

بررسی اثربخشی روشهای درمان شناختی، تن آرامی و رفتاری در بهبود کمردرد مزمن در دبیران مرد دبیرستانهای شهر اهواز

دکتر... کرم پولادی ریشه‌ری *

دکتر بهمن نجاریان **

دکتر حسین شکرکن **

دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند **

چکیده

تحقیق حاضر اثربخشی درمانهای شناختی، تن آرامی و رفتاری را در گروهی از دبیران شهر اهواز که مبتلا به کمردرد مزمن بودند مورد ارزیابی قرار داد. روش این تحقیق آزمایشی بود. جمعیت هدف این تحقیق را دبیران مرد شهر اهواز تشکیل می دادند. نمونه تحقیق شامل ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به کمردرد مزمن می باشد که به طور تصادفی از بین بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انتخاب و به گروههای آزمایشی (شناخت درمانی، رفتار درمانی، تن آرامی) و گروه گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۵ نفر). شیوه‌های مداخله (درمان) در این تحقیق عبارت بودند از: الف) مصون سازی در مقابل درد (میکنیام و ترک، ۱۹۷۶)، ب) کنترل محرک (کانفر، ۱۹۸۰)، ج) تن آرامی عضلانی پیشرونده (جاکوبسن، ۱۹۶۲). چهار شاخص بهبودی در تحقیق حاضر در نظر گرفته شده که شامل بهبود باورهای درد، بهبود رفتار درد، بهبود خودکفایی درد و بهبود افسردگی بود. ابزارهای درد (زارکوفسکا، ۱۹۸۸)، آزمون خودکفایی درد (نیکولاس، ۱۹۸۹)، آزمون افسردگی (بک، ۱۹۶۱) و آزمون درد مزمن (اصغری مقدم، ۱۳۷۴) بودند. نتایج مرحله اول تحقیق بیانگر پایایی و اعتبار مطلوب و رضایت بخش این آزمونها می باشد. نتایج آماری نشان داد که روشهای درمان در بهبود کمردرد مزمن در آزمودنیها مؤثر بوده اند. تحلیل واریانس یک

* عضو هیأت علمی دانشگاه بوشهر

** عضو هیأت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

رامه تناصل میانگین نمره‌های آزمودنیهای گروه‌های مختلف، در دو مرحله اجرای آزمونهای مربوط به درد مرمین، حاکی از تفاوت معنی‌دار بین گروههای درمانی در شاخصهای بهبودی بود. آزمون توکی، نشان داد که گروه شناخت درمانی و گروه تن آرامی عضلانی در بهبود باورهای درد و کاهش افسردگی تفاوتی معنی‌داری با گروه گواه ظاهر ساختند. حال آنکه، چنین یافته‌ای در گروه رفتاردرمانی دیده شد. وانگهی، هر سه گروه درمان‌شناختی، تن آرامی و رفتاری در خودکفایی درد و بهبود رفتارهای درد، تفاوتی معنی‌داری با گروه گواه نشان دادند. افزون بر آنچه گفته شد، نتایج آماری حاصل از بررسی مقایسه‌ای روشهای درمانی نشان داد که این روشها از لحاظ میزان کارایی تفاوتی معنی‌داری با یکدیگر داشتند.

کلید واژگان: درمان شناختی، تن‌آرامی، درمان رفتاری، کمردرد مزمن

مقدمه

احساس درد^۱ تجربه‌ای است که معمولی‌ترین نشانه بیماری یا آسیب به شمار می‌آید و فرد را نیازمند مراقبت بهداشتی و درمانی می‌نماید. درد، جهان شمول‌ترین فشاری است که باید با آن مبارزه کرد. هیچ یک از علایم و نشانه‌های جسمانی به گستردگی درد نمی‌باشد. از ابتدای تاریخ مدون بشری، تلاش برای کنترل درد یکی از اهداف مهم انسان بوده است. در پاپیروسهای مصریان مربوط به ۴۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح نوشته‌های مربوط به درد مشاهده شده است. مادامی که درد به عنوان یک علامت خطر، اختلالی جدی در کارکردهای بدن باشد و یا به دنبال حوادث و آسیبهای فیزیکی ایجاد شود، می‌تواند به عنوان عاملی در خدمت بقاء و حیات انسان محسوب گردد. اما، اگر در غیاب هرگونه آسیب بافتی و ارگانیکی به صورت مستمر و عودکننده ظاهر شود، تبدیل به معضلی پیچیده و بغرنج می‌گردد که اثرهای تلخ و ناخوشایند خود را در ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی و اجتماعی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌نماید (آرنوف، ۱۹۸۵). در طول بیست سال گذشته، روانشناسی درد به عنوان بخشی محوری در پژوهش و درمان مورد توجه قرار گرفته است.

متخصصان، طبقه‌بندیهای متعددی از درد به عمل آورده‌اند. استرنباخ^۳ (۱۹۷۴) از درد روان‌زاد^۴ در مقابل درد عضوی سخن به میان می‌آورد. شیلدن برگ^۵ و دوآل^۶ (۱۹۸۵) درد خوش خیم را در برابر درد بدخیم مطرح می‌کنند (به نقل از هولمبرگ، ۱۹۸۸). بونیکا^۷ (۱۹۷۷) درد حاد^۸ را در مقابل درد مزمن^۹ قرار می‌دهد. در تحقیق حاضر، درد مزمن، اصطلاحی است که برای توصیف آن گروه از دردهای مزمن غیرسرطانی مقاوم به درمان گفته می‌شود که علی‌رغم درمانهای انجام شده، بیش از شش ماه تداوم یابند (اصغری مقدم، ۱۳۷۶).

رویکردهای روان‌شناختی تلاش کرده‌اند تا علل درد مزمن را تبیین کنند. روانکاوان، با تمرکز بر ناخودآگاه کوشیده‌اند تا مفهوم درد را در پرتو تجربیات اضطراب‌زا و متعارض دوران کودکی تبیین نمایند (میلر^{۱۰}، ۱۹۹۳). رفتارگرایان، اصول شرطی‌سازی و نظام تقویت و تنبیه را در استقرار و تداوم درد مزمن مؤثر می‌دانند (فوردایس^{۱۱}، ۱۹۹۰).

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1- Pain | 2- Aronoff |
| 3- Sternbach | 4- Psychogenic |
| 5- Schildenberg | 6- Duall |
| 7- Bonica | 8- Acute Pain |
| 9- Chronic Pain | 10- Miller |
| 11- Fordyce | |

غیبتهای شغلی در جوامع صنعتی به علت کمردرد مزمن می باشد (کلارک^{۱۴}، گوس نل^{۱۵} و شاپیرو^{۱۶}، ۱۹۷۷). یک بررسی در استرالیا نشان داده است که ۸٪ از کل جمعیت به کمردرد مزمن مبتلا هستند (مؤسسه بهداشت رفاه استرالیا^{۱۷}، ۱۹۹۲).

طی سالیان متمادی، پزشکان گستره‌ای از روشها را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند (ملزاک^{۱۸} و وال^{۱۹}، ۱۹۷۵). امروزه، روشهای روانشناختی هم به صورت جداگانه و هم به صورت توأم با سایر روشهای پزشکی، در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. تحقیقات انجام شده بیانگر کارایی و تأثیر بالای روشهای درمان روانشناختی است (ملزاک و وال، ۱۹۷۵؛ و ترنر^{۲۰} و چاپمن^{۲۱}، ۱۹۸۲).

