



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روان‌شناسی

**موضوع:**

مقایسه‌ی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی

در کاهش درد، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن

از

ماریه عبدالقادری

**استاد راهنما:**

دکتر موسی کافی

آذر

1392



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روان شناسی عمومی

**عنوان:**

**مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی**

**در کاهش درد، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن**

از:

ماریه عبدالقادری

استاد راهنما:

دکتر موسی کافی

استاد مشاور:

دکتر عالیا صابری

آذر 1392

تقدیم به:

همه خوبانی که در این راه من رایاری دادند

و همه آنانی که دوستان دارم

تقدیر و تشکر:

بدینوسیله از زحمات صادقانه و راهنمایی‌های بی‌شائبه‌ی پدر، دوست و استاد گرامیم جناب آقای  
دکتر کانی و مشاوره‌های خانم دکتر صابری که در اجرا و انجام پژوهش من رایاری نمودند تشکر می‌-

شود.

و سپاس از

همکاری مسئولان کلینیک امام رضا و بعثت شهر رشت و کلیه‌ی بیماران مبتلابه که در دردمن

شرکت کننده در پژوهش حاضر

و قدردانی از

همه زحمات و کمک‌های مفید بی‌شائبه و همه‌جانبه‌ی خانواده ام و راهنمایی‌های خانم دکتر مرضیه

عارفی

Contents

چکیده ..... ۰

فصل اول کلیات پژوهش ..... 1

بیان مسئله ..... 4

اهمیت و ضرورت پژوهش ..... 8

اهداف پژوهش ..... 10

فرضیه‌های پژوهش ..... 10

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها ..... 10

فصل دوم پیشینه پژوهش ..... 12

کمر درد ..... 13

ذهن آگاهی ..... 26

درمان شناختی-رفتاری ..... 35

افسردگی ..... 42

اضطراب ..... 48

پژوهش‌های داخلی و خارجی در زمینه متغیرهای پژوهش ..... 49

فصل سوم روش شناسی ..... 64

روش پژوهش ..... 65

جامعه آماری ..... 65

نمونه و روش نمونه‌گیری ..... 65

ابزار پژوهش ..... 66

روش‌های مداخله ..... 67

روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها ..... 71

شیوه اجرا ..... 72

فصل چهارم یافته‌ها ..... 73

یافته‌های توصیفی ..... 74

یافته‌های استنباطی ..... 78

فصل پنجم بحث و نتیجه‌گیری ..... 82

بحث و نتیجه‌گیری مربوط به فرضیه‌ها ..... 83

محدودیتها و پیشنهادهای پژوهش ..... 89

.....	منابع.....
	91.
106.....	پیوست‌ها.....
107.....	پرسشنامه درد مک گیل.....
108.....	مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی داس (DASS-21).....

### فهرست جدول‌ها

65 .....	جدول 3-1.....
75 .....	جدول 4-1.....
76 .....	جدول 4-2.....
77 .....	جدول 4-3.....
78 .....	جدول 4-4.....
79 .....	جدول 4-5.....
80 .....	جدول 4-6.....
81 .....	جدول 4-7.....
81 .....	جدول 4-8.....

### فهرست نمودارها

74 .....	نمودار 4-1.....
75 .....	نمودار 4-2.....

## چکیده

**عنوان:** مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان شناختی رفتاری در کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن  
**دانشجو:** ماریه عبدالقادری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بود. روش پژوهش حاضر آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون) با استفاده از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. تعداد 30 نفر از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن از بیمارستان پورسینا و کلینیک فوق تخصصی بعثت شهر رشت انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل جایگزین شدند. برای گروه اول درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و برای گروه دوم درمان شناختی رفتاری اعمال شد و گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. داده‌های پژوهش با کمک پرسشنامه‌ی درد مک‌گیل و مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی - 21 (DASS-21) جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات درد در گروه ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل کاهش معنادار داشته است. همچنین یافته‌ها نشان داد که میانگین افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون کاهش معنادار داشته است. بر اساس نتایج، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن اثربخش است.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی رفتاری، افسردگی، اضطراب، کمر درد مزمن



