

سلامی



دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشکده‌ی خانواده
پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد
روانشناسی خانواده درمانی

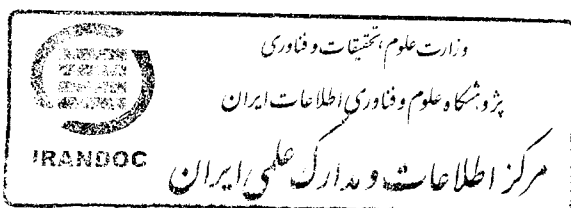
عنوان
بررسی رابطه‌ی توجه انتخابی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی
و مراقبان اصلی آنها در خانواده

استاد راهنما
دکتر محسن دهقانی

اساتید مشاور
دکتر محمود حیدری
دکتر مریم صداقت

اساتید داور
دکتر علی زاده محمدی
دکتر جمال شمس

پژوهشگر
سمیه محمدی
تابستان ۱۳۸۹



۱۴۹۱۶۹

۱۳۸۹/۱۰/۱۹

به پاس تعبیر عظیم و انسانی شان از کلمه ایثار و از خودگذشتگی

**به پاس عاطفه سرشار و گرمای امیدبخش وجودشان که در این
سردترین روزگاران بهترین پشتیبان من بودند**

**به پاس قلب های بزرگشان که فریاد رسم بودند و سرگردانی و
ترسم در پناهِشان به شجاعت می گراید**

و به پاس محبت های بی دریغشان که هرگز فروکش نمی کند

این مجموعه را به پدر و مادر عزیزم تقدیم می کنم

قدردانی و تشکر:

از جناب آقای دکتر دهقانی، که نه تنها راهنمای من در این پژوهش بودند، بلکه در تمامی دوران تحصیل راهنمای من در زندگی بودند بسیار سپاسگذارم.

پژوهش حاضر با کمک و مشارکت صیمانه‌ی بسیاری از بزرگان‌ی صورت گرفت که لازم است در اینجا مراتب قدردانی خودم را از یکایک آنها ابراز کنم:

جناب آقای دکتر حیدری که تمامی کوشش خود را برای بهبود این پژوهش به کار بستند و از هیچ راهنمایی و حمایتی برای بهبود این کار دریغ نکردند.

سرکار خانم دکتر مریم صداقت که در تمامی مراحل جمع‌آوری داده‌ها در بیمارستان آتیه و پس از آن پشتیبانی ارزشمند و دوستی بزرگوار بودند.

دکتر خلیل علی‌زاده که در زمان جمع‌آوری داده‌ها شرایط لازم و مناسب برای اجرای پژوهش در بیمارستان آتیه را فراهم آورده و حمایت و کمک ایشان در اجرای این پژوهش انجام آن را بسیار تسهیل ساخت.

جناب آقای دکتر حسین ملکان، دکتر حمید گرامی و دکتر غلام حسین کاظمیان که با صبر و شکیبایی خود از این پژوهش پشتیبانی کردند.

تمامی بیماران شرکت کننده و مراقبان‌شان در این پژوهش که وقت و صبر زیادی را برای کمک به این پژوهش اختصاص داده و گفته‌ها و سخنان‌شان امیدبخش و الهام بخش انجام این پژوهش بود.

تمامی دوستانم در بیمارستان آتیه که بزرگوارانه مرا در جمع خود پذیرفتند و با راهنمایی‌ها و کمک‌هایشان مرا یاری کردند.

و در آخر از تمامی دوستانم به خصوص خانم رابعه شریفی، مریم رضایی، شهلا نعمتی، آرزو شجیعی، مریم عباسی، سارا آمایه، و آقای علی خطیبی که صبورانه در کنارم بودند و مرا با حمایت‌های همیشگی خود یاری نمودند بسیار سپاسگذارم.

۱	..... فهرست
۱	..... چکیده
۲	..... ۱ معرفی پژوهش
۲	..... ۱-۱ مقدمه
۲	..... ۲-۱ بیان مساله
۹	..... ۳-۱ اهداف پژوهش
۹	..... ۱-۳-۱ هدف کلی
۹	..... ۲-۳-۱ اهداف فرعی
۹	..... ۴-۱ فرضیه‌ها
۱۰	..... ۵-۱ سوالات پژوهش
۱۰	..... ۶-۱ تعریف مفهومی متغیرها
۱۱	..... ۷-۱ تعریف عملیاتی متغیرها
۱۳	..... ۲ ادبیات پژوهش
۱۳	..... ۱-۲ تعریف درد
۱۴	..... ۲-۲ طبقه‌بندی درد
۱۴	..... ۱-۲-۲ مدت
۱۵	..... ۲-۲-۲ منطقه و سیستم
۱۵	..... ۳-۲-۲ علت
۱۵	..... ۳-۲ هزینه‌های ناشی از دردهای مزمن
۱۹	..... ۴-۲ فیزیولوژی درد
۲۰	..... ۱-۴-۲ طبقه‌بندی درد از دیدگاه فیزیولوژیک
۲۲	..... ۲-۴-۲ حساسیت اعصاب پیرامونی
۲۲	..... ۳-۴-۲ انتقال شاخ پشتی
۲۶	..... ۴-۴-۲ آسیب شناسی شاخ پشتی
۲۷	..... ۵-۴-۲ مدارهای تعدیل کننده‌ی فوق نخاعی
۲۸	..... ۶-۴-۲ مسیرهای بالارونده‌ی نخاعی مغزی
۳۱	..... ۵-۲ درد از دیدگاه فلسفی
۳۳	..... ۶-۲ دیدگاه‌های روانشناختی
۳۴	..... ۱-۶-۲ دیدگاه چند بعدی درد
۳۶	..... ۲-۶-۲ مدل شناختی-رفتاری
۳۶	..... ۳-۶-۲ مدل عامل
۳۸	..... ۴-۶-۲ مدل عدم استفاده و شرطی سازی مجدد
۳۹	..... ۵-۶-۲ مدل عدم استفاده در بیماران مبتلا به درد مزمن
۴۱	..... ۶-۶-۲ شرطی سازی مجدد
۴۱	..... ۷-۶-۲ مدل‌های مرتبط با ترس و اجتناب