یکی از درمانهای روانشناختی که در درمان

روانشناسان شناخت‌گرا بر عناصر شناختی مثل نحوه پردازش اطلاعات، برداشت فرد از درد، احساس کنترل فردی، خودکفایی مربوط به درد و راهبردهای مقابله‌ای انطباقی تأکید می‌ورزند (ویلیامز^۱ و تورن^۲، ۱۹۸۹؛ رایلی^۳، آرن^۴ و فولیک^۵، ۱۹۸۸؛ نیکولاس^۶ و همکاران، ۱۹۹۲). مشاهدات بالینی و پژوهشهای انجام شده نشان می‌دهد که درد مزمن پی‌آمدهای روان‌شناختی و رفتاری زیانباری به دنبال دارد. افسردگی (آرنوف و مک‌آلری^۷، ۱۹۹۰؛ گامسا^۸، ۱۹۹۰) کاهش عملکرد شغلی (فولیک، اسمیت^۹ و آرن، ۱۹۸۵) مصرف دارو (پیتز^{۱۰} و نیکولاس، ۱۹۹۱) از جمله پی‌آمدهای درد مزمن به شمار می‌آید. امروزه در بین دردهای مزمن، کمردرد بالاترین درصد کل دردها را به خود اختصاص داده است و شایع‌ترین علت مراجعه به پزشکان بعد از سرماخوردگی است (برنشتاین^{۱۱} و ویزل^{۱۲}، ۱۹۸۹). گرچه بیشتر کمردردها موقتی بوده و ظرف یک یا دو ماه تسکین می‌یابند، اما، تعداد قابل توجهی از افراد از کمردرد مزمن رنج می‌برند. مک‌وای^{۱۳} (۱۹۸۹) بر این باور است که ۲۵٪ از بیمارانی که به علت درد مزمن غیربدخیم به کلینیکهای درد مراجعه می‌کنند از کمردرد مزمن رنج می‌برند. آمارها، نشان می‌دهد که ۲۵٪ از

- | | |
|------------------------------------------------|-------------|
| 1- Williams | 2- Thorn |
| 3- Riely | 4- Ahren |
| 5- Follick | 6- Nicholas |
| 7- McAlery | 8- Gamsa |
| 9- Smith | 10- Pither |
| 11- Bernestein | 12- Wisell |
| 13- McVay | 14- Clark |
| 15- Gosnell | 16- Shapiro |
| 17- Australian Institute of Health and Welfare | |
| 18- Melzack | 19- Wall |
| 20- Turner | 21- Chapman |

را در برابر درد افزایش دهد و بیمار تشویق می شود تا به طور متفاوتی درباره منبع و تجربه درد خود بیندیشد (ترک^{۱۱}، میکنبام^{۱۲} و گنست^{۱۳}، ۱۹۸۳). روش ابراز هیجانات شدید هم بر این پایه قرار دارد که با گفتگو یا نگارش دردها و استرسها به فرد این اجازه را می دهد تا راه حل های شناختی برای تجربیات درد آور خود جستجو نماید (پن بکر^{۱۴}، ۱۹۸۹). به طور کلی، تحقیقات انجام شده نشان می دهد که شناخت درمانی به تنهایی و هم در ترکیب با روشهای دیگر باعث کاهش درد می شود (ترنر و جنسن^{۱۵}، ۱۹۹۳). کمپس^{۱۶} و دیگران (۱۹۹۸) طی پژوهشی با گروهی از بیماران دچار کمردرد مزمن به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی توانایی جسمانی و کارکردهای روان شناختی فرد را بهبود می بخشد. کلینک^{۱۷} (۱۹۹۱) بیان می کند که شناخت درمانی، توانایی جسمانی و

درد مزمن مورد استفاده قرار گرفته است، روش تن آرامی عضلانی^۱ است. گود^۲ (۱۹۹۶) نشان داد که روش تن آرامی عضلانی در کنترل و کاهش کمردرد مزمن موفقیت آمیز بوده است. کارلسون^۳ و هویل^۴ (۱۹۹۳) با تحقیق خود به این نتیجه رسید که روش تن آرامی عضلانی در مقابله با کمردرد مزمن و سردردهای تنشی و میگرنی مؤثر بوده است (به نقل از گود، ۱۹۹۶). یک بررسی فراتحلیلی^۵ نشان می دهد که به کارگیری روش تن آرامی عضلانی پیشرونده در کاهش درد در کودکان و کاهش مصرف دارو مؤثر می باشد (هرمان^۶ و دیگران، ۱۹۹۵).

روش دیگری که در درمان دردهای مزمن به کار گرفته می شود روش شناخت درمانی^۷ است. این روش بر پایه باورهای شخصی، هنجارهای فردی و احساس خودبستگی قرار دارد که رفتار درد را تحت تأثیر قرار می دهند (بک^۸، ۱۹۹۱؛ الیس^۹، ۱۹۷۳). امروزه انواعی از تکنیکهای شناختی برای مقابله و درمان درد طراحی شده اند. اما دو تکنیکی که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از: ۱. مصون سازی^{۱۰} و ۲. ابراز هیجانات منفی. در روش مصون سازی در مقابل درد، درمانگر با ایجاد میزانی از آسیب زایی در بیمار تلاش می کند که قدرت ایمنی و مقاومت بدن بیمار

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1- muscle relaxation | 3- Carlson |
| 2- Good | 5- Meta-analysis |
| 4- Hoil | 7- Cognitive therapy |
| 6- Herman | 9- Ellis |
| 8- Beck | 10- Stress inoculation |
| 11- Turk | 12- Michenbaum |
| 13- Gencent | 14- Penbaker |
| 15- Jensen | 16- Compass |
| 17- Kleinke | |

باورند که رفتار درمانی مؤثرتر از شناخت درمانی است، اما، این سودمندی و برتری مستلزم تداوم و بررسی پیگیرانه آن است. بررسیهای دیگر نیز بیانگر کارآمدی روش درمانی رفتاری در کاهش درد در بیماران مبتلا به کمردرد بوده است (اسلاتر^۵، ۱۹۹۷؛ و کمپس و دیگران، ۱۹۹۸). به علاوه، تحقیقات نشان می‌دهد که روش پسخوراند زیستی^۶ (فلور^۷ و دیگران، ۱۹۸۵ و بلانکارده^۸ و دیگران، ۱۹۹۰). هیپنوتیزم^۹ (باربر^{۱۰}، ۱۹۹۶ و ترکوویل^{۱۱}، ۱۹۹۴) نیز از دیگر درمانهای روان‌شناختی مؤثر در کنترل و کاهش کمردرد مزمن می‌باشند.

هدف کلی تحقیق حاضر بررسی اثربخشی روشهای درمان شناختی، رفتاری و تن‌آرامی پیشرونده در دبیران دچار کمردرد مزمن است.

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه یک: روش تن‌آرامی عضلانی باعث بهبود باورها و دریافتهای مربوط به کمردرد مزمن در آزمودنیهای دچار کمردرد مزمن

کارکردهای روان‌شناختی افراد را افزایش داده و باعث کاهش کمردرد مزمن در آنان می‌گردد. یک بررسی فراتحلیلی نشان داد که روش مصون‌سازی در کاهش اضطراب و بهبود عملکرد فرد تحت استرس درد، بسیار مؤثر بوده است (ساندرز^۱، ۱۹۹۶). همچنین، پن‌بکر (۱۹۹۷) معتقد است که روش ابراز هیجانات، خود نه تنها با بهبود بهداشت روانی همراه است بلکه بهداشت جسمانی را هم افزایش می‌دهد.

