



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی

بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری در افراد

مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن:

مطالعه موردی

استاد راهنما:

دکتر فرامرز سهرابی

استاد مشاور:

دکتر جمال شمس

استاد داور:

دکتر علیرضا مقدس

پژوهشگر:

سحر رفیعی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

سال تحصیلی

۸۹-۹۰

فهرست مطالب

فصل اول

۱-۱	مقدمه.....	۱
۲-۱	بیان مسئله.....	۴
۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۱۰
۴-۱	اهداف.....	۱۲
۱-۴-۱	هدف اصلی.....	۱۲
۲-۴-۱	اهداف اختصاصی.....	۱۲
۵-۱	فرضیه‌های پژوهش.....	۱۳
۶-۱	تعاریف نظری متغیرها.....	۱۴
۷-۱	تعریف عملیاتی متغیرها.....	۱۵

فصل دوم

۱-۲	مقدمه.....	۱۶
۲-۲	تعریف درد.....	۱۷
۳-۲	تشخیص درد.....	۲۲
۴-۲	رویکردهای نظری درد.....	۲۵
۱-۴-۲	مدل زیستی پزشکی.....	۲۵
۲-۴-۲	مدل زیستی روانی.....	۲۷
۳-۴-۲	مدل زیستی روانی اجتماعی.....	۲۹
۴-۴-۲	نظریه کنترل دروازه‌ای درد.....	۳۲
۵-۲	رویکردهای روانشناختی درد مزمن.....	۳۴
۱-۵-۲	رویکرد رفتاری.....	۳۴
۲-۵-۲	رویکرد شناختی رفتاری.....	۳۷
۶-۲	عوامل روانشناختی مرتبط با درد.....	۴۱
۱-۶-۲	عامل رفتاری.....	۴۱
۱-۱-۶-۲	راهبردهای مقابله با درد.....	۴۲

۴۳	..... عوامل شناختی.....	۲-۶-۲
۴۴	..... باورهای مرتبط با درد.....	۱-۲-۶-۲
۴۷	..... خودکارآمدی.....	۲-۲-۶-۲
۴۹	..... خطای شناختی.....	۳-۲-۶-۲
۵۱	..... عوامل هیجان.....	۳-۶-۲
۵۴	..... پیشینه پژوهش.....	۷-۲
۵۴	..... درمان شناختی رفتاری در بیماران دارای درد مزمن.....	۱-۷-۲
۶۱	..... شدت درد و راهبردهای مقابله با درد.....	۲-۷-۲

فصل سوم

۶۴	..... مقدمه.....	۱-۳
۶۴	..... روش پژوهش.....	۲-۳
۶۶	..... جامعه آماری.....	۳-۳
۶۶	..... نمونه آماری.....	۴-۳
۶۸	..... ابزارهای پژوهش.....	۵-۳
۶۸	..... مقیاس افسردگی بک.....	۱-۵-۳
۶۹	..... مقیاس فاجعه آفرینی درد.....	۲-۵-۳
۷۰	..... مقیاس شدت درد.....	۳-۵-۳
۷۰	..... مقیاس راهبردهای مقابله با درد.....	۴-۵-۳
۷۲	..... فرایند اجرای تحقیق.....	۶-۳
۷۳	..... شرح حال آزمودنی‌ها.....	۷-۳
۷۴	..... ملاحظات اخلاقی.....	۸-۳
۷۵	..... خلاصه‌ای از جلسات درمان.....	۹-۳

فصل چهارم

۷۷	..... مقدمه.....	۱-۴
۷۹	..... فرضیه اول.....	۲-۴
۸۱	..... فرضیه دوم.....	۳-۴
۸۳	..... فرضیه سوم.....	۴-۴