۴۱	..... ۱-۷-۶-۲ ترس-اجتناب
۴۳	..... ۲-۷-۶-۲ مدل اجتناب از فعالیت
۴۴	..... ۳-۷-۶-۲ مدل اجتناب از ترس
۴۵	..... ۸-۶-۲ نگرانی
۴۸	..... ۹-۶-۲ حساسیت نسبت به اضطراب
۵۱	..... ۱۰-۶-۲ فاجعه‌آمیز کردن درد
۵۴	..... ۷-۲ توجه
۵۴	..... ۱-۷-۲ مکانیسم‌های فیزیولوژیک
۵۶	..... ۲-۷-۲ مدل‌های نظری توجه از دیدگاه فیزیولوژیک
۵۸	..... ۳-۷-۲ توجه انتخابی در حوزه‌ی روانشناسی
۶۲	..... ۸-۲ نقش دیگران مهم در دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی
۶۲	..... ۱-۸-۲ بررسی تاثیرات اجتماعی
۶۲	..... ۱-۱-۸-۲ مدل ارتباطی درد
۶۴	..... ۲-۱-۸-۲ دلبستگی
۶۶	..... ۳-۱-۸-۲ همدردی
۷۰	..... ۲-۸-۲ بررسی فرایندهای شناختی درگیر در مزمن شدن دردهای عضلانی-اسکلتی در دیگران مهم
۸۳	..... ۳ روش تحقیق
۸۳	..... ۱-۳ جامعه‌ی مورد پژوهش
۸۳	..... ۲-۳ ابزار تحقیق
۸۳	..... ۱-۲-۳ پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی
۸۴	..... ۲-۲-۳ مقیاس شدت دیداری درد
۸۵	..... ۳-۲-۳ مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد
۸۶	..... ۴-۲-۳ مقیاس ترس از حرکت تمپا
۸۶	..... ۵-۲-۳ پرسشنامه‌ی ناتوانی ناشی از درد
۸۷	..... ۶-۲-۳ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس-۴۲ (DASS-42)
۸۸	..... ۷-۲-۳ آزمون کاوش نقطه تصویری
۹۱	..... ۱-۷-۲-۳ نرم افزار
۹۴	..... ۲-۷-۲-۳ سخت افزار
۹۴	..... ۳-۳ روش اجرای پژوهش
۹۵	..... ۴-۳ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۹۸	..... ۴ یافته‌های پژوهش
۹۸	..... ۱-۴ توصیف داده‌های حاصل از پژوهش
۱۰۲	..... ۲-۴ بررسی فرضیه‌ها و سوالات پژوهش
۱۰۲	..... ۱-۲-۴ فرضیه‌ی نخست
۱۰۶	..... ۲-۲-۴ فرضیه‌ی دوم
۱۰۷	..... ۳-۲-۴ فرضیه‌ی سوم
۱۰۸	..... ۴-۲-۴ فرضیه‌ی چهارم
۱۰۹	..... ۳-۴ سوالات پژوهش

۱۰۹	..... ۱-۳-۴ سوال اول
۱۱۱	..... ۲-۳-۴ سوال دوم
۱۱۲	..... ۴-۴ یافته‌های جانبی
۱۱۲	..... ۱-۴-۴ مقایسه‌ی ویژگی‌های مرتبط با درد در دو گروه
۱۱۵	..... ۵ بحث و نتیجه‌گیری
۱۱۵	..... ۱-۵ تبیین یافته‌ها
۱۲۹	..... ۲-۵ محدودیت‌ها
۱۲۹	..... ۳-۵ پیشنهادات
۱۳۱	..... منابع
۱۵۶	..... پیوست‌ها