روش درمان رفتاری^۲ از دیگر روشهای روان‌شناختی است که در درمان دردهای مزمن مورد استفاده قرار گرفته است. این روش بر رفتار درد، متغیرهای تقویت‌کننده، و پی‌آمدهای پاسخها تأکید دارد. بر اساس دیدگاههای رفتاری، افراد مبتلا به درد در رفتارهایی درگیر می‌شوند که نشان می‌دهد، دچار درد می‌باشند (فوردایس، ۱۹۸۲). در این روش، تحلیل منظم رفتارهای آشکار، پیش‌آیندها و پی‌آمدهای آن ضرورت دارد و از این طریق رفتارهای هدف برای تغییر مشخص می‌شوند (لینتون^۳، ۱۹۸۲). ترنر و چاپمن (۱۹۸۲) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی فعالیت جسمانی را بهبود می‌بخشد و میزان مصرف دارو را کاهش می‌دهد. نیکولاس و ویلسون^۴ (۱۹۹۱) بر این

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1- Sanders | 2- Behavior therapy |
| 3- Linton | 4- Willson |
| 5- Slater | 6- Biofeedback |
| 7- Flor | 8- Blanchard |
| 9- Hypnotism | 10- Barber |
| 11- Terkuile | |

می‌گردد.

فرضیه دو: روش شناخت درمانی باعث بهبود باورها و دریافتهای مربوط به کمردرد مزمن در آزمودنیهای دچار کمردرد مزمن می‌گردد.

فرضیه سه: روش رفتار درمانی باعث بهبود باورها و دریافتهای مربوط به کمردرد مزمن در آزمودنیها می‌گردد.

فرضیه چهار: روش تن آرامی عضلانی باعث بهبود رفتار درد در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه پنج: روش شناخت درمانی باعث بهبود رفتار درد در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه شش: روش رفتار درمانی باعث بهبود رفتار درد در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه هفت: روش تن آرامی عضلانی باعث بهبود خودکفایی درد در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه هشت: روش شناخت درمانی باعث بهبود خودکفایی درد در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه نه: روش رفتار درمانی باعث بهبود خودکفایی درد در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه ده: روش درمان تن آرامی عضلانی

باعث بهبود افسردگی در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه یازده: روش شناخت درمانی باعث بهبود افسردگی در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

فرضیه دوازده: روش رفتار درمانی باعث بهبود افسردگی در آزمودنیهای مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود.

روش تحقیق

این پژوهش به صورت یک آزمایش میدانی است که در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه استفاده شده است. جمعیت هدف تحقیق، دبیران مرد شهر اهواز بودند. نمونه تحقیق مشتمل بر ۱۰۰ نفر بودند که به صورت زیر انتخاب شدند:

در آغاز کلیه دبیران مرد شهر اهواز از لحاظ کمردرد مزمن مورد ارزیابی قرار گرفتند. هدف از این بررسی، سرند کردن و شناسایی افراد دچار کمردرد مزمن بود. سپس، از بین افرادی که دارای کمردرد مزمن تشخیص داده شدند، تعداد ۱۰۰ نفر به طور تصادفی ساده انتخاب و به گروههای آزمایشی و گروه گواه گمارده شدند. گروهها عبارت بودند از: ۱. گروه تن آرامی عضلانی پیشرونده (۲۵ نفر)، ۲. گروه شناخت درمانی (۲۵ نفر)، ۳. گروه رفتار

درمانی (۲۵ نفر)، ۴. گروه گواه (۲۵ نفر).
در این تحقیق چند آزمون مورد استفاده قرار
گرفت که عبارتند از:

۱. آزمون باورها و دریافتهای درد^۱: این
آزمون توسط ویلیامز و تورن (۱۹۸۹) تدوین
شده است و مشتمل بر ۱۶ ماده است که سه
مؤلفه درد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این
تحقیق، خرده مقیاس پایداری درد از این آزمون
مورد استفاده قرار گرفت که شامل ۹ ماده
می‌باشد و پایداری درد را اندازه‌گیری می‌نماید.
هر ماده، روی یک مقیاس چهار درجه‌ای
لیکرت قرار دارد [کاملاً مخالف (۲-)، مخالف
(-۱)، موافق (۱) و کاملاً موافق (۲)].

در این مقیاس نمره (۰) وجود ندارد و نمره
بیشتر بیانگر اعتقاد و باورهای عمیق‌تر فرد به
پایداری درد است. بررسیهای انجام شده نشان
می‌دهد که این آزمون از پایایی و اعتبار
مطلوبی برخوردار است. ویلیامز و تورن
(۱۹۸۹) پایایی آزمون را با دو روش آلفای
کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۸۱
گزارش کرده‌اند.

در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی آزمون
پایداری باورهای درد با استفاده از روش آلفای
کرونباخ، تنصیف و بازآزمایی به ترتیب
۰/۸۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۴ به دست آمد که مطلوب
و رضایت‌بخش می‌باشند. همچنین، برای

سنجش اعتبار، این آزمون به طور همزمان با
آزمون اضطراب عمومی (نجاریان، عطاری و
مکوندی، ۱۳۷۱) بر روی گروهی از دبیران
مبتلا به درد اجرا گردید. ضریب اعتبار به
دست آمده برای کل آزمون ۰/۳۳ بود
($P=0/01$).

۲. آزمون رفتار درد^۲: این آزمون توسط
زارکوفسکا^۳ (۱۹۸۱) تدوین شده است و
فعالیت‌هایی را مطرح می‌سازد که افراد مبتلا به
درد غالباً آنها را انجام می‌دهند. این آزمون
حاوی ۴۹ ماده است که سه بعد رفتارهای
اجتنابی^۴ (۳۰ سؤال)، شکایات جسمانی^۵
(۱۰ سؤال) و کمک خواهی^۶ (۹ سؤال) را
ارزیابی می‌نماید. پاسخهای آزمون به صورت
بلی (۱) و خیر (۰) است. نمره بیشتر بیانگر
رفتارهای درد بیشتر از سوی آزمودنی است.
زارکوفسکا (۱۹۸۸) با بررسی پایایی آزمون،
ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی را به ترتیب
۰/۷۸ و ۰/۸۰ به دست آورد. فیلیپس^۷ و
جهانشاهی (۱۹۸۶) در مطالعه‌ای، پایایی
خرده مقیاس شکایت از درد را ۰/۷۰ گزارش
کردند.

- 1- Pain Beliefs and Perception Inventory
- 2- Pain Behavior Questionnaire
- 3- Zarkowska
- 4- Avoidance
- 5- Complain
- 6- Help Seeking
- 7- Phillips

۱۹۸۸) به کار رفت. ضریب اعتبار حاصل ۰/۵۲ بود ($P < ۰/۰۱$).
 ۴. آزمون افسردگی بک^۷: این آزمون توسط بک (۱۹۶۱) تدوین گردیده است و متداولترین روش خودسنجی افسردگی است. حاوی ۲۱ ماده است که در برگزیده جنبه‌های مختلف افسردگی است. هر ماده، دارای چهار جمله است که بر اساس شدت افسردگی از هیچ (۰) تا شدید (۳) درجه بندی شده و آزمودنی با پاسخ خود، وضعیت فعلی خویش را بیان می‌نماید. بک و دیگران (۱۹۷۲) نمره‌های برش ۱۳ را برای غربال کردن، ۱۴ و ۱۵ را برای وجود خلق افسرده معنی دار و ۲۱ را برای بررسی و پژوهش بالینی توصیه کرده‌اند. نمره بالاتر بیانگر افسردگی شدیدتر است.