## **Abstract**

### **Comparison of the Efficacy of Mindfulness With Cognitive Behavioral Therapy on Decreasing Pain, Depression and Anxiety in Chronic Back Pain Patients**

**Author: Marie Abdolghaderi**

The purpose of this study was comparison of the efficacy of mindfulness with cognitive behavioral therapy on decreasing pain, depression and anxiety in chronic back pain patients. The method of research in the current study was experimental post-test) using two experimental and one control groups. Thirty of patient (pre-test, with chronic low back pain randomly selected in Poorsina Hospital and Behsat Clinic in Rasht city assigned in mindfulness training, cognitive behavioral therapy and control groups. Mindfulness training was used with experimental group1, cognitive behavioral therapy with group2 and control group received no training. Data were gathered using McGill Questioner and DASS-21 Scales. Analysis of variance and tucky test was used for analyzing the data. Result showed that the mean score of pain in mindfulness and cognitive behavioral therapy at post-test has decreased in comparing with the pre-test and control. Also, Results showed that the mean scores of depression and anxiety in mindfulness training and cognitive behavioral therapy at post-test has decreased in comparing with the pre-test and control. According to results, of mindfulness and cognitive behavioral therapy is effective on decreasing pain, depression and anxiety in chronic back pain patients.

**Key words:** Chronic back pain, Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, Anxiety, Depression

**(فصل اول)**  
**کلیات پژوهش**

## مقدمه

درد عمومی‌ترین فشار روانی است که انسان با آن رو به رو می‌شود هیچ‌کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند (اصغری مقدم، 1381). بررسی 15 مطالعه همه‌گیر شناسی، میانگین شیوع درد مزمن را در جمعیت بزرگسالان 15 درصد گزارش کردند و سازمان جهانی بهداشت<sup>1</sup> این رقم را 20 درصد تخمین می‌زند (ترک دیسی<sup>2</sup>، 2007). در حال حاضر، در آمریکا درد عامل بیش از 80 درصد مراجعات پزشکی به شمار می‌آید. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم فشار عاطفی قابل توجهی است، به طوری که توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد بیمار را کاهش داده و سرانجام باعث تضعیف روانی بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد (گچل ارجی، ترک دیسی<sup>3</sup>، 1381).

بیماران مبتلا به درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی به ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای فیزیکی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. گاسما<sup>4</sup> در سال 1990، گزارش می‌دهد که بخش معناداری از جمعیت مبتلا به درد مزمن از افسردگی و ناسازگاری و تنیدگی‌های اجتماعی و محیط خانوادگی رنج می‌برند.

در میان دردهای مزمن کم‌درد یکی از فراوان‌ترین انواع درد است که میلیون‌ها نفر در سراسر جهان از آن رنج می‌برند. کم‌درد یک مشکل شایع اجتماعی است و کمتر کسی است که در طول عمر خود طعم تلخ این درد را نچشیده باشد. برآوردهای موجود نشان می‌دهد که 12 تا 45 درصد تمامی جمعیت بزرگسالان و 60 تا 80 درصد کل جامعه، در طول زندگی خود یک بار به کم‌درد مزمن<sup>5</sup> مبتلا شده‌اند (آندرسون و مک نیل<sup>6</sup>، 1989). بر اساس اطلاعات همه‌گیرشناسی 80-50 درصد از جمعیت عمومی دست کم یک‌بار در زندگی‌شان دچار کم‌درد می‌شوند (زینزن<sup>7</sup>، 2002، فریمویر<sup>8</sup>، 1991؛ به نقل از افشار نژاد و همکاران، 1388).