فهرست جداول

۹۹	..... جدول ۱-۴ مقایسه‌ی سن و سال‌های تحصیل در گروه بیماران، مراقبان و گروه کنترل
۱۰۰	..... جدول ۲-۴ بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل در متغیرهای سن و سال‌های تحصیل
۱۰۱	..... جدول ۳-۴ بررسی تفاوت گروه کنترل با گروه بیماران در متغیر جنسیت
۱۰۱	..... جدول ۴-۴ بررسی تفاوت گروه کنترل با گروه مراقبان در وضعیت تاهل
۱۰۱	..... جدول ۵-۴ بررسی تفاوت گروه کنترل با گروه مراقبان در متغیر جنسیت
۱۰۱	..... جدول ۶-۴ بررسی تفاوت گروه کنترل با گروه مراقبان در وضعیت تاهل
۱۰۳	..... جدول ۷-۴ نتایج تحلیل واریانس چند راهه برای شاخص‌های توجه در ۳ گروه
۱۰۳	..... جدول ۸-۴ نتایج آزمون تعقیبی توکی در شاخص توجه به محرک‌های دردناک بین ۳ گروه
۱۰۵	..... جدول ۹-۴ بررسی تفاوت میانگین شاخص‌های توجه از صفر
۱۰۵	..... جدول ۱۰-۴ بررسی شاخص‌ها توجه با یکدیگر در هر گروه
۱۰۶	..... جدول ۱۱-۴ نتایج آزمون مانوا برای مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس بین سه گروه
۱۰۷	..... جدول ۱۲-۴ بررسی رابطه‌ی فاجعه‌آمیز کردن درد و شدت درد و ناتوانی و توجه انتخابی در بیماران
۱۰۸	..... جدول ۱۳-۴ بررسی رابطه‌ی ترس از حرکت با مقیاس‌های توجه انتخابی و تخمین درد و ناتوانی
۱۰۹	..... جدول ۱۴-۴ بررسی میانگین‌های دو گروه در متغیرها مربوط به شدت درد
۱۱۱	..... جدول ۱۵-۴ بررسی رابطه‌ی فاجعه‌آمیز کردن درد و شدت درد و ناتوانی و توجه انتخابی در مراقبان
۱۱۲	..... جدول ۱۶-۴ نتایج آزمون مانوا در بررسی تفاوت گروه بیماران و مراقبان در زیر مقیاس‌های فاجعه‌آمیز کردن درد
۱۱۳	..... جدول ۱۷-۴ نتایج تفاوت میانگین‌های دو گروه در پرسشنامه‌ی ترس از حرکت

فهرست شکل‌ها

۲۴	..... شکل ۱-۲ مسیر عبور محرک دردناک از طریق شاخ پشتی
۲۵	..... شکل ۲-۲ دروازه‌ی درد ملزاک و وال
۳۰	..... شکل ۳-۲ مناطق مختلف درگیر در فرایند ادراک درد
۴۴	..... شکل ۴-۲ مدل اجتناب از فعالیت
۵۲	..... شکل ۵-۲ فاجعه‌آمیز کردن، گوش به زنگی، ترس از حرکت و اجتناب
۹۲	..... شکل ۱-۳ ترتیب ارائه و زمان بندی ارائه شده در آزمون کاوش نقطه‌ی تصویری
۹۲	..... شکل ۲-۳ توضیح فرایند انجام آزمون

- شکل ۳-۳ نحوه‌ی ارائه‌ی محرک در آزمون کاوش نقطه‌ی تصویری ۹۴
- شکل ۱-۴ میانگین‌های گروه‌های بیماران، مراقبان و گروه کنترل در شاخص‌های توجه به محرک دردناک و توجه به محرک شاد ۱۰۵
- شکل ۲-۴ نمودار ستونی میانگین‌های گروه‌های بیماران، مراقبان و گروه کنترل در شاخص‌های توجه به محرک دردناک و توجه به محرک شاد ۱۰۵
- شکل ۳-۴ نمودار تخمین شدت درد بیمار از نظر بیماران و مراقبان ۱۱۱
- شکل ۴-۴ تفاوت میانگین‌های بیماران و مراقبان در زیرمقیاس‌های فاجعه آمیز کردن درد ۱۱۴

چکیده:

دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی نه تنها در باورها و شناخت‌های بیماران تاثیر می‌گذارند بلکه متعاقباً شناخت‌های مراقبان در مورد درد را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهند. از جمله حوزه‌های شناختی مورد توجه، سوگیری شناختی این بیماران نسبت به محرک‌های مرتبط با درد است. با توجه به شباهت‌های موجود میان باورها و شناخت‌های بیماران و مراقبان اصلی آنها در خانواده در مورد درد، هدف از انجام این پژوهش بررسی سوگیری‌های شناختی در مراقبان و بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی است. ۱۳۵ (۳۰ نفر مذکر، ۱۰۵ نفر مونث) بیمار مبتلا به دردهای مزمن و ۱۳۲ نفر (۵۶ نفر مذکر، ۷۶ نفر مونث) از مراقبان اصلی آنها در خانواده نمونه‌ی پژوهش حاضر را تشکیل دادند. ۵۲ نفر (۱۸ نفر مذکر، ۳۴ نفر مونث) از افرادی که خود یا اعضای خانواده‌یشان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی نبودند نیز به عنوان گروه کنترل در پژوهش استفاده شد. بیماران و مراقبان به پرسشنامه‌های مربوط به تخمین شدت درد، فاجعه‌آمیز کردن درد، ترس از حرکت، افسردگی، اضطراب و استرس پاسخ دادند و در نهایت هر سه گروه در آزمون کاوش نقطه‌ی تصویری شرکت کردند. نتایج حاکی از این است که تفاوت معناداری میان فاجعه‌آمیز کردن درد، ترس از حرکت، و افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران و مراقبان وجود ندارد. علاوه بر اینکه تفاوت بین دو گروه در توجه انتخابی نسبت به محرک دردناک و توجه به محرک شاد نیز معنادار نیست. با این حال تفاوت معناداری بین توجه انتخابی به محرک دردناک در گروه بیماران و مراقبان با گروه کنترل وجود دارد. بنابراین با توجه به وجود نیمرخ روانشناختی مشابه در مورد متغیرهایی همچون تخمین شدت درد، فاجعه‌آمیز کردن درد، و ترس از حرکت در بیماران و مراقبان و با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که وجود نیمرخ روانشناختی و باورها و شناخت‌های مشابه بین بیماران و مراقبان در ایجاد سوگیری‌های شناختی آنها نسبت به محرک‌های دردناک می‌تواند نقش داشته باشد.

کلید واژه‌ها: درد مزمن، درد عضلانی-اسکلتی، فاجعه‌آمیز کردن درد، ترس از حرکت

فصل اول

معرفی پژوهش

۱ معرفی پژوهش

۱-۱ مقدمه

بدون تردید همه ما در زندگی خود بارها با بیماری‌های گوناگون دست و پنجه نرم کرده‌ایم. آنچه در تمام این موارد مشترک بوده، تجربه حس ناخوشایندی به نام درد است. احساس درد تجربه‌ای جهانی است و تمام مردم روی زمین از این نظر یکسان هستند. به دلیل اهمیت این موضوع، دانشمندان علوم مختلف از جمله پزشکی و روانشناسی در دهه اخیر توجه خاصی به شناسایی ماهیت و چگونگی بروز درد داشته‌اند. در نتیجه این تحقیقات مشخص شده که میزان احساس درد و چگونگی پاسخ به آن تا حد زیادی به وضعیت جسمی، روحی و فرهنگی افراد بستگی دارد. مواجهه قبلی اشخاص با درد نیز در چگونگی احساس آن موثر است. اگرچه درد در بسیاری از موارد نشانه بیماری محسوب می‌شود، اما چنانچه این حالت ادامه یابد تبدیل به وضعیتی مزمن می‌شود. در این حال دیگر درد نه به عنوان علامت بیماری، بلکه خود یک بیماری محسوب می‌شود که نیازمند توجه خاصی است. در این پژوهش قصد داریم به بررسی هرچه بیشتر عوامل تاثیرگذار در ادامه یافتن و مزمن شدن دردهای عضلانی-اسکلتی بپردازیم تا شاید با شناخت بهتر این عوامل بستر مناسب‌تری برای مداخلات درمانی مربوط به درد ایجاد نماییم.

۲-۱ بیان مساله

درد، حسی ناخوشایند و تجربه‌ای هیجانی است که با آسیب بافتی واقعی یا محتمل در ارتباط است یا برحسب چنین آسیب‌هایی توصیف می‌شود (انجمن بین‌المللی درد^۱، ۱۹۸۶). در پزشکی درد موضوعی کاملاً ذهنی است. مارگو مک کافری^۲ در سال ۱۹۶۸ درد را این چنین تعریف می‌کند، "درد همان چیزی است که فرد تجربه کننده در مورد آن می‌گوید و در همان جایی وجود دارد که وی بیان می‌کند"، این تعریف بعدها به طور گسترده در پرستاری به کار گرفته شد (مک کافری، ۱۹۶۸؛ پاسرو^۳ و مک کافری، ۱۹۹۹). دردهایی

¹ International Association for the Study of Pain

² Margo McCaffery

³ Pasero

که افراد در قسمت‌های مختلف بدن خود احساس می‌کنند، مهمترین علت مراجعه‌ی نیمی از آمریکایی‌ها به پزشک است. درد علامت اصلی بسیاری از موقعیت‌های پزشکی است و تاثیر قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی و عملکرد عمومی بیمار می‌گذارد. در اکثر موارد بیماری بر اساس مدت، شدت، نوع، مبدا و مکان درد در بدن تشخیص داده می‌شود. درد معمولاً بدون هر گونه درمان یا با درمان‌های ساده مثل استراحت کردن و استفاده از مسکن‌ها از بین می‌رود، چنین دردی، درد حاد^۱ نامیده می‌شود. اما برخی از انواع دردها به راحتی از بین نرفته و به درد مزمن^۲ تبدیل می‌شوند، یعنی حالتی که در آن درد دیگر نشانه‌ی بیماری نیست بلکه خود نوعی بیماری محسوب می‌شود. درد مزمن به دردی گفته می‌شود که بیشتر از زمان لازم برای بهبود بیماری یا آسیب ایجاد شده باقی بماند (شیپتون^۳ و تیت^۴، ۲۰۰۵).