بررسیهای گسترده‌ای که درباره پایایی و اعتبار آزمون انجام شده است، بیانگر پایایی مطلوب آزمون است. ضرایب پایایی بین ۰/۵۱ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۴؛ بارلو^۸، ۱۹۷۲؛ جفری^۹،

در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی کل آزمون رفتارهای درد با روش آلفای کرونباخ، تنصیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۸۱، به دست آمد. برای سنجش اعتبار، این آزمون به طور هم زمان با مقیاس رفتارهای مقابله‌ای^۱ (بیلینگز^۲ و موس^۳، ۱۹۸۱) بر روی گروهی از آزمودنیهای دچار درد مزمن، اجرا و ضریب اعتبار ۰/۳۹ به دست آمد ($P = ۰/۰۱$).
 ۳. آزمون خودکفایی درد^۴: این آزمون توسط نیکولاس^۵ (۱۹۸۹) تدوین شده است و کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌نماید. این آزمون حاوی ۱۰ ماده است که بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای، از صفر (کاملاً نامطمئن) تا ۶ (کاملاً مطمئن) درجه بندی می‌شود. دامنه نمره این آزمون از صفر تا ۶۰ است. نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمندتر در انجام فعالیتهای روزمره، علی‌رغم وجود درد است. این پرسشنامه، از پایایی مطلوبی برخوردار است (نیکولاس، ۱۹۸۹). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی آزمون با روشهای آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ را به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است. برای بررسی اعتبار، این آزمون به طور هم زمان با مقیاس خودکار آمدی (شرر^۶ و همکاران،

- 1- Coping Behavior Questionnaire
- 2- Billings
- 3- Mouse
- 4- Pain Self Efficacy Questionnaire
- 5- Nicholas
- 6- Sharerr
- 7- Beck Depression Inventory
- 8- Barlow

آمادگی در بیمار، فراهم کردن محیط مناسب و آرام، آموزش تن آرامی با تکیه بر هفته، هفت و چهار گروه از عضلات در طی سه مرحله جداگانه، ارزیابی پیشرفت بیمار، تکالیف خانگی و پی گیری.

۲. کنترل محرک^{۱۴}: این تکنیک رفتاری توسط کانفر^{۱۵} (۱۹۸۵) ارائه شده است و بر پایه شرطی سازی عاملی قرار دارد و بیشتر منبعث از کارهای فوردایس (۱۹۷۳) می باشد. مراحل این روش شامل بیان روش کلی درمان و مراحل آن، تعیین رفتارهای درد، کاهش رفتارهای درد، ایجاد تغییر در توالی بین نشانه های پیش آیند رفتار درد، افزایش رفتارهایی مطلوب با تقویت و تعمیم آن به موقعیتهای مختلف زندگی است.

۳. مصون سازی در مقابل درد^{۱۶}: این روش توسط میکنبام^{۱۷} و ترکی^{۱۸} (۱۹۷۶) تدوین گردیده و مراحل آن عبارتند از: توضیح و تبیین شرایط کلی درمان و مراحل آن، آموزش و تمرین مهارتهای مقابله ای فعال با درد، (مثل

۱۹۹۰). ضرایب اعتبار گزارش شده آزمون هم بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۳ گزارش شده است (بک و استیر^{۱۱}، ۱۹۸۷، شفر^{۱۱}، ۱۹۸۵).

۵. آزمون درد مزمن: این آزمون توسط اصغری مقدم (۱۳۷۴) تدوین شده است و ۵۸ ماده دارد که ضمن تشخیص و موردیابی افراد مبتلا به درد مزمن، جنبه های مختلف درد مزمن را ارزیابی می نماید. آزمون از بخشهای مختلف تشکیل شده است. آزمودنی وضعیت خود را روی پاسخهای چندگانه مشخص می سازد. برخی از حیطه های آزمون روی مقیاس ۱۰ نقطه ای درجه بندی می شود که نمره (۰) بیانگر هیچ و نمره (۱۰) بیانگر حداکثر علامت است. در تحقیق حاضر ضرایب این پایایی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ، تنصیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. بررسی اعتبار آزمون با تدوین چند سؤال ملاک انجام گرفت که ضریب همبستگی بین سؤالات ملاک و پرسشنامه درد مزمن $r = 0/68$ بود ($P < 0/01$).

در این پژوهش شیوه های مداخله عبارت بودند از:

۱. تن آرامی عضلانی پیشرونده^{۱۲}: این روش توسط جاکوبسن^{۱۳} (۱۹۶۲) پایه گذاری شده است. مراحل این روش به اختصار عبارتند از: تبیین روش برای بیمار، آموزش پوشش و

-
- 9- Jeffrey 10- Steer
11- Schaefer
12- Progressive Muscle Relaxation
13- Jacobson
14- Stimulus Control
15- Kanfer
16- Stress Inoculation
17- Michenbaum 18- Turk

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) چهار متغیر وابسته بین گروههای مختلف

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df اشتباه	سطح معنی داری
phillias	۰/۸۲۶	۷/۸۸	۱۲	۲۴۹	۰/۰۰۱
Hotelling	۲/۹۶۱	۱۹/۶۵	۱۲	۲۳۹	۰/۰۰۱
Wilks	۰/۲۳۶	۱۲/۹۴	۱۲	۲۱۴	۰/۰۰۱

۱. بهبود باورهای مربوط به درد، ۲. بهبود رفتارهای درد، ۳. بهبود خودکفایی درد، ۴. و بهبود افسردگی.

نتایج

برای بررسی معنی داری بین تفاضل میانگین گروهها، به طور همزمان چهار متغیر وابسته در گروههای مختلف مورد تحلیل واریانس چندمتغیری قرار گرفت. جدول شماره ۱ نتایج تعامل متغیرهای وابسته و گروهها را با این شیوه تحلیل نشان می دهد. همان طور که از جدول فوق می توان استنباط کرد، گروههای دخیل در آزمون در سطح $P=0/001$ تفاوت معنی داری در

انحراف توجه، آموزش آرامش ذهنی، آموزش و تمرین مهارتهای مقابله ای شناختی (مثل انتخاب افکار و ارائه مدل)، آموزش و تمرین مهارتهای مقابله ای در موقعیتهای درد، تعیین تکالیف و پی گیری.

نحوه اجرا هم بدین منوال بود که پس از آن که آزمودنیها به طور تصادفی به گروههای درمانی و گروه گمارده شدند، در نخستین جلسه از لحاظ شاخصهای درد پیش آزمون شدند. مرحله پس آزمون، بعد از پایان دوره های درمان انجام شد. تعداد جلسات درمان هشت جلسه بود که هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول می انجامید. در پژوهش حاضر، چهار شاخص بهبودی در نظر گرفته شد که عبارت بودند از:

جدول ۲. تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره های پیش آزمون- پس آزمون گروهها

در پرسشنامه پایداری درد

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P
بین گروهی	۶۸۴/۹۳	۳	۲۲۸/۳۱	۱۰/۵۱	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۸۲۶/۴۱۲	۸۴	۲۱/۷۴۳		
مجموع	۲۵/۳۴۲				

جدول ۳. مقایسه تفاضل میانگین نمره‌های پرسشنامه دریافتها و باورهای درد گروههای مختلف

درمانی و گروه گواه با آزمون توکی

تفاضل میانگین	گروهها	۱	۲	۳	۴
-۳/۵۷	۱. گروه تن آرامی عضلانی پیشرونده			*	*
-۳/۹۴	۲. گروه شناخت درمانی			*	*
۰/۲۸	۳. گروه رفتار درمانی				
۰/۶۴	۴. گروه گواه				

آزمونهای مختلف با یکدیگر نشان می دهند. بدین معنا که حداقل دو گروه در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. برای یافتن تفاوت معنی داری که در تحلیل واریانس چندمتغیری مشاهده شد، تفاضل میانگین نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون در گروههای مختلف با روش تحلیل واریانس یک راهه مورد مقایسه قرار گرفت.

