplinary Pain Education Program (MPEP) for chronic pain patients: preliminary evidence for effectiveness and mechanisms of change.* *Curr Med Res Opin*, 27 (8), 1595-601.
- Nicholas, M. K. (2007).** *The pain self- efficacy questionnaire: taking pain into account.* *Euro J pain*, 11, 153-163.
- Nicholas, M. k., Asghari, A., & Blyth, F. M. (2008).** *What do the numbers mean? Normative data in chronic pain measures.* *Pain*. 134:158-173.
- Ostelo, R. W. J. G., Van Tulder, M. W., & Vlayen, J. W. S. (2006).** *Behavioural treatment for chronic low back pain.* *The Cochran Database of Systematic Reviews*, issue 1, art no: CD002014. DOI: 10.1002/14651858.CD002014.
- Pool, J. J., Ostelo, R. W., Koke, A. J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2006).** *Comparison of the effectiveness of a behavioral graded activity program and*

- manual therapy in patients with sub-acute neck pain: Design of a randomized clinical trial. Man Ther . 11, 297-305.*
- Spinhoven, P., Ter Kuile , M. N., Kole-Snijders, A. M. J ., Hutten Mansfield, M., Den Outen, D. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2004). Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. Eur J Pain , 8, 211-9.*
- Tatrow, K. & Montgomery, G. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta- analysis. Journal of behavioral medicine, 29, 34-45.*
- Turk, D. C., & Flor, H. The cognitive-behavioral approach to pain Management. (2006). In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. London: Elsevier Churchill Livingstone.*
- Vollenbroek- Hutten, M. M., Rinket, J., Lizerman, M. J. (2004). Differences of chronic low back pain patients defined using two multi-axial assessment instruments: the multidimensional pain inventory and lumbar dynamometry. Clin Rehabil, 18 (5), 566-579.*
- Yuan, J., Purepong, N., Kerr, D. P., Park, J., Bradbury, I., & McDonough, S. (2008). Effectiveness of acupuncture for low back pain: A systematic review. Spine, 33, 887-900.*
- Zinzen, E. (2002). Epidemiology: Musculoskeletal problem in Belgium nurses. In: T, Reliy, editor. Musculoskeletal disorders in health - related occupations. Ohmsha: Ios Press, 41-67.*