۵-۴ فرضیه چهارم.....۸۶

فصل پنجم

۱-۵ مقدمه.....۸۸

۲-۵ بحث کلی.....۸۸

۳-۵ بحث پیرامون فرضیه اول.....۹۱

۴-۵ بحث پیرامون فرضیه دوم.....۹۳

۵-۵ بحث پیرامون فرضیه سوم.....۹۵

۶-۵ بحث پیرامون فرضیه چهارم.....۹۶

۷-۵ محدودیت‌های پژوهش.....۹۷

۸-۵ پیشنهادها.....۹۷

منابع و مأخذ

منابع فارسی.....۹۸

منابع لاتین.....۱۰۱

پیوست‌ها

پیوست الف: خلاصه راهنمای درمان.....۱۰۸

پیوست ب: ابزارهای پژوهش.....۱۱۱

فهرست جداول و شکل‌ها

- جدول ۱-۲ اصطلاحات رایج درد..... ۲۰
- شکل ۱-۲ مدل مفهومی انتقال از درد حاد به درد مزمن..... ۲۱
- جدول ۲-۲ ملاک‌های و کدهای تشخیصی اختلال درد بر اساس DSM-IV-TR..... ۲۳
- شکل ۲-۲ مدل مفهومی زیستی روانی اجتماعی، فرایندهای تعاملی در سلامت و بیماری..... ۳۱
- جدول ۱-۴ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها..... ۷۷
- جدول ۲-۴ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری یک ماهه در مقیاس‌های بکار رفته در پژوهش..... ۷۸
- جدول ۲-۴ نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس افسردگی پس‌آزمون، حین درمان، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه..... ۷۹
- شکل ۱-۴ تأثیر آموزش شناختی رفتاری در کاهش نمرات افسردگی آزمودنی‌ها..... ۸۰
- جدول ۴-۴ نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس فاجعه آمیز نمودن درد در مراحل پیش‌آزمون، حین جلسات درمانی، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه..... ۸۱
- شکل ۲-۴ تغییرات نمره فاجعه آمیز نمودن درد، در طی مراحل پیش‌آزمون، حین درمان و دوره پیگیری ۱ ماهه..... ۸۲
- جدول ۵-۴ نمرات آزمودنی‌ها در دوره‌های پیش‌آزمون، تمام جلسات درمانی و دوره پیگیری ۱ ماهه در مقیاس شدت درد..... ۸۳
- شکل ۳-۴ تأثیر آموزش شناختی رفتاری در کاهش شدت درد آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، جلسات درمانی و مرحله پیگیری ۱ ماهه..... ۸۵
- جدول ۵-۴ نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس راهبردهای مقابله با درد در مراحل پیش‌آزمون، حین جلسات درمانی، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه..... ۸۶
- شکل ۴-۴، تأثیر آموزش شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله با درد در مراحل پیش‌آزمون، حین درمان و مرحله پیگیری ۱ ماهه..... ۸۷

با تشکر از جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی، جناب آقای دکتر جمال شمس و جنای آقای دکتر علیرضا مقدس.

با سپاس از پدر و مادر عزیزم به پاس محبت بی دریغ شان.

با سپاس از همسرم به پاس همراهی و همیاری صمیمانه اش.

و با تشکر از جناب آقای دکتر سیروس مؤمن زاده و خانم دکتر مهشید نیکو سرشت و تمامی همکاران در کلینیک درد بیمارستان امام حسین (ع).

چکیده

شواهد نشان دهنده این است که درمان شناختی رفتاری، درمانی اثربخش در درد مزمن می‌باشد. مطالعه حاضر، اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران دارای درد اسکلتی عضلانی مزمن بررسی نمود. درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه و در ۴ (۳ زن، ۱ مرد) بیمار مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن ارزیابی گردید. روش پژوهش، خط پایه چندگانه با دوره پیگیری ۱ ماهه بود. بیماران بطور تصادفی در مرحله خط پایه جایگزین شدند و مقیاس افسردگی بک، فاجعه‌آفرینی، راهبردهای مقابله با درد را در مرحله پیش‌آزمون و جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم و مقیاس شدت درد را در تمام جلسات را تکمیل نمودند. نتایج درمان از طریق مقیاس‌های بکار گرفته شده بررسی گردید. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی بیماران، کاهش فاجعه‌آمیز نمودن درد، کاهش شدت درد و بهبود راهبردهای مقابله با درد مؤثر بوده است و این اثرات تا حدی در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، درد مزمن، افسردگی، فاجعه‌آمیز نمودن درد، شدت درد،

راهبردهای مقابله با درد

فصل اول

کلیات

احتمالاً درد، عمومی‌ترین فشار روانی^۱ باشد که با آن مواجه می‌شویم و یکی از شایع‌ترین شکایت‌ها در بین بیماران جسمی است (کاپلان، سادوک؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۲) از ابتدای تاریخ مدون بشر، تلاش برای کنترل درد، از اهداف اصلی آدمی بوده است. در پاپيروس‌های مصری مربوط به ۴۰۰۰ سال ق.م اشاراتی درمورد درمان درد یافت شده است.