برای بررسی دقیق تر تفاوت بین گروهها، از آزمون توکی استفاده شد. نتایج جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت بین گروههای «۱ و ۳»، «۱ و ۴»، «۲ و ۳»، «۲ و ۴» معنی دار است ($P=0/01$).

با توجه به نتایج فوق، فرضیه‌های یک و دو تأیید و فرضیه سه رد می شود. برای بررسی مقایسه تفاضل میانگین نمره‌های آزمودنیهای گروهها در مقیاس رفتارهای درد در پیش آزمون و پس آزمون از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آزمون بین گروهها در مقیاس فوق تفاوت

جدول شماره ۲ تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره‌های آزمودنیها را در مقیاس پایداری درد در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۴. تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون گروههای

درمانی و گواه در پرسشنامه رفتار درد

متغیر تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	(P)
بین گروهی	۷۲۳۶/۲۲	۳	۲۴۱۲/۰۷	۲۸/۲۸	۰/۰۰۱
درون گروهی	۷۱۶۳/۲۰	۸۴	۸۵/۲۷		
مجموع	۱۴۳۹۹/۴۵				

جدول ۵. مقایسه میانگین تفاضل نمره‌های پرسشنامه رفتار درد در گروههای مختلف

درمانی و گواه با آزمون توکی

تفاضل میانگین	گروهها	۱	۲	۳	۴
-۸/۰۹	۱. گروه تن آرامی عضلانی پیشرونده				*
-۶/۳۴	۲. گروه شناخت درمانی				*
-۹/۰۲	۳. گروه رفتار درمانی		*		*
۰/۸۹	۴. گروه گواه				

معنی داری نشان داد. تفاضل میانگین نمره‌های آزمودنیها در پس با توجه به وجود تفاوت‌های معنی دار گروهها در پرسشنامه رفتار درد، آزمون توکی برای بررسی جهت تفاوتها انجام شد (جدول ۵). نتایج نشان داد که بین گروههای «۱ و ۴»، «۲ و ۴» و «۲ و ۳» تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). بنا براین، با توجه به یافته‌های فوق فرضیه‌های چهار، پنج و شش مورد تأیید قرار گرفت. جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس یک راهه

تفاضل میانگین نمره‌های آزمودنیها در پس آزمون و پیش آزمون پرسشنامه خودکفایی درد را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود تفاوت بین گروهها در سطح $P = 0/001$ معنی داری قرار دارد. برای بررسی بیشتر تفاوت‌های معنی داری که در تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره‌های آزمودنیها در پرسشنامه خودکفایی درد دیده شد، آزمون توکی اجرا گردید. جدول ۷ نتایج آزمون توکی

جدول ۶. تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون گروههای

درمانی و گواه در پرسشنامه خودکفایی درد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۱۱۵۸۵/۱۸	۳	۳۸۶۱/۷۳	۴۵/۶۵	۰/۰۰۱
درون گروهی	۶۸۵۴/۲۷	۸۴	۸۲/۵۹		
مجموع	۱۸۴۳۹/۴۵				

جدول ۷. مقایسه تفاضل میانگین نمره‌های پرسشنامه خودکفایی در گروه‌های مختلف درمانی و گواه:

با آزمون توکی

تفاضل میانگین	گروهها	۱	۲	۳	۴
۱۱/۴۳	۱. گروه تن‌آرامی عضلانی پیشرونده				*
۱۲/۸۶	۲. گروه شناخت درمانی				*
۱۰/۳۸	۳. گروه رفتار درمانی				*
۱/۲۲	۴. گروه گواه				

را نشان می‌دهد. تفاوت بین گروهها در سطح $P=0/001$

همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود، آزمون توکی، تفاوت‌های معنی‌دار را بین گروه‌های «۱ و ۴»، «۲ و ۴» و «۳ و ۴» نشان داد.

با توجه به یافته‌های فوق فرضیه‌های هفت، هشت و نه مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۸ تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره‌های آزمودنیها در پس آزمون و پیش آزمون پرسشنامه افسردگی را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود، همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود،

معنی‌داری قرار دارد. در این راستا، آزمون توکی که جهت تفاوتها را مشخص می‌کند، اجرا گردید. نتایج در جدول ۹ دیده می‌شود.

همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود، آزمون توکی تفاوت‌های معنی‌داری بین گروه‌های «۱ و ۳»، «۱ و ۴»، «۲ و ۳» و «۲ و ۴» نشان داد.

بنابراین، با توجه به یافته‌های فوق فرضیه‌های پانزدهم و شانزدهم مورد تأیید و فرضیه هفدهم رد می‌شود.

جدول ۸. تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون گروه‌های درمانی

و گواه در پرسشنامه افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۲۹۴۰/۷۲	۳	۹۸۰/۲۴	۳۶/۹۷	۰/۰۰۱
درون گروهی	۲۲۲۶/۸۴	۸۴	۲۶/۵۱		
مجموع	۵۱۶۷/۵۶				

جدول ۹. مقایسه تفاضل میانگین نمره‌های پرسشنامه افسردگی در گروههای مختلف درمانی با آزمون توکی

تفاضل میانگین	گروهها	۱	۲	۳	۴
-۸/۴۸	۱. گروه تن آرامی عضلانی پیشرونده			*	*
-۹/۲۶	۲. گروه شناخت درمانی			*	*
-۱/۴	۳. گروه رفتار درمانی				
-۰/۳۵	۴. گروه گواه				

بحث و نتیجه گیری

همانطور که در فصل یافته‌ها دیده شد آزمون توکی نشانگر این بود که بیشتر فرضیه‌های تحقیق مورد تأیید قرار گرفتند. بررسی نتایج بیانگر تأثیر روش شناخت درمانی در بهبود کمردرد مزمن بود. یافته‌های حاصل از تحقیق در این زمینه، با نتایج تحقیقات انجام شده دیگر درباره کارایی روش درمان شناختی در بهبود درد مزمن همسویی نشان می‌دهد (ترنر و جنسن، ۱۹۹۳؛ کمپس و دیگران، ۱۹۹۸).