کم‌درد آسیب‌های جسمی، روانی و لطمات اقتصادی قابل توجهی در نتیجه عدم کارایی، عدم تولید و مصرف زیاد دارو متوجه جامعه می‌کند. اگرچه اکثر بیماران به طور موقت به کم‌درد مبتلا می‌گردند و طی یک یا دو ماه نیز بهبود می‌یابند، اما بخش قابل ملاحظه‌ای از این بیماران به نوع مزمن آن مبتلا می‌شوند و این بخش از جمعیت مبتلایان به کم‌درد مزمن در طی سال‌های اخیر رو به افزایش است. متأسفانه در حال حاضر درمان این بیماران چندان موفقیت‌آمیز و رضایت‌بخش نیست، چرا که درک ما از عوامل مؤثر در علت شناسی و تداوم این اختلال مزمن به گونه‌ای چشمگیر محدود است. در بسیاری از پژوهش‌ها، شدت درد و آسیب جسمانی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم ناتوانی مطرح شده‌اند (وینر<sup>9</sup> و همکاران، 2004؛ گانتلت گیلبرت<sup>10</sup> و اکستون، 2007)؛

- 
1. World Health Organization(WHO)
  2. Turk, D.C
  3. Gatchel & Truk
  4. Gasma
  5. Chronic low Back Pain
  6. Andressen & Mcneill
  5. Zinzen
  8. Frymoyer
  9. Weiner
  10. Gauntlett-Gilbert

با این همه، ناتوانی صرفاً تابعی از میزان آسیب جسمی یا شدت درد گزارش شده توسط بیمار نیست؛ در واقع مطالعات گوناگون رابطه بین شدت درد و درجه بندی ذهنی ناتوانی را در دامنه‌ای از ضعیف تا متوسط گزارش کرده‌اند (کرومبز<sup>۱</sup> و همکاران، 1999؛ جیسر<sup>۲</sup> و همکاران، 2003؛ اصغری و نیکولاس، 2009).

در بسیاری از موارد نیز شدت شکایت بیمار از درد و میزان اختلال به وجود آمده در عملکردهای روزمره به طور بارزی با میزان عارضه طبی (درجه پاتولوژی) نامتناسب و شدیدتر است. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در اختلال‌های مزمن، بروز علائم درماندگی‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی و درجه ناتوانی با پاتوفیزیولوژی قابل مشاهده ارتباط ضعیفی دارند. در چنین مواردی توجه به عوامل روانی به تشخیص و درمان مناسب بیماری کمک می‌کند (گچل و ترک، 1996). از بین عوامل گوناگون، به نظر می‌رسد که عوامل محیطی، روانی، اجتماعی و شغلی در مقایسه با عوامل فیزیکی پیشگویی کننده‌های قوی‌تری برای احتمال مزمن و پایدار شدن بیماری و از کار افتادگی بیمار هستند. عواملی از قبیل عقاید غلط در مورد درد و بیماری، ترس از حرکت و آسیب دیدگی مجدد، وجود تنیدگی در روابط بین فردی، مشکلات شغلی و اقتصادی و اختلالات روان‌پزشکی همراه مثل افسردگی و اضطراب روند بهبود بیماری را کندتر می‌کنند (فریمویر، 1992).

عوامل رفتاری یا روان‌شناختی اغلب در تداوم و شدت درد مزمن و ناتوانی ناشی از آن سهیم هستند. گرچه هنوز شیوه اثر و علت رابطه بین پریشانی‌های روان‌شناختی و درد مزمن به طور آشکار مشخص نیست، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که پریشانی‌های روان‌شناختی بطور غیر معمولی در جمعیت مبتلا به درد مزمن بالاست (اشبورن<sup>۳</sup>، 2000) در یک پژوهش ویلسون، مایکل، دیون، و منیس<sup>۴</sup> (2001) شیوع افسردگی بین بیماران مبتلا به درد مزمن را 35/7٪ تخمین زده‌اند. علاوه بر این درد مزمن معمولاً با افسردگی، محیط اجتماعی فقیر، محیط غیربهداشتی خانواده در ارتباط است که می‌تواند اثر منفی بر درمان‌های جسمانی داشته باشد. لذا پیش نیاز درد مزمن می‌تواند درمان عاطفی و دیگر مشکلات روان‌شناختی باشد (کرمر<sup>۵</sup>، 1981). بررسی‌های انجام شده در زمینه نیمرخ روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روان‌پزشکی در بین آن‌ها نسبت به جمعیت عادی است (درش، گچل و پلاتین<sup>۶</sup>، 2002).