افلاطون در ۴۰۰ سال قبل از میلاد بیان کرد که درمان ذهن و بدن باید همزمان صورت گیرد. او علت ناشناخته ماندن بسیاری از بیماری‌ها را برای پزشکان یونانی نادیده گرفتن ذهن و بدن به عنوان یک کل دانست. رنه دکارت، درد را پدیده‌ای کاملاً حسی می‌دانست. نظریه حسی- فیزیولوژیک ارائه شده توسط دکارت در قرن ۱۷ هم، تفکر پزشکی را تحت تأثیر قرار داد که مدل سنتی پزشکی نیز بر این اساس می- باشد. در این مدل که فرض می‌گردد که افراد، علائم مشخص از بیماری را گزارش می‌دهند که نشان دهنده اختلال زیستی می‌باشد. تشخیص‌ها در این مدل از طریق اطلاعات کسب شده از تست‌های عینی و یا آسیب جسمی انجام می‌شد و نشان دهنده این بود که اختلال به بطور مشخصی و مستقیماً به بدکارکردی ارگانیکی و یا منبع آسیب ارتباط دارد.

در دانش پزشکی از قدیم الایام فرض بر این بود که درد مبنای جسمانی دارد و با شناخت آن می‌توان با بهره‌گیری از عمل جراحی یا تجویز دارو، درد را از بین برد، یا در کارکرد آن وقفه ایجاد کرد و همواره کانون توجه منشاء دردی بود که توسط بیمار گزارش می‌شد. در نتیجه این امر، تعیین خاستگاه جسمانی درد مبنای ارزیابی قرار می‌گرفت و اگر درد منشا جسمانی نداشت، غالباً از علت‌های روان‌شناختی مدد گرفته می-

شد و اصطلاح درد " روان زاد " مطرح می‌گردید. بدین ترتیب مشخصه‌ی دیدگاه سنتی در مورد دردهای مستمر نوعی تقسیم بندی ساده دویبخشی بود: درد یا دارای خاستگاه جسمانی است یا روانشناختی.

اما علی‌رغم این تاریخ طولانی و با وجود پیشرفت‌های دانش فیزیولوژی حسی و نیز علم تشریح و زیست شیمی با وجود ساخت داروهای ضد درد¹ قوی، ابداع روش‌های نوین پزشکی و جراحی‌های نوین؛ رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران امری دور از دسترس باقی مانده است. در واقع هنوز هم درد، برای بیمار، خانواده، مراقبان پزشکی و کل جامعه، یک مشکل اساسی می‌باشد. برای بسیاری از بیماران، یکی از پیامدهای ناگوار درد مزمن، ممکن است این باشد که آنها هویت شخصی با عنوان " بیماران درد مزمن " را ایجاد کنند. این قبیل از افراد به دنبال درمان‌های پزشکی و تشخیص‌های هستند و از این پزشک به آن پزشک مراجعه می‌کنند. آنها همچنین نقش " فرد بیمار " را به خود می‌گیرند که درد مزمن را با ناتوانی برابر و یکسان می‌دانند. علاوه بر این طولانی شدن دوره درد در ایجاد پریشانی هیجانی نقش بسزایی دارد.

در سالهای حاضر روشن شده است که تقسیم بندی فوق در مورد درد، ناقص و نارساست. تردیدی نیست که عوامل جسمانی در علائم درد نقش دارند. اما عوامل روانشناختی از جمله نفع ثانویه، ممکن است در علائم گزارش شده توسط بیمار مبتلا به درد مؤثر باشند. شواهدی مبنی بر تأثیر عوامل روانی - اجتماعی که ثانویه بر آسیب یا بیمار هستند، نیز وجود دارد. درمان بین رشته‌ای درد مبتنی بر مدل زیستی روانی اجتماعی است که ریشه در دیدگاه کل‌نگر افلاطون دارد، به عنوان جدیدترین و مؤثرترین درمان بیماری‌های جسمی مختلف به خصوص دردهای مزمن در نظر گرفته می‌شود.