اصولاً، دیدگاههای شناختی درباره درد به دنبال بررسی ابعاد شناختی، ادراکی و تعبیر و تفسیر موقعیتی است که در شکل‌گیری و تداوم افسردگی، اضطراب و حالات منفی درد نقش دارند. ادراک کنترل، معنی و مفهوم درد و تجربه درد، در این دیدگاه مورد توجه است (تورک و میکنبام، ۱۹۹۴). هدف رویکرد شناختی کمک به بیماران دچار درد مزمن در جهت ارتقاء و رشد واکنشهای روانی سازگارانه

در مورد درد است و به بیمار آموخته می‌شود که افکار منفی خود را شناخته و افکار سالم‌تری را جایگزین آن نماید (میلر، ۱۹۸۲). تجربه درد، موضوعی است که می‌تواند به سادگی فاجعه‌آمیز تلقی شود و تشدید احساسات درد می‌تواند به رفتارهای ناسازگارانه و شکل‌گیری باورهای غیرمنطقی انجامد. به نظر کیف^۱ و دیگران (۱۹۸۸) افرادی که از درد رنج می‌برند معمولاً گرایش دارند که درد خود را بیشتر از آنچه که هست نشان دهند، آسیبهای کارکردی بیشتری را ظاهر سازند و افسردگی بالاتری را جلوه‌گر نمایند. حال هر چه باورها و نگرشهای فرد تغییر یابد به همان سیاق، کاهش در رفتارهای درد با افزایش خودکار آمدی همراه می‌گردد که نتیجه آن هم به صورت تخفیف و تسکین علائم و نشانه‌های درد مزمن می‌باشد. باندورا^۲ (۱۹۸۶) معتقد است که درمان شناختی

1- Keefe

2- Bandura

احساسات درد را هم در سطوح فیزیولوژیکی و هم روان‌شناختی مسدود می‌سازد.

افسردگی و پی آمدهای آن در درد مزمن موضوعی است که در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است (سوفر^۱ و واکر^۲، ۱۹۹۴؛ فیشباین^۳ و گلدبرگ^۴، ۱۹۹۱).

بنابراین، کاهش افسردگی را باید به عنوان یک پی آمد مثبت درمان شناختی در افراد دچار اختلال کم‌درد مزمن تلقی کرد که در این تحقیق نیز دیده شد. افزون بر این، احساس کارآمدی شخصی نیز شاخص دیگری است که امروزه در درد مزمن مورد توجه قرار گرفته است. بدون شک، افزایش احساس کارآمدی همراه با درمان شناختی عاملی است که در کنترل محرکهای دردناک درد و افزایش مهارتهای انطباقی، نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. به قول تورک، میکنبام و گنست (۱۹۸۳) تفاوت افراد در تحمل درد به برداشت کارآمدی یا ناکارآمدی فرد از خویشتن برمی‌گردد. تحقیقات، گواه این است که افزایش احساس کارآمدی با تغییر در باورها و شناخت افراد ایجاد شده و به صورت افزایش تحمل درد، کاهش نیاز به مصرف دارو، بهبود عملکرد شغلی و رفتارهای اجتنابی کمتر، جلوه‌گر می‌شود (فیلیپس، ۱۹۸۶؛ نیکولاس و دیگران، ۱۹۹۶). در تحقیق حاضر، درمان شناختی توانست که در بهبود باورها و نگرشهای افراد به

درد مؤثر باشد. همچنین، افزایش خودکفایی درد، بهبود افسردگی و کاهش رفتار درد نیز به عنوان پی آمدهای دیگری بود که به دنبال اجرای روش درمانی فوق در آزمودنیها حادث شد. اصولاً، پی آمدهای مثبت و مهم شناخت درمانی را باید در افزایش قدرت بیمار و ادراک مناسب از خویشتن جستجو کرد که با ارتقای توان مقابله‌ای باعث کاهش افسردگی، افزایش احساس کارآمدی و تغییر در رفتارهای زیانبار گذشته و جایگزینی رفتارهای جدید و سودمند همراه می‌گردد. یافته‌های فوق با درجات مختلف در تحقیق حاضر دیده شد.

همچنین، در این تحقیق، مشخص شد که روش تن‌آرامی عضلانی پیشرونده در درمان مزمن روش مؤثری بوده است و این موضوع با تحقیقات انجام شده دیگر، همخوانی نشان می‌دهد (کارلسون و هویل، ۱۹۹۳؛ بلانکارد و آندراسیک، ۱۹۸۵). تأثیر روش تن‌آرامی در کاهش و درمان سایر دردها نیز گزارش شده است (لهر^۵ و دیگران، ۱۹۹۴).

در روش تن‌آرامی عضلانی، فرد می‌آموزد تا به طور آگاهانه با ایجاد تنش و رهاسدگی در گروههای مختلف عضلات، در خودآرامش ایجاد نماید. امروزه، این روش به تنهایی یا به

- | | |
|-------------|-------------|
| 1- Soafer | 2- Walker |
| 3- Fishbein | 4- Goldberg |
| 5- Laherr | |

عنوان بخشی از روشهای پیچیده تر مورد استفاده قرار می گیرد. در هر مورد، مسئولیت درمانگر و پژوهشگر این است که در این فن ورزیده باشد.

روش تن آرامی، می تواند موجب اثرهای فیزیولوژیکی مفید و خاصی شود. آرامش عضلانی، روشی است که به طور مکرر در روان درمانی و پزشکی رفتاری به کار می رود تا به آن وسیله موجب آرامش عضلانی و راحتی در مراجع شود. این روش، یک ابزار دفاعی و مقابله ای است که در مقابل آشفتگیهای بالینی مورد استفاده قرار می گیرد.

در تحقیق حاضر، روش تن آرامی در افزایش کارآمدی و بهبود رفتارهای فرد، کاهش افسردگی و تغییر باورها و نگرشهای فرد نسبت به درد مؤثر بود. تن آرامی بر پایه شرطی سازی متقابل قرار دارد. به این معنا که، فرد در عین تنش، حالت آرامش را نیز تجربه کرده و تفاوت دو حالت را متوجه می شود که بالطبع باعث احساس راحتی و آرامش فرد و در نهایت کاهش رفتارها و اعمالی می شود که فرد را مطیع درد خود نشان می دهد. به دنبال احساس آرامش روانی، در تفکرات و در باورهای فرد تغییراتی ایجاد می شود. بدین سان که فرد با تجربه آرامش روانی، تلاش می کند تا افکار و نگرشهای ناسالم و دردزای خود را در جهت سوق دهد تا کمتر حالات و احساسات

درد را به همراه داشته باشد. کاهش افسردگی و افزایش احساس کفایت فرد نیز موضوعی است که در پی آرامش روانی در فرد به وجود می آید و در تحقیقات مختلفی دیده شده است (کارلسون و هویل، ۱۹۹۳؛ هرمان^۱ و دیگران، ۱۹۹۵). بنابراین، تغییرات گسترده که در باورها و رفتارهای درد به دنبال تن آرامی، حادث می شود، موضوعی است که مستلزم بررسی ابعاد و جنبه های مختلف تأثیرگذاری آن بر سیستم شناختی - رفتاری آزمودنیهای دچار درد مزمن است.

همان طور که در فصل یافته ها دیده شد، آزمون پی گیرانه توکی نشان داد که درمان رفتاری در بهبود رفتارهای مربوط به درد، روش مؤثری بوده است. همچنین، در افزایش خودکفایی درد آزمودنیهای دچار کمر درد مزمن، تأثیرگذار بوده است. لیکن در بهبود باورهای مربوط به درد و کاهش افسردگی در آزمودنیها روش موفق نبوده است.

نقش رفتار درمانی در بهبود رفتارهای کمر درد، یافته ای است که با تحقیقات انجام شده دیگر همسویی نشان می دهد (دوبرجین^۲ و دیگران، ۱۹۸۷؛ بوگاردس^۳، ۱۹۹۴؛ فوردایس و دیگران، ۱۹۸۶؛ ترنر و چاپمن، ۱۹۸۲).