در بعد درمان و آموزش‌های درمانی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن به درمان‌های روان‌شناختی پرداخته نشده است. از جمله آموزش‌های درمانی که می‌تواند بر متغیرهای مرتبط با درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد نقش داشته باشد، آموزش ذهن آگاهی<sup>۷</sup> و درمان شناختی رفتاری<sup>۸</sup> است.

ذهن آگاهی توجه متمرکز بر آگاهی (توجه به هدف در زمان حال و بدون قضاوت) می‌باشد (کابات زین<sup>۹</sup>، 2003). آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی روانی (فلوگل کول<sup>۱۰</sup> و همکاران، 2010)، بهبود خلق (زیدان<sup>۱</sup> و همکاران، 2010)، بهبود نشانه‌های

- 
1. Crombez
  2. Geisser
  3. Ashburn
  4. Wilson, Mikail, Deon, Minns
  5. Kermer
  6. Dresh & Polatine
  7. Mindfulness
  8. Cognitive-Behavioral Therapy
  9. Kabat-Zinne
  10. Flugel Colle

اضطراب و تیدگی (گلدین و گروس<sup>۱</sup>، 2010)، کاهش درد (زیدان و همکاران، 2009)، کاهش پریشانی روان‌شناختی (آگی<sup>۳</sup> و همکاران، 2009)، بهزیستی کلی و کاهش نشخوار ذهنی (دیو<sup>۴</sup> و همکاران، 2009)، لذت بردن از زندگی و کاهش نشانه‌های فیزیکی (کیویت استیجن<sup>۵</sup> و همکاران، 2008) تأثیر دارد.

هدف کلی درمان شناختی جایگزین کردن شناخت‌ها، هیجان‌ها، رفتارها و مهارت‌های مقابله‌ای غیر انطباقی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، با حالات انطباقی برای این بیماران می‌باشد. درمان شناختی رفتاری به تنهایی به همه متغیرهای بالقوه مهم و سهیم نظیر عوامل زیستی در کمر درد مزمن توجه ندارد، اما قادر است مراقبت درمانی را در بیماران مبتلا به کمر درد توأم با اختلال‌ها و حالات همبود بهبود بخشد (گچل، رولینگ، 2008). طبق پژوهش‌ها، الگوهای شناختی-رفتاری با اتخاذ تدابیر هدفمند و توجه به باورها و شناخت‌های ناکارآمد، در کاهش تجربه درد و بهبود پیامدهای منفی آن و نیز پرورش راهبردهای مقابله‌ای سالم، کارآمد و مؤثرند (رحیمیان، 2009). هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌باشد.

## بیان مسئله

انجمن بین‌المللی مطالعه درد<sup>۶</sup> (1986)، درد را به عنوان تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است تعریف می‌کند. تجربه درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن نشان دهنده میزان ناخشنودی فرد از تجربه درد است (ترک و اوکیفوجی<sup>۷</sup>، 2002؛ ترک و مونارچ، 2006). احساس درد تجربه‌ای است که معمولی‌ترین نشانه بیماری یا آسیب به شمار می‌رود (ارجی، دیسی، 2000؛ نقل از وکیلی، نشاط دوست، عسکری، نجفی، 1388). درد در بسیاری از ابعاد زندگی و رفتار افراد مؤثر است و پژوهش‌ها مؤید تأثیر این رفتارها بر شدت درد می‌باشد (میرزمانی، 2007).