تا کنون نظریه‌های مختلفی سعی نموده‌اند تا چگونگی تجربه‌ی درد و نقش عوامل مختلف تاثیر گذار در آن را تبیین نمایند. برای مثال رویکرد سنتی بر وجود ارتباط مستقیم میان درد و میزان آسیب بافتی تاکید دارد. اما وجود بیمارانی که بدون هیچ آسیب بافتی، درد را تجربه می‌کنند و بر عکس بیمارانی که با وجود آسیب بافتی هیچ دردی را تجربه نمی‌کنند، و عدم هماهنگی میان محل آسیب بافتی برخی از بیماران و دردی که گزارش می‌دهند، نشان دهنده‌ی وجود عوامل دیگری غیر از آسیب جسمانی در تجربه درد است (ترک^۵، ۱۹۹۹). در واقع قرار دادن درد مزمن تنها در چارچوب زیستی-پزشکی کمک چندانی برای بهبود آن نمی‌کند (آلدریچ^۶، اکلستون^۷، و کرومبیز^۸، ۲۰۰۰). در حال حاضر و با توجه به شواهد تجربی بدست آمده پژوهشگران حوزه‌های مختلف درد را صرفاً در قالب زیستی و پزشکی مورد بررسی قرار نمی‌دهند بلکه آن را به عنوان فرایندی رشدی، چند بعدی و پیچیده قلمداد می‌کنند که عوامل روانی و اجتماعی و زیستی مختلف در ایجاد

¹ acute Pain
² chronic Pain
³ Shipton
⁴ Tait
⁵ Turk
⁶ Aldrich
⁷ Eccleston
⁸ Crombez

و حفظ آن نقش دارند (اسکوینگتون^۱، ۱۹۹۵؛ گچل^۲ و ترک، ۱۹۹۶). بنابراین درد تنها مربوط به یک حوزه‌ی خاص نمی‌شود و علوم مختلف هر یک به نوبه‌ی خود و با توجه به دست آوردهای سایر علوم سعی نموده‌اند درد و عوامل مختلف درگیر در ادراک، ایجاد و باقی ماندن آن را به بهترین شکل تبیین نمایند. در میان این علوم روانشناسی و علوم مرتبط با آن نقش فعالی در انجام پژوهش‌های مرتبط با درد داشته است. کارهای پژوهشی انجام شده در این حوزه منجر به شکل‌گیری نظریه‌های مختلفی شده است که هر یک با در نظر گرفتن برخی از عوامل موثر در مزمن شدن درد سعی کرده‌اند از دید خود این پدیده را تبیین نمایند. در این میان مدل‌هایی همچون ترس-اجتناب^۳، فاجعه‌آمیز کردن درد^۴، گوش به زنگی^۵، حساسیت نسبت به اضطراب^۶ و توجه انتخابی^۷ به محرک‌های دردناک بیش از سایر مدل‌ها مورد تاکید قرار گرفته‌اند.

مدل ترس-اجتناب نخستین بار در ۱۹۸۳ مطرح شد (لتم^۸، اسلید^۹، تروپ^{۱۰}، و بنتلی^{۱۱}، ۱۹۸۳). بر اساس مدل لتم و همکاران (۱۹۸۳)، ترس از درد و اجتناب از محرک‌های دردناک باعث تثبیت رفتارها و تجربیات مرتبط با درد حتی در غیاب آسیب جسمانی می‌شود (ولاین^{۱۲} و لیتون^{۱۳}، ۲۰۰۰). فاجعه‌آمیز کردن درد به معنای جهت‌گیری منفی مبالغه‌آمیز نسبت به درد پیش‌بینی شده‌ی احتمالی و یا واقعی است (سالیوان^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۱). گوش به زنگی نسبت به محرک دردناک به این معنا است که فرد به دنبال محرک‌های دردناک در محیط است (چپمن^{۱۵}، ۱۹۸۷؛ اکلستون و کرومبیز، ۱۹۹۹)، همچنین نشان داده شده است که حساسیت نسبت به اضطراب به عنوان ترس از نشانه‌های ناشی از اضطراب (مثل تپش قلب، سرگیجه و