بنابراین، به منظور اطمینان یافتن از موفقیت‌های درمانی، عوامل روانی - اجتماعی مذکور باید در پیوند با عوامل جسمانی و عوامل زمینه ساز روانشناختی مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند. شکی نیست که مدیریت

¹ -analgesic

درد به روش جامع بین رشته‌ای و در نظر گرفتن عوامل جسمانی و روانی به موازات یکدیگر، رویکردی موثر و مقرون به صرفه برای رویارویی با مشکلات درمانی درد است.

۱-۲- بیان مسئله

انسان‌ها در هر سنی دچار درد می‌شوند. درد، یک پدیده جهان می‌باشد که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می‌گردد. بر پایه تعریف انجمن بین‌المللی درد^۱ (IASP، ۱۹۸۶) "درد تجربه ای هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و یا بلافعل بافتی و یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی" است و از عوامل چندگانه‌ای تأثیر می‌پذیرد که شامل عوامل شناختی، عاطفی و محیطی می‌باشد (مرسکی و بوگ دوک^۲؛ ۱۹۹۴ به نقل از ترون^۳، ۲۰۰۴).

انواع متفاوت درد سبب شناسی، همبسته‌ها و کارکردهای متفاوتی برای فرد دارد. ۳ نوع درد مشخص شده است که شامل درد دوره‌ای^۴، درد حاد^۵ و درد مزمن^۶ می‌باشد. درد مزمن دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمان معمول و مورد انتظار طول می‌کشد. بنابر معیارهای انجمن بین‌المللی درد (IASP) این زمان برای اهداف پژوهشی، حداقل ۳ ماه و برای اهداف بالینی ۶ ماه تعیین شده است.

درد مزمن، وضعیتی تحلیل برنده است که فرد را نه تنها با استرسی که درد ایجاد می‌کند، بلکه مشکلات مداومی در بخش‌های گوناگون زندگی وی ایجاد می‌کند، مواجه می‌کند. زندگی با درد مزمن نیازمند به تحمل فشار عاطفی قابل توجه‌ای است به صورتی که منابع عاطفی (هیجانی) فرد را تحلیل می‌برد. در زمان حضور درد مزمن، خواست مداوم فرد برای کاهش و رهایی از آن در بیشتر اوقات دست‌نیافتی می‌گردد، به نحوی که منجر به احساساتی مانند تضعیف روحیه بیمار، ایجاد احساس بیچارگی و درماندگی، ناامیدی و

¹ - International Association For The Study Of Pain

² - Merskey & Bogduk

³ - Thron

⁴ - phasic pain

⁵ - acute pain

⁶ - chronic pain

افسردگی در وی می‌گردد. علاوه بر این، مخارج درد مزمن نه تنها کسانی که از آن رنج می‌برند بلکه حمایت‌های عاطفی اطرافیان وی رانیز تحلیل می‌برد (گچل و ترک، ۲۰۰۲).

شیوع درد مزمن در طول زندگی بین ۱۱ تا ۸۴ درصد می‌باشد (واکر،^۱ ۲۰۰۰). برآوردها نشان می‌دهد که درد مزمن حداقل ۱۰ درصد جمعیت دنیا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کروک^۲ و تنکز^۳، ۱۹۸۵). علاوه بر این، ۱ درصد افراد مبتلا به دردمزمن به شدت ناتوان می‌گردند. در پژوهش انجام شده توسط اصغری مقدم (۱۳۸۳) میزان شیوع درد مزمن مستمر در ایران (در ۶ ماه گذشته و بدون دوره بهبودی) و درد مزمن عود کننده به ترتیب ۱۴ و ۱۵ درصد بوده است. درد مزمن اسکلتی - عضلانی یکی از بیماری‌های شایع در جمعیت عمومی است و در حدود ۱۷-۳۵ درصد از بزرگسالان در جمعیت عمومی، دردهای ناتوان کننده اسکلتی - عضلانی را گزارش می‌دهند (تیلور^۴، دیان^۵، ۲۰۰۶).