بر اساس رویکرد رفتاری، درد آموخته شده

-
- 1- Herman 2- Do'berjine
3- Bogardass

رفتارهای درد مثل میزان شکایت از درد، رفتارهای اجتنابی، دامنه فعالیت و حرکت و انجام رفتارهای عادی زندگی از جمله پی آمدهای روش درمان بود که در این گروه از بیماران مشاهده شد. بنابراین، درمان رفتاری در کاهش رفتارهای درد و افزایش احساس کارآمدی در آزمودنیها، مؤثر واقع شد اما عدم موفقیت روش رفتار درمانی در بهبود باورهای مربوط به درد و کاهش افسردگی در آزمودنیها از چند جهت قابل توجیه است:

نخستین تبیین شاید به نوع تکنیک رفتار درمانی برمی گردد که در این تحقیق استفاده شد. تبیین دیگری که در اینجا می توان ارائه داد این است که در بیشتر روشهای درمان رفتاری همکاری و همراهی بستگان بیمار به ویژه همسر و والدین در موفقیت آمیز بودن درمان دخیل است. حال آنکه در تحقیق حاضر، تمامی توجه تنها بر بیمار متمرکز بود و خانواده بیمار در جریان روند درمان قرار نداشت.

موضوع سومی که می توان به آن اشاره کرد خاصیت ذاتی و ماهیتی درمانهای رفتاری است که به طور عمده بر کاهش رفتارها و اعمال مربوط به درد بیمار اشاره دارد و بالطبع با تقویتهایی که بیمار دریافت می دارد تلاش

و بر اساس شرطی سازی می باشد. پاداش و تشبیه مفاهیم اساسی در رویکرد عاملی نسبت به درد بوده و گفته می شود که گیرنده های ویژه درد در بیماران دچار دردهای مزمن، فعالیت کمی دارند (نیون^۱، ۱۹۹۴). به نظر فوردایس (۱۹۷۹) درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که در نتیجه صدمه و یا آسیب احتمالی بافت به وجود می آید، یا ما چنین فرض می نماییم و یا اینکه دارای هر دو وجه است و حضور آن به صورت رفتار قابل رؤیت و یا شنیداری نشان داده می شود. این رفتارها که به آن رفتارهای درد، گفته می شود باعث استمرار ناتوانی و رنج افراطی در بیمار دچار درد مزمن می گردد.

در کل، باید گفت که روش رفتار درمانی، رفتار را شکل می دهد نه اینکه احساس درد را در فرد کاهش دهد. رفتارهای مربوط به درد مشخص می باشند و به آسانی با روشهای شرطی سازی عاملی قابل تغییر و تعدیل هستند. در دیدگاه رفتاری مثبتی بر شرطی سازی عاملی، گفته می شود که افراد دچار درد در رفتارهایی درگیر می شوند که نشان می دهد آنان دچار درد می باشند. از درد شکایت دارند، آه و ناله می کنند، می لنگند، چهره درهم می کشند و اخم می کنند، از مسئولیتهای شغلی و خانوادگی طفره می روند و مقدار داروی بیشتری مصرف می کنند. بهبود

نکته‌ای که جا دارد به آن توجه کرد نقش رفتار درمانی در کاهش و کنترل اختلالات درد مزمن می‌باشد، اما میزان کارایی و تأثیر برتر روش رفتار درمانی بر روش شناختی در تغییر رفتارهای درد، به عوامل مختلفی بستگی دارد که یکی از مهمترین این عوامل باید به تداوم و بررسی پیگیرانه این روش اشاره کرد که باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

در مجموع، می‌توان عنوان داشت که بیشتر فرضیه‌های تحقیق حاضر مورد تأیید قرار گرفتند. تحقیق حاضر در نوع خود از یک پژوهش پیشگام در بررسی درد در حیطه آموزش و پرورش قلمداد می‌شود و پژوهشی نوین به حساب می‌آید.

امید است، یافته‌های پژوهش حاضر در سطح ملی و به ویژه در حیطه تعلیم و تربیت مورد توجه جدی قرار گیرد. در این راستا، معلمان به عنوان آینده سازان، و معماران سازنده بافت فکری و اندیشه افکار عمومی آینده، باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند و در جهت ارتقاء و بهبود بهداشت روانی و جسمانی آنان تلاش بیشتری مبذول داشت.

می‌گردد تا رفتار از یک ثبات نسبی برخوردار شود، لیکن تغییر اساسی در باورها و اندیشه‌های بیمار از درد کمتر در تحقیقات این چنینی، گزارش نشده است.

سرانجام این که، تغییر در رفتار و اعمال فرد ممکن است در طول بررسیهای پیگیرانه حاصل شود. به عبارت دیگر، فرصت و مجال بیشتر برای ظهور تغییرات شناختی و عمیق‌تر در افکار و اندیشه‌های بیمار مورد نیاز است که این خود لزوم اجرای بررسیهای پیگیرانه را غیرقابل اجتناب می‌سازد.

همچنین، دیده شد که روش رفتار درمانی در کاهش رفتارهای درد، مؤثرتر از روش شناخت درمانی بود. به عبارت دیگر، روش رفتار درمانی در تغییر و تعدیل رفتارهای درد روش مناسبتری نسبت به روش شناخت درمانی است. تحقیقات انجام شده حاکی از این است که رفتار درمانی در تغییر رفتارهای درد افزایش سطح فعالیت عمومی بیماران، کاهش میزان شکایت درد، بهبود تحرک جسمانی مؤثرتر از روش شناخت درمانی به نظر می‌رسد (نیکولاس و دیگران، ۱۹۹۶؛ فوردایس و دیگران، ۱۹۸۲). در مجموع، نتیجه حاصل با یافته‌های حاصل از تحقیقات انجام شده دیگر همسویی نشان می‌دهد (فوردایس، ۱۹۸۶؛ ترنر و چاپمن، ۱۹۸۲؛ ترنر و کلانسی^۱، ۱۹۸۷؛ مک کراکن^۲، ۱۹۹۷).

منابع

فارسی

- اجودی شهرستانی، داوود (۱۳۷۴). بررسی میزان شیوع و عوامل مستعد کننده کمردرد در کادر پرستاری بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ص ۱۱۳-۱۲۳.
- اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۷۶). بررسی نقش روان‌نژندگرایی، باورهای مربوط به درد و راهبردهای مقابله‌ای در سازگاری با درد مزمن. خلاصه مقالات نخستین کنگره انجمن روانشناسی، تهران: ایران.
- باقرزاده لداری، رحیم (۱۳۷۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن غیربدخیم. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ص ۱۱۱-۱۲۸.
- نجاریان، بهمن، عطاری، یوسفعلی و مکوندی، بهنام (۱۳۷۴). ساخت هنجاریابی آزمون اضطراب (ANQ). مجله علوم انسانی الزهراء، سال پنجم، شماره‌های ۱۵ و ۱۶، ۹۷-۱۱۲.