درد از نظر طول مدت به درد حاد<sup>۸</sup> و درد مزمن<sup>۹</sup> تقسیم می‌شود. درد حاد دردی است که با آسیب دیدگی بافتی ایجاد می‌شود و گیرنده‌های حسی درد را فعال می‌کند (مانند، زخم، جراحی و بیماری)، معمولاً کوتاه مدت هستند و هنگامی که آسیب برطرف می‌شود، درد نیز از بین می‌رود. معمولاً به دنبال خدمات درمانی است و این مداخلات اغلب اثربخش هستند. درد مزمن دردی است که اغلب (اما نه همیشه) به وسیله یک آسیب فزاینده می‌شود؛ اما با از بین رفتن عوامل اصلی درد، معمولاً به مدت طولانی باقی می‌ماند و نمی‌توان آن را به وسیله اصول آسیب‌شناسی توضیح داد. در صورتی که مدت زمانی تداوم درد کمتر از 3 ماه باشد درد حاد و بیش از آن درد مزمن نامیده می‌شود (ترک و اوکیفوجی، 2001).

- 
1. Zeidan
  2. Goldin & Gross
  3. Agee
  4. Deyo
  5. Kieviet- Stijen
  6. International Association for the Study of Pain
  7. Turk & Okifuji
  8. acute pain
  9. chronic pain

دردهای مزمن به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در تمام جهان مطرح بوده و خواهد بود. درد مزمن یک پدیده پیچیده است و شیوع و بروز و هدف و ماهیت آن متغیر می‌باشد (لواندوسکی، 2004). درد مزمن جنبه‌های متفاوت زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین شخصی، شغلی و فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هزینه گزافی را بر جامعه و نظام بهداشت و درمان تحمیل می‌کند (ترک و اکی فوجی، 2002؛ ترک و مونارچ، 2006). بیش از 90 میلیون آمریکایی از درد مزمن رنج می‌برند که بیشترین علت ناتوانی در ایالات متحده است (اوکی فوجی، ترک، کالا اوکالانی<sup>1</sup>، 1999؛ نقل از لواندوسکی<sup>2</sup>، 2004).

در میان دردهای مزمن، کمردرد مزمن یکی از فراگیرترین انواع درد است که بر میلیون‌ها نفر در سراسر جهان تأثیر گذاشته است. عللی که در تشخیص‌های مختلف دردهای کمر باید در نظر داشت عبارتند از: علل مکانیکی، علل روماتیسمی، عفونت‌ها، تومرها، اختلالات غدد درون ریز و سوخت و ساز، بیماری‌های خونی، بیماری‌های عصب‌شناختی، بیماری‌های روان‌شناختی و بیماری‌های متفرقه می‌باشد که انسان‌ها در سراسر تاریخ مستند خود، از آن رنج برده‌اند و با شیوع 70-85 درصد، بالاترین شیوع کل دردها را به خود اختصاص داده است (آندرسون<sup>3</sup>، 1999). کمر درد مزمن یکی از چالش‌انگیزترین مشکلات پزشکی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه بوده و شیوع بالایی دارد و هزینه‌های اقتصادی سنگینی را بر جامعه تحمیل می‌کند. کمر درد مزمن همچنین دلیل 25 درصد از هزینه‌های جبرانی ناشی از ناتوانی در محیط کار است. شیوع سالانه کمر درد در دامنه‌ای از 15 تا 45 درصد قرار دارد (مانیا داکیس<sup>4</sup>، 2000) و متوسط میزان شیوع آن 30 درصد است (فرایمویر<sup>5</sup>، 1991). کمر درد شامل سه نوع حاد، تحت حاد و مزمن است:

- کمر درد حاد: بعد از یک دوره حداقل 6 ماهه بدون کمر درد، بطور ناگهانی رخ داده و کمتر از 6 هفته به طول می‌انجامد.

- کمر درد تحت حاد: بعد از یک دوره حداقل 6 ماهه بدون کمر درد، به طور ناگهانی رخ داده و بین 6 هفته تا 3 ماه به طول می‌انجامد.

- کمر درد مزمن<sup>6</sup>: بیشتر از 3 ماه طول کشیده یا به طور ضمنی در یک دوره 6 ماهه رخ می‌دهد (کریسمر<sup>7</sup>، ون تولدر<sup>8</sup>، 2007).

کمردرد حاد در 70-90 درصد موارد بهبود می‌یابد، در حالی که کمر درد مزمن ناتوان‌کننده‌تر و پرهزینه‌تر است و درمان آن مشکل‌تر می‌باشد (ماتزل، 2002). بنابراین پیشگیری از رخداد کمر درد مزمن مهم‌تر است.