¹ Skevington

² Gatchel

³ fear-avoidance

⁴ catastrophizing

⁵ hypervigilance

⁶ anxiety sensitivity

⁷ selective attention

⁸ Lethem

⁹ Slade

¹⁰ Troup

¹¹ Bently

¹² Vlaeyen

¹³ Linton

¹⁴ Sullivan

¹⁵ Chapman

لرزش) در این باور که پیامدهای مخربی در راه است تاثیر می‌گذارد (ریس^۱، ۱۹۹۱؛ ریس و مک نالی^۲، ۱۹۸۵). تحقیقات نشان می‌دهد که بین ترس مرتبط با درد و اضطراب و حساسیت نسبت به اضطراب ارتباط وجود دارد (آسماندسون، نورتون، و ولاین، ۲۰۰۴؛ نورتون و آسماندسون، ۲۰۰۳؛ شارپ، ۲۰۰۱؛ ولاین و لینتون، ۲۰۰۰). طبق پژوهش آسماندسون و نورتون (۱۹۹۵) بیماران مبتلا به درد مزمن که دارای حساسیت نسبت به اضطراب بالایی بودند بیش از سایر بیماران اضطراب شناختی مرتبط با درد، ترس از درد و رفتارهای فرار-اجتناب نشان می‌دادند. آسماندسون و تیلور (۱۹۹۶) متوجه شدند که ارتباط مستقیمی میان حساسیت نسبت به اضطراب و ترس از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی وجود دارد. اگر چه مدل‌های مطرح شده در بالا عوامل مختلفی برای بررسی مزمن شدن درد مورد بررسی قرار می‌دهند اما یک عامل مشترک در میان آنها به چشم می‌خورد و آن نقش اضطراب و تاثیر فرایندهای شناختی مرتبط با آن در مزمن شدن دردهای عضلانی-اسکلتی است. از جمله مهمترین فرایندهای شناختی که نظر بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است، توجه انتخابی به خصوص توجه انتخابی به محرک‌های مرتبط با درد است.

بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته توجه انتخابی به محرک‌های دردناک باعث افزایش درد و ناتوانی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود (اکلستون، ۱۹۹۵). توجه، مکانیزمی است که بر اساس آن رویدادهای حسی، انتخاب شده و به حوزه‌ی آگاهی راه می‌یابند، این مکانیزم در ادراک درد نقشی کلیدی دارد. مطالعات انجام شده بر روی توجه و درد بر گنجایش محدود شناخت انسان تصدیق می‌کنند و با توجه به اینکه محرک‌های حسی از جمله محرک‌های تحریک کننده‌ی گیرنده‌های درد^۳، بسیار فراتر از گنجایش شناختی انسان هستند بنابراین برای انجام رفتارهای هدفمند تنها برخی از آنها باید انتخاب شده و به حوزه آگاهی وارد شوند. بنابراین توجه به محرک‌های دردناک منجر به پردازش و آگاه شدن فرد از آنها می‌شود (لگرین^۴ و

¹ Reiss
² McNally
³ nociceptor
⁴ Legrain

همکاران، ۲۰۰۹). در شماری از تحقیقات صورت گرفته مشخص شده است که بیماران مبتلا به درد مزمن، به خصوص اگر افسرده یا مضطرب باشند، نسبت به محرک‌های دردناک سوگیری انتخابی دارند و بیشتر توجه خود را معطوف به این دسته از محرک‌ها می‌کنند. نکته‌ی کلیدی و بالینی این است که چنین محرک‌هایی برای پردازش شناختی در اولویت قرار گرفته و مانع توجه به محرک‌های دیگر می‌شوند و در سایر رفتارهای فرد تداخل ایجاد کرده و باعث کاهش عملکرد فرد در سایر حیطه‌ها می‌شوند (ادواردز، پیرس^۱، کالت^۲، و پیوگ^۳، ۱۹۹۲؛ هاروی^۴، ریچاردز^۵، دیزیداز^۶، و سویندل^۷، ۱۹۹۳؛ پینکس^۸، پیرس، مک کلند^۹، و ترنر^{۱۰}، ۱۹۹۳؛ دهقانی، شارپ^{۱۱}، و نیکولاس^{۱۲}، ۲۰۰۳).

در اکثر موارد انتخاب محرک‌های مربوط به درد از میان سایر محرک‌ها و توجه به آن امری طبیعی قلمداد می‌شود زیرا درد ارتباط مستقیمی با آسیب بدنی و بقای انسان دارد (کرومبز، بینز^{۱۳}، و الن^{۱۴}، ۱۹۹۴؛ اکلستون، ۱۹۹۴). در این میان نقش بافت محیطی و اجتماعی نیز حائز اهمیت است. یکی از مفاهیم کلیدی نظریه‌های شناختی-رفتاری در توصیف درد مزمن تاکید بر ارتباط میان رفتارهای مرتبط با درد بیماران (مثل ضعف، شکایت از درد و استراحت زیاد) و نوع پاسخ‌های افراد مهم زندگی آنها مثل والدین، همسر و اعضا خانواده می‌باشد (فوردایس^{۱۵}، فولر^{۱۶}، لیمن^{۱۷}، و دیلاتور^{۱۸}، ۱۹۶۸؛ کیف^{۱۹} و لیفویبر^۱، ۱۹۹۴). به نظر می‌رسد

-
- 1 Pearce
 - 2 Collett
 - 3 Pugh
 - 4 Harvey
 - 5 Richards
 - 6 Dziadosz
 - 7 Swindell
 - 8 Pincus
 - 9 McClelland
 - 10 Turner
 - 11 Sharp
 - 12 Nicolas
 - 13 Beayens
 - 14 Ellen
 - 15 Fordyce
 - 16 Fowler
 - 17 Lehmann
 - 18 Delateur
 - 19 Keefe