لاتین

- Aranoff, G. (1985). Psychological aspects of nonmalignant chronic pain, In Evaluation and Treatment of Chronic Pain, Aranoff, G. (ED.), Urban and swarzenberg: Baltimore.
- Aronoff, G. M., & McAlary, P. W. (1990). Multidiciplinary treatment of intractable pain syndromes. In S. Lipton, E. Tunks, & M. Zoppi (Eds.) *Advances in Pain Research and Therapy*, (Vol, 13) (PP. 267-276). New York:Raven Press.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barber, J., and Adrian, C. (1982). *Psychological Approaches to the Management of Pain*. New York: Branner Mazel.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). Beck Depression Inventory. New York:

- Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.f., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bilings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping stress and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1985). Management of chronic headaches: A psychological. New York: Pergamon Press.
- Bogaards, M. C., Terkuile, M. M. (1994). Treatment of recurrent tension headache: a meta analytic review. *Pain*, 10, 174-190.
- Bonica, J. J. (1977). Neurophysiologic and pathophysiologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery*, 112, 750-761.
- Bowsher, D., Rigge, M., & Sopp, L. (1991). Prevalance of chronic pain in the British papoulation: A telephone survey of 1937 households, *Pain Clinic*, 4, 223-230.
- Clark, M., Gousnell. M., & Shapiro, D. (1977). The new war on pain. *Newsweek* (April 25), 89, 48-58.
- De Bruijin-Kofman, A. T. Groenman, N. H. (1987). Ontwikkeligen in behaneligsstrategieen van spanning shoofd pijn. *Tijdschrift Voor Psychothrapie*, 2, 63-67.
- Ellis, A. (1973). The no cop-out therapy. *Psychology Today*, 7, 56-62.
- Fishbain, D. A., & Goldberg, M. (1991). Completed Suicide in chronic pain. *Pain*, 7, 29-39.
- Flor, H., Turk, D. C., & Birrnbaumer, N. (1985). Assessment of stress related psychophysiological reactions in chronic low back pain patiets. *Journal of Consalting and Clinical Psychology*, 53, 354-364.
- Follick, M. J., Smith, T. W., & Ahren, D. k. (1985). The Sickness Impact profile: A global measure of disability in chronic low back pain. *Pain*, 21, 67-76.
- Fordyc, W. E. (1990). Contingency managment. In: J. J. Bonica (Eds), The managment of pain. Philadelphia: Lea and febiger.
- Fordyce, W. E. (1976). Contingency management. In J.J. Bonica (Eds.), The

- Management of Pain (2nd ed., 1702-1710). Philadelphia: Lea and Febiger.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain*. Sydney: Grune and stratton.
- Fordyce, W. E. (1986). The behavioral management of chronic pain. *Pain*, 22, 113-125.
- Gamsa, A. (1990). Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain*, 42, 183-195.
- Good, M. (1996). A comparison of the effects of jaw relaxation and music on postoperative pain. *Nursing Research*, 44, 52-57.
- Holmberg, S. (1988). Pain, In Beck, Rawling and Williams (Eds). *Mental Health Psychiatric Nursing*. Washington: The C. V. Mosby Company.
- Intenational Association for the study of pain. (1986). Classification of chronic pain. *Pain*, 3, 51-s226.
- Jacobson, E. (1957). *You must relax*, New York: McGraw.
- Jaffray, D. (19 6). Isolated intevrtebral resorption. *Spine*, 11, 397.
- Jensen, I.B., and Good, H.L. (1999). Patient belief predical patient functioning. *Pain*, 81, 95-104.
- Kanfer, F. H., and Gold foot, D. A. (1986). self control and tolerance of noxious stimulation. *Psychological Reports*, 18, 79-85.
- Kanfer, F.H., and Goldfoot, D.A. (1986). Self-control and tolerance of noxious stimulation. *Psychological Reports*, 18, 79-58.
- Keefe, F. J., & Dolan, E. (1988). Pain behavior and pain coping strtegies in low back pain. *Pain*, 24, 49-56.
- Keefe, F. J., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992a). Behavioural and cognitive behavioural approaches to chronic pain: Recent advance and future direction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
- Keefe, F.J., & Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165.
- Kleinke, C.L. (1991). *Coping with life challenges*. Pacific Grove: Brook/cole.
- Linton, S. J., & Melin, L. (1982). The accuracy of remembered Pain. *Pain*, 13,

281-285.

- McCracken, L. M., Gross, R. T., & Sorg, P. J. (1993). Prediction of pain in patients with chronic low back pain. *Behavioral Research*, 31, 647-657.
- Melzack, R. (1992). Phantom limbs. *Scientific American*, 266, 120-126.
- Melzack, R., & Wall, P. (1975). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- Miller, L. (1993). Psychotherapeutic approach to chronic pain. *Psychotherapy*, 30, 49-57.
- Miller, T. Q., & Smith, T. W. (1990). Meta analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Nachemson, A. L. (1992). Newest Knowledge of low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 279, 8-20.
- Nicholas, M. K. (1989). Self-efficacy and chronic pain. Paper presented at the annual conference of the British Psychological Society, st. Andrews.
- Nicholas, M. K., Blanck, A., & Cohen, M.C. (1996). Comparison of three groups of injured workers with different outcomes at 2-4 years post injury. Paper presented at the 17th Australian Scientific of Australian Pain Society. Canberra, Australia.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychology Science*, 8, 162-166.
- Philips, H. C., & Jahanshahi, M. (1986). The components of pain behaviour report. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 117-125.
- Pither, C. E., & Nicholas, M. K. (1991). The identification of iatrogenic factors in the development of chronic pain syndrome: abnormal treatment behavior? In M. R. Bond, J. E. Charlton, & C. J. Woolf (Eds.), *Proceedings of the VIth World Congress on pain* (pp. 429-434). Amsterdam: Elsevier.
- Riley, J. F., Ahern, D. K., & Follick, M. J. (1988). Chronic pain and functional impairment: Assessing beliefs about their relationship. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59, 579-582.
- Saunders, T. (1996). The effect of Stress inoculation training on anxiety and Performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 170-186.

- Slater, M. A., Hall, H. F., and Atkinson, J. H. (1991). pain and impairment belifesin chronic low backpain. *pain*, 44, 51-56.
- Sofar, B., and walker, J. (1994). Mood assessment in chronic pain patients. *Disably Rechabilitation*, 16, 35-38.
- Sternbach, R. (1974). Pain patients traits and treatments. San Diego, CA: Academic Press.
- Turk, D. C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain, In R.J. Gatchel & D. C. Turk (Eds), *Psychological Approaches to Pain Management* (pp. 3-32). NewYork: Guilford press.
- Turk, D. C., Michenbaum, D. Genest, M. (1983). Pain and behavioral Medicine. New York: Guilford Press.
- Turk, D. C., Okifuji, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turk, D. C., and Rudy, T. E. (1985). Pain experience: Assessing the cognitive component. Paper presented at the fourth annual meeting of the American Pain Society, Dallas, TX.
- Turner, J. A., & Clancy, S. (1987). Relationships of stress appraisals and coping to chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 281-288.
- Turner, J. A., & Jensen, M. P. (1993). Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*, 51, 169-177.
- Turner, J. A., and Chapman, C. J. (1982). Psychological intervnetions for chronic pain: A critical review. II. Operant conditioning, hypnosis, and cognitive-behavioral therapy. *Pain*, 12, 23-46.
- Wiliams, D.A., & Thorn, B.C. (1989). An empirical assessment of pain, belifes. *Pain*, 36, 351-358.
- Zarkowska, A.W. (1981). The relationship between subjective and behavioural aspects people suffering from lower back pain. M. Phil. Thesis. University of London.

دریافت مقاله: ۸۰/۱/۳۱

تاریخ بررسی مقاله: ۸۰/۸/۸

پذیرش مقاله: ۸۰/۱۲/۱۳