توافق کلی بر این است که عوامل فیزیولوژیک به تنهایی نمی‌تواند توجیه کننده شدت درد ادراک شده باشد و در این میان عوامل روانشناختی نیز سهمیم است. در سده بیستم به دنبال شکست درمان‌های پزشکی درد، متخصصان به جنبه‌های غیرحسی درد روی آوردند (کریج^۶، ۱۹۹۱، به نقل گچل و ترک، ۲۰۰۲). بکار بردن واژه‌هایی مانند "ناخوشایند"، "هیجانی" و یا "بالقوه" در تعریف درد، دیدگاه سنتی را به چالش می‌- طلبد. این نوع درد تا حد زیادی بر عملکرد روزانه و حرفه‌ای شخص مبتلا اثر منفی می‌گذارد و علاوه بر درمان‌های دارویی پزشکی نیازمند مداخلات روانشناختی جهت پیشگیری از افت کارکرد و ناتوانی جسمانی و روانی فرد مبتلا است (ترون، ۲۰۰۴).

¹ - Walker
² - Crook
³ - Tunks
⁴ - Taylor
⁵ - Dean
⁶ - Carige

اولین تلاش برای ایجاد مدلی که توانست مسائل ناشی از مدل‌های تک بعدی را پاسخ دهد و عوامل فیزیولوژیک و روانشناختی رایکپارچه کند، نظریه کنترل دروازه ای^۱ بود. ملزک^۲ و کی سی^۳ (۱۹۸۶) سه نظام مربوط به فرایند تحریک گیرند های حساس به درد را از یکدیگر متمایز کرد: حسی - افتراقی، هیجانی - عاطفی و شناختی - قضاوتی. با معرفی ابعاد ۳ گانه توسط ملزاک و کی سی در نظریه کنترل درد که شدت و ماهیت درد را تابعی از سازوکارهای حسی، عاطفی، شناختی می‌دانستند، درمان‌های روانشناختی جای خود را در این حیطه باز کردند (کریج، ۱۹۹۱، به نقل گچل و ترک، ۲۰۰۲)

روانشناسان نقش بزرگی بر درک مسئله درد داشته‌اند. عموماً پذیرفته شده است که در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران به مشکلات پزشکی مزمن، سمپتوم‌های روانشناختی معناداری را تجربه می‌کنند (وایت^۴، ۲۰۰۱)، همین یافته‌هاست که ضرورت مداخلات روانشناختی را در اینگونه بیماران مشخص می‌کند.

هیپنوتیزم، تن آرامی، درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری، از درمان‌های رایج درد مزمن می‌باشد. از میان این درمان‌ها به نظرمی‌رسد که درمان‌ها شناختی رفتاری برای درمان انواع مشکلات درد مزمن مؤثر می‌باشد. مکانیزم زیر بنایی فرایند پیشرفت درمان شناختی رفتاری، تغییرات ایجاد شده در شناخت‌ها و رفتار بیماران می‌باشد (ترنر^۵، هولتزمن^۶، مانسل^۷، ۲۰۰۷). در حال حاضر درمان شناختی رفتاری، اساسی‌ترین درمان غیر پزشکی دردهای مزمن محسوب می‌شود و در واقع این درمان جزء لازم اکثر برنامه‌های کنترل درد مزمن می‌باشد (وایت، ۲۰۰۱).

1 - gate control theory
2 - Melzak
3 - Casey
4 - White
5 - Turner
6 - Holtzman
7 - Mancl

هر چند کاملاً آشکار است که، تغییرات رفتاری عنصری اساسی در سازگاری فرد با درد مزمن است اما مداخلات شناختی، اولین قدم مهم در درمان افرادی است که از درد مزمن رنج می‌برند، به ویژه در بیمارانی که تمایل به حفظ شبکه افکار تحریف شده و باورهای نا کارآمد در مورد دردشان دارند. جنبه‌های شناختی درد ارتباط نزدیکی با جنبه‌های هیجانی درد دارد. باورهای نادرست در مورد درد، ترس از درد یا میزان انتظار میزان بالای درد و ارزیابی شناختی فرد در مورد پیامدهای واقعی یا خیالی درد به ویژه فاجعه سازی درباره درد نقشی در افسردگی دارد و مسئول ایجاد پریشانی هیجانی است (ترون، ۲۰۰۴).