همسران یا والدینی که خود آشفته‌تر هستند و یا بیشتر به فاجعه‌سازی درد می‌پردازند به احتمال زیادتری نقش حمایت‌کنندگی^۲ به خود گرفته و اکثر مسئولیت‌های بیمار را بر عهده می‌گیرند و وی را از انجام کارهایی که به نظرشان آسیب‌زا می‌آید منع می‌کنند. این قبیل رفتارها به عنوان "بیش حمایتگری"^۳ و یا پاسخ‌های "توام با نگرانی"^۴ شناخته می‌شوند (فوردایس، ۱۹۷۶). بیمارانی که اعضا خانواده و مراقبانشان چنین رفتارهایی دارند، معمولاً ناتوانی، آشفتگی و درد بیشتری را نسبت به دیگر بیماران تجربه می‌کنند (رومانو^۵ و همکاران، ۱۹۹۵). از این رو به نظر می‌رسد مراقبت و توجه بیشتر مراقبان اصلی و اعضای خانواده نسبت به درد بیماران منجر به افزایش شدت درد (واکر و همکاران، ۲۰۰۶) و تقویت رفتارهای درد (فلور^۶، کرنز^۷، و ترک، ۱۹۸۷) در آنها می‌شود. با توجه به تحقیقات صورت گرفته به نظر می‌رسد نه تنها توجه به نشانه‌های درد بلکه دست کم گرفتن رفتارهای درد از طریق رفتارهایی همچون انتقاد کردن و جدی نگرفتن علائم نیز باعث افزایش نشانه‌های جسمانی در فرد می‌شود (کواکز^۸ و بک، ۱۹۷۷). صرف نظر از رویکرد حمایت بیش از حد یا انتقاد بیش از حد مراقبان نسبت به بیماران درد مزمن، نقطه‌ی مشترک این دو رویکرد می‌تواند این باشد که در هر دو، مراقبان نسبت به رفتارهای حاکی از درد حساس شده و این رفتارها بیشتر مورد توجه آنها قرار می‌گیرند و در اصطلاح گفته می‌شود که نوعی توجه انتخابی به درد شکل گرفته است.

روش‌های مختلفی برای ارزیابی توجه انتخابی تدوین شده است. از جمله این روش‌ها آزمون کاوش نقطه^۹ است (مک لئود^{۱۰}، متیوز^{۱۱}، و تاتا^{۱۲}، ۱۹۸۶). در این آزمون زمان پاسخگویی سریع‌تر به محرک‌های تهدید-آمیز به معنای توجه بیشتر به آنها است و هرچه زمان پاسخ طولانی‌تر باشد بیانگر اجتناب از این محرک‌ها

¹ Lefevbre

² protective Role

³ over Protective

⁴ solicitous

⁵ Romano

⁶ Flor

⁷ Kerns

⁸ Kovacs

⁹ Dot-Probe

¹⁰ MacLeod

¹¹ Mathews

¹² Tata

می‌باشد (آسماندسون و استین^۱، ۱۹۹۵). نتایج این آزمون در بیماران مبتلا به درد نشان می‌دهد که این دسته از بیماران نسبت به افراد سالم یا بیمارانی که دچار درد مزمن نیستند، به محرک‌های تهدیدآمیز مرتبط با محرک‌های درد توجه بیشتری نشان می‌دهند (کئوگ، الری^۲، هانت^۳، و هانت^۴؛ ۲۰۰۱a). اما محدودیت‌های استفاده از کلمات در آزمون کاوش نقطه همچون فرهنگ بسته بودن آن و عدم امکان مقایسه نتایج بین فرهنگ‌ها و زبان‌های گوناگون باعث شده است که در تحقیقات جدیدتر تصاویر جایگزین کلمات شوند (خطیبی، دهقانی، شارپ، آسماندسون، و پوراعتماد، ۲۰۰۹). خطیبی و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که افراد مبتلا به درد مزمن نسبت به گروه کنترل توجه انتخابی بیشتری نسبت به محرک‌های مرتبط با درد دارند و در منحرف کردن توجه خود از این محرک‌ها با مشکل بیشتری مواجه می‌باشند.

بنابراین با توجه به نقش اعضا خانواده و به ویژه مراقب اصلی در میزان درد و نحوه‌ی نشان دادن علائم از سوی فرد بیمار، هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه‌ی رفتارها و افکار مرتبط با درد و به ویژه توجه انتخابی به محرک‌های دردناک در مراقبان اصلی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی با شدت درد، و نوع رفتار و افکار مرتبط با درد در بیمار است.

¹ Stein
² Ellery
³ Hunt
⁴ Hannent

۱-۳ اهداف پژوهش

۱-۳-۱ هدف کلی

بررسی توجه انتخابی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی و مراقب اصلی آنها در خانواده و مقایسه‌ی آنها با گروه کنترل

۱-۳-۲ اهداف فرعی

مقایسه‌ی شدت درد گزارش شده از طرف بیمار با شدت درد گزارش شده از طرف مراقب مقایسه‌ی سطح افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی، مراقبان اصلی آنها و گروه کنترل

بررسی رابطه‌ی فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی با توجه انتخابی، ناتوانی و گزارش بیمار از میزان شدت درد در هفته‌ی گذشته، زمان حال و هفته‌ی آینده