درد مزمن غالباً با پیامدهای روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، ناامیدی، ناکامی، خشم و اختلالات روانشناختی از قبیل اختلالات خلقی، اختلالات خواب، اختلال در کارکردهای روزانه و نگرانی در مورد آینده همراه است (ترون، ۲۰۰۴). تقریباً در حدود نیمی از افراد دارای درد مزمن، علائم افسردگی را بطور معناداری نشان می‌دهند، رقمی که در جمعیت کلی، ۲ تا ۹ درصد می‌باشد (کسلر^۱، چیو^۲، دملر^۳، ۲۰۰۵).

یکی از مهمترین پیش بینی کننده نتایج درمانی در درد مزمن میزان فاجعه آفرینی درد می باشد (سالیوان^۴، ترون، هایتورت ویت^۵، ۲۰۰۱) فاجعه سازی درد، پاسخ هیجانی و شناختی منفی به درد است که شامل بزرگ نمایی^۶، احساس بیچارگی^۷ و بدبینی^۸ می باشد. فاجعه سازی بطور معناداری با درد و افسردگی

1 - Kessler
2 - Chiu
3 - Demelr
4 - Sullivan
5 - Haythorthweaite
6 - magnification
7 - helplessness
8 - pesimism

ارتباط دارد (به نقل از همان منبع). متغیر فاجعه آمیز کردن درد و پذیرش درد در پیش بینی افسردگی حاصل از درد مزمن موثر است (وولز^۱، ۲۰۰۷).

مقابله با درد به تلاش هدفمندی اشاره دارد که هم شامل راهبردهای فعالانه و هم منفعلانه برای مدیریت درد و یا کاهش تأثیر درد می‌گردد، صرف نظر از اینکه این تلاش‌ها موفقیت آمیز باشد (جنسن^۲، ترنر، رومانو^۳، ۲۰۰۱). اغلب راهبردهای مقابله با درد تلاش‌هایی برای غلبه بر درد، کاهش درد و یا اجتناب از آن آن مشخص می‌گردد (مک کراکن^۴، ۲۰۰۳). سیاهه‌های سنجش مقابله با درد، اغلب شامل تفکرات منفی راجع به درد، ترس، خشم و فاجعه آفرینی درد می‌باشد (الاندر^۵، رایبسون^۶، میتچل^۷، ۲۰۰۹).

براساس نتایج دومین طرح سلامت ملی بیماری‌ها (۱۳۸۰) در ایران، احتمال بروز دردهای استخوانی و مفاصل با بالا رفتن سن بیشتر می‌گردد و در کلیه سنین میزان شیوع این دردها در زنان بیشتر از مردان می‌باشد. تفاوت جنسیت در تجربه درد بطور گسترده‌ای گزارش شده است. زنان در کل دردهای بالینی بیشتری را گزارش می‌کنند و حساسیت بیشتری به درد دارند (ادوارد^۸، ۲۰۰۴).

چندین پژوهش در زمینه درد مزمن در ایران انجام گردیده است، اما در آنها متغیر فاجعه سازی درد که هم به عنوان یک متغیر اساسی در افسردگی افراد دارای درد مزمن و هم یک پیش‌بینی کننده مهم در نتایج درمانی است لحاظ نشده است. علاوه بر این پژوهش حاضر به دنبال شناسایی تأثیر درمان شناختی رفتاری در قالب رواندرمانی انفرادی با طرح خط پایه چندگانه بر افراد مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن است. یکی از سؤالات مهم این پژوهش آن است که آیا درمان شناختی رفتاری، قابلیت به کارگیری در درمان

¹ - Vowles

² - Jensen

³ - Romano

⁴ - McCracken

⁵ - Elander

⁶ - Robinson

⁷ - Mitchel

⁸ - Edward

انفرادی بیماران مبتلا به درد مزمن را دارند یا خیر. منتفعین احتمالی از پژوهش پیش‌رو درمانگران، پژوهشگران و افراد مبتلا به دردهای مزمن به ویژه در افراد دارای دردهای اسکلتی-عضلانی می‌باشند. بدیهی است که یافته‌های این پژوهش در توسعه راهبردهای مقرون به صرفه و مؤثر و گسترش درمان بین رشته‌ای درد در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی در ایران، کمک کننده خواهد بود.

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

درد مزمن یکی از رایج‌ترین علل مراجعه به مراکز خدمات پزشکی اولیه است (گچل^۱ و ترک^۲، ۲۰۰۰). شیوع درد مزمن در طول زندگی بین ۱۱ تا ۸۴ درصد می باشد (واکر، ۲۰۰۰). علاوه بر رایج بودن درد مزمن در جامعه، این قبیل بیماری‌ها هم برای جامعه و هم برای افراد مبتلا، هزینه‌های مالی قابل توجهی را بوجود می آورد. در پژوهش انجام شده توسط اصغری مقدم (۱۳۸۳) میزان شیوع درد مزمن مستمر (در ۶ ماه گذشته و بدون دوره بهبودی) و درد مزمن عود کننده به ترتیب ۱۴ و ۱۵ درصد بوده است. برآورد شده است که در ایالت متحده بین ۲۵ تا ۳۰ درصد افراد از درد مزمن رنج می‌برند و سالانه هزینه ای بالغ بر ۱۵۰ بیلیون دارد (پژوهش ملی، ۲۰۰۱، به نقل از ترون، ۲۰۰۴). حتی استفاده کنندگان از خدمات درمانی و پزشکی پیشرفته، میزان دردشان تنها در حدود ۳۵ درصد کاهش می‌یابد.

علاوه بر هزینه‌های بالای درمان دردهای مزمن، مداخلات پزشکی در تشخیص علل و درمان این دردها و ارائه اطلاعات مفیدی در مورد درد به مبتلایان، اغلب شکست می‌خورد. شکست‌های درمانی، عود دردها و مراجعه از این پزشک به آن پزشک و درمان‌های بی نتیجه در بیماران مبتلا احساس استیصال و ناامیدی ایجاد می‌کند.

استفاده از روش‌های درمان روانشناختی طی ۳ دهه گذشته در حوزه‌های پزشکی سنتی به شکل تصاعدی افزایش یافته است. یکی از دلایل اصلی که این روش‌ها به طور گسترده‌ای بوسیله جامعه پزشکی مورد پذیرش قرار گرفته اند، کار آمد بودن آنها در مقابله با مشکلات پزشکی عود کننده سنتی مانند درد مزمن است.

^۱ - Gatchel

^۲ -Turk

همانطور که بیان شد افراد دارای درد مزمن احساس هایی از قبیل خشم، تنهایی، ناامیدی، ناکامی و انزوا و افسردگی را تجربه می کنند و در اثر درد های مقاوم به درمان این افراد دچار اختلالات خلقی، اختلال خواب و اختلال در کارکرد روزانه می گردند. این قبیل افکار، احساسات و رفتارها، پریشانی این افراد را بیشتر می کند و به تدریج ناتوانی را به آنها القاء می کند که منجر به اجتناب از فعالیت های روزانه، احساس ناتوانی بیشتر و از کارافتادگی زود هنگام در آنها می گردد و در نتیجه تبدیل به چرخه ای معیوب و تقریباً دائمی می شود.

با توجه به تأثیرات همه جانبه این قبیل اختلالات بر زندگی بیماران مبتلا و شکست درمان های پزشکی صرف و اثرات درمانی کوتاه مدت، یافتن روش های درمانی مناسب که به بیماران در سازگاری و کنترل درد کمک کند ضروری به نظر می رسد.

در مجموع می توان گفت درد مزمن نه تنها بیماری یک شخص و یک بدن است، بلکه در محیط او (چه در سطح خرد مانند خانواده و چه در سطح کلان مانند جامعه) نیز با پیامدهای منفی قابل ملاحظه ای همراه است. درمان های روانشناختی علاوه بر کاهش افسردگی، کاهش فاجعه آمیز کردن درد، ناتوانی ادراک شده، خشم و.... در این بیماران، موجب افزایش قدرت سازگاری فرد، بهبود راهبردهای مقابله با درد و پذیرش درد و بازگشت دوباره به جامعه می گردند. و به این ترتیب نیاز مراجعه مکرر به مراکز درمانی را کاهش داده و از بار هزینه های در این زمینه می کاهد.