بررسی رابطه‌ی فاجعه‌آمیز کردن درد در مراقبان اصلی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی با توجه انتخابی و گزارش مراقب از میزان شدت درد در هفته‌ی گذشته، زمان حال و هفته‌ی آینده

بررسی رابطه‌ی ترس از حرکت در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی با توجه انتخابی، شدت درد و ناتوانی در آنها

بررسی رابطه‌ی ترس از حرکت در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی و توجه انتخابی مراقبان اصلی آنها به محرک‌های دردناک

۱-۴ فرضیه‌ها

توجه انتخابی بیماران، مراقبان اصلی و گروه کنترل نسبت به محرک‌های دردناک متفاوت است. سطح افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی، مراقبان اصلی آنها در خانواده و گروه کنترل متفاوت است.

فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی با توجه انتخابی، ناتوانی و گزارش بیمار از میزان شدت درد در هفته‌ی گذشته، زمان حال و هفته‌ی آینده ارتباط دارد.

ترس از حرکت در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی با توجه انتخابی، ناتوانی و گزارش بیمار از میزان شدت درد در هفته‌ی گذشته، زمان حال و هفته‌ی آینده ارتباط دارد.

۱-۵ سوالات پژوهش

آیا گزارش بیمار از میزان شدت درد در هفته‌ی گذشته، زمان حال و هفته‌ی آینده با گزارش مراقب از میزان شدت درد در هفته‌ی گذشته، زمان حال و هفته‌ی آینده متفاوت است؟

آیا فاجعه‌آمیز کردن درد در مراقبان اصلی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی با توجه انتخابی و گزارش مراقب از میزان شدت درد در هفته‌ی گذشته، زمان حال و هفته‌ی آینده ارتباط دارد؟

۱-۶ تعریف مفهومی متغیرها

اضطراب: اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی که منشا آن از نظر فرد ناشناخته است. اضطراب شامل علائم دیگری همچون عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی نیز می‌باشد (اهمن^۱، ۲۰۰۰).

استرس: استرس یا تنیدگی واکنشی است که در فرد در اثر حضور عاملی دیگر به وجود می‌آید و قوای فرد را برای رو به رو شدن با آن بسیج کرده و ارگانسیم یا موجود زنده را برای مواجهه با آن آماده می‌سازد. تغییر شغل، نقل مکان به یک شهر جدید، ازدواج، مرگ نزدیکان و وجود یک بیماری مهم در خانواده از جمله عوامل بیرونی رهاسازی فشار عصبی هستند. جالب آنکه حوادث شادی‌آور نیز می‌توانند به همان اندازه وقایع غم‌بار برای انسان فشارزا باشند. برخی از عوامل درونی مثل ناراحتی‌های جسمی و روانی و بخشی از ویژگی-

های شخصیتی مانند نیاز برای دست آوردن رضایت دیگران نیز می‌توانند فشارزا باشند (سلیه^۲، ۱۹۵۶)

افسردگی: افسردگی یکی از شایعترین تشخیص‌های روانپزشکی است که مشخصه‌ی اصلی آن خلق افسرده است و با احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می-

شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۷).

¹ Ohman

² Selye

ترس از حرکت: ترس از آسیب‌دیدگی یا ترس از دردی است که ممکن است به خاطر انجام دادن فعالیت‌های فیزیکی ایجاد شود. این نوع ترس معمولاً غیرمنطقی و بدون دلیل است (کوری^۱، میلر^۲، و تاد^۳، ۱۹۹۰).
فاجعه‌آمیز کردن: فاجعه‌آمیز کردن درد به معنای جهت‌گیری منفی مبالغه‌آمیز نسبت به درد پیش‌بینی شده-ی احتمالی و یا واقعی است (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۱).

ناتوانی ناشی از درد: بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی هر نوع محدودیت یا عدم توانایی برای انجام فعالیتی خاص به شیوه‌ای که طبیعی قلمداد شود، ناتوانی در نظر گرفته می‌شود. ناتوانی ناشی از درد، به معنای عدم توانایی فرد در انجام کارها و فعالیت‌های روزانه به خاطر وجود درد شدید است (باتلر^۴، ۲۰۰۹).

۷-۱ تعریف عملیاتی متغیرها

اضطراب: نمره‌ای که فرد از زیر مقیاس اضطراب پرسشنامه‌ی DASS بدست می‌آورد.
استرس: نمره‌ای که فرد از زیر مقیاس استرس پرسشنامه‌ی DASS بدست می‌آورد.
افسردگی: نمره‌ای که فرد از زیر مقیاس افسردگی پرسشنامه‌ی DASS بدست می‌آورد.
ترس از حرکت: نمره‌ای که فرد از پرسشنامه‌ی ترس از حرکت (TSK) بدست می‌آورد.
فاجعه‌آمیز کردن: نمره‌ای که فرد از مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد بدست می‌آورد.
ناتوانی ناشی از درد: به نمره‌ای گفته می‌شود که فرد از پرسشنامه‌ی PDQ بدست می‌آورد.

¹ Kori
² Miller
³ Todd
⁴ Butler