- 
1. Kalauokalani
  2. Lewandowski
  3. Anderson
  4. Maniadakis
  5. frymoyer
  6. Chronic back pain
  7. krismer
  8. Van Tulder

لینتون در بررسی پژوهش‌ها متوجه شد که در ناتوانی ناشی از کم‌درد متغیرهای روان‌شناختی معمولاً مؤثرتر از عوامل زیست‌پزشکی یا زیست‌شیمیایی هستند و موجب تغییر از حالت حاد به حالت مزمن می‌شوند (لینتون، 2000؛ نقل از کولک<sup>۱</sup>، مازوکس، راسل، بروچون، اسکویتز، 2006). نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری و تداوم کم‌درد مزمن و ناتوانی‌های ناشی از آن، مورد حمایت زیادی قرار گرفته است (ولاین<sup>۲</sup>، 2005).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی تأثیرات کم‌درد مزمن در وضعیت روانی بیماران مبتلا، حاکی از شیوع بیشتر اختلال‌های روان‌پزشکی در بین آن‌ها نسبت به جمعیت عادی است. افسردگی اساسی، اختلال‌های اضطرابی، سوء مصرف مواد، اختلال‌های شخصیتی و اختلال جسمانی سازی شایع‌ترین موارد همراه با کم‌درد ذکر شده‌اند (دریش<sup>۳</sup>، 2002). میزان شیوع افسردگی در بین این بیماران نسبت به جمعیت عادی 4 برابر گزارش شده است (سالیوان<sup>۴</sup>، 1992). حدود 20 درصد از بیماران مبتلا به کم‌درد از اختلال افسردگی عمده (کوری<sup>۵</sup>، 2004) و 32 تا 82 درصد، از انواع افسردگی رنج می‌برند (ساینل<sup>۶</sup>، 1996). به نظر می‌رسد عاملی که منجر به افسردگی در بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن می‌شود فقط تجربه درد نیست، بلکه نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره درد نیز با افسردگی در بین آنان بیشتر مرتبط است. در بیماران افسرده تحریف‌های شناختی همچون فاجعه‌آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آن‌ها از درد و پیامدهای آن و به طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با افسردگی آنان ارتباط دارد (گچل ارجی، ترک دیسی، 1381).

برانو در واژه‌نامه خود، اضطراب را حالت برانگیختگی شدید هیجانی توأم با احساس دلهره و تهدید تعریف می‌کند (راهبر، 1378). کدوارد<sup>۷</sup> و کوپر<sup>۸</sup> (1969) گزارش می‌کنند که بیست و هفت درصد بیمارانی که با علایم روانی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، دچار حالات اضطرابی هستند (بلک برن، دیوید سون (1995) نقل از توزنده جانی، 1374). پژوهش‌های متعددی (هولون، 1982، لاست، 1983، وادل و همکاران، 1984) نشان می‌دهند که اصلاح مؤلفه‌های شناختی در اضطراب عمومی مؤثر است. مطالعات دیگر، روش‌های مختلف بازسازی شناختی را در درمان اضطراب منتشر به کار برده‌اند. وود واردو جونز (1980) با شیوه تصادفی 22 بیمار را با ترکیب روش‌های درمانی بازسازی شناختی<sup>۹</sup> و حساسیت زدایی منظم، با گروه گواه مقایسه کرده‌اند. درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی در کاهش اضطراب عمومی، برتری داشته است. به علاوه، حساسیت زدایی منظم و درمان ترکیبی نسبت به بازسازی شناختی در کاهش نمرات اضطراب مؤثر بود (بلک برن، دیوید سون نقل

- 
1. Koleck
  2. Vlaeyn
  3. Dresh
  4. Sullivan
  5. Currie
  6. Sinel
  7. kedward
  8. cooper
  9. Cognitive restructuring

از توزنده جانی، 1374). لیندزی<sup>۱</sup> (1987) به کارآمدی یکسان درمان شناختی رفتاری و آموزش کنترل اضطراب و بنزودیازپین‌ها پی‌برد.

طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان-درمانی و دارودرمانی به اشکال ترکیبی و منفرد بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و پژوهش‌ها بیانگر کارآیی بالای روش‌های درمان روان‌شناختی است. قابل ذکر است تا زمانی که اثرات مستقیم عوامل بیماری و درمانی را بر عوامل روانی و رفتاری مورد ملاحظه قرار ندهیم، نمی‌توان تصویر کاملی از وضعیت به دست آورد. به عنوان نمونه پژوهش‌ها نشان داده است که متخصصان باید نشانه‌های افسردگی را هنگام درمان کمر درد مد نظر قرار دهند، زیرا هنگامی که تشخیص افسردگی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن نادیده انگاشته شود احتمال زیادی وجود دارد که درمان درد در این بیماران نیز با شکست مواجه شود (هافمن<sup>۲</sup>، 2007).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش درد و اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن تأثیر داشته باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است آموزش ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری می‌باشد. ذهن‌آگاهی به عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (براون و ریان<sup>۳</sup>، 2003؛ نیف<sup>۴</sup>، 2003). ریان و دسی<sup>۵</sup> (2000) نشان دادند که ذهن‌آگاهی در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار مؤثر و این امر منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (جانکین<sup>۶</sup>، 2007). به عبارت دیگر، ذهن‌آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (براون و ریان، 2003). آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی، کاهش درد و نمرات پایین اضطراب (زیدان و همکاران، 2009) و کاهش پریشانی روان‌شناختی (استافین<sup>۷</sup> و همکاران، 2006) را به دنبال دارد. ایوانز<sup>۸</sup> و همکاران (2008) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشانه‌های اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد.

درمان شناختی رفتاری تلاش هدفمند برای حفظ آثار تعدیل رفتار و تلفیق فعالیت‌های شناختی جهت ایجاد تغییرات درمانی است (کندال<sup>۹</sup>، 1993). در این رویکرد درمانی بر نقش شناخت در بروز تغییرات رفتاری و عاطفی تأکید می‌شود (بک و راسک، 1979). درمان شناختی رفتاری نوعی شیوه درمانی سازمان یافته کوتاه مدت و معطوف به مشکل است که هدف آن تعدیل شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی است (داس و هرت، 1989). جانسون و همکاران در پژوهشی به منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران با دردهای عضلانی نشان دادند که این درمان در کاهش فاجعه آفرینی درد، رفتارهای درد، شدت درد

- 
1. Lindzay
  2. Haffman
  3. Brown&ryan
  4. Neff
  5. Deci
  6. Junkin
  7. Ostafin
  8. Evans
  9. Kendall



و بهبود کنترل بر زندگی و سطح فعالیت اثربخش بوده است (جانسون<sup>۱</sup> و همکاران، 1998). استورانگ (1998) نیز در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند باعث افزایش احساس کنترل بر درد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت، کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد شود. با توجه به اهمیت موضوع مبنی بر اینکه کمر درد مزمن می‌تواند مشکلاتی را برای فرد، خانواده و نظام‌های بهداشتی جامعه به وجود آورد و دستیابی به پاسخ‌های سوالاتی نظیر این که این آموزش‌ها در بین بیماران مبتلا به درد مزمن چه تأثیری را خواهد گذاشت، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان شناختی رفتاری در کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌باشد.

## اهمیت و ضرورت پژوهش

کمر درد بعد از سرماخوردگی شایع‌ترین بیماری در انسان است (اعلمی هرندی، 1370). بیش از 80 درصد مردم در دوران زندگی دچار کمر درد مزمن می‌شوند که در 30 درصد موارد با درد اندام تحتانی همراه است (ابریشمکار، 1385). کمر درد مزمن یکی از مشکلات شایع بهداشتی در بسیاری از کشورهاست. اغلب افرادی که از این بیماری رنج می‌برند در طول زندگی خود در معرض مشکلات عمده جسمی و روانی (طوافیان، جمشیدی و منتظری، 2007) نظیر کاهش عملکردهای جسمی و روانی و اجتماعی، کاهش سلامت عمومی و ایجاد دردهای ثابت و یا دوره‌ای هستند (کلایبورن<sup>۲</sup>، واندنبرگ<sup>۳</sup> و کراوس<sup>۴</sup>، 2002). کمر درد اولین علت ناتوانی در افراد زیر 45 سال (ویلیامز و ویلکینز، 1999)، دومین علت مراجعه به پزشک (هایدز، ریچاردسون، 1996) و سومین علت انجام عمل جراحی است (فوردیس<sup>۵</sup>، 2005). در کشورهای توسعه یافته هزینه کلی ناشی از کمر درد هر ساله 7/1 درصد از سهم کل تولید ناخالص ملی است. بخش عمده این هزینه مربوط به اداره کردن بیماران با کمر درد مزمن نسبت به کمر دردهای متناوب و بازگشتی است (کریمی، 2004). سالانه بیش از 5 میلیون آمریکایی به دلیل کمر درد، دچار ناتوانی‌های شغلی و اجتماعی می‌شوند. به طور قطع این رقم در کشورهای جهان سوم و کشورهای در حال پیشرفت بیشتر خواهد بود. با این میزان شیوع بررسی علل آن ضروری به نظر می‌رسد.

پژوهشگران علل مختلفی را برای کمر درد ذکر کرده‌اند که از جمله این عوامل، علل روانی است. آمارها نشان می‌دهد تعدادی از بیماران مبتلا به کمر درد صرف نظر از نوع درمانی که برای آن‌ها انجام می‌گیرد، کمر دردشان بهبود می‌یابد، در حالی که تعدادی از آنان هرگز بهبود نمی‌یابند (اعلمی هرندی، 1370). علل روان‌شناختی گاه اصلی‌ترین علت کمر دردهاست. به گونه‌ای که تعیین عوامل روانی و پیامدهای آن در افراد مبتلا به کمر درد به یکی از موضوعات مهم پژوهش‌های یک دهه اخیر تبدیل شده است (سالیوان<sup>۶</sup>، 2006، 2005، 2003؛ اسمیت، 2004؛ بورسما و لیتنون، 2005؛ کاراجی، 2005؛ به نقل از کیلی<sup>۶</sup> و همکاران، 2008).

- 
1. Johansson
  2. Claiborne
  3. Vandenberg
  4. Krause
  5. Fordyce
  6. Keelely

میان عوامل مرتبط با درد ارتباط بین تنیدگی و درد اثبات شده (فربورگ<sup>۱</sup>، جمدال<sup>۲</sup>، روسن وینگ<sup>۳</sup>، مارتینوس<sup>۴</sup>، اسلکسن<sup>۵</sup>، فلاتن<sup>۶</sup>، 2006). همچنین مطالعات متعددی حاکی از شیوع اختلال‌های روانی در بین مبتلایان به انواع دردهای مزمن و از جمله مبتلایان به کمر درد مزمن است. از سوی دیگر پژوهش‌های گذشته، میزان بالایی از همبندی نابهنجاری‌های روانی را در کمر درد مزمن نشان داده‌اند و بسته به نوع روش مورد استفاده برای سنجش، شیوع بین 40-100 درصد گزارش شده است. در جمعیت بزرگی از بیماران مبتلا به کمر درد مزمن که توسط مداخلات تشخیصی ارزیابی شدند، 31 درصد از آنان معیارهایی را برای حداقل یک اختلال روان‌پزشکی عودکننده نشان دادند. تشخیص‌ها دامنه وسیعی از اختلال‌های روان‌پزشکی را شامل می‌شد که بیشتر اختلال‌های جسمانی شکل (18٪) و اختلال‌های اضطرابی (12٪) را در بر می‌گرفت (تلیک<sup>۷</sup>، 2002؛ به نقل از رمی و همکاران، 2011).

با وجود افزایش چشمگیر پژوهش‌های بالینی در دهه اخیر تنها 2 درصد از این پژوهش‌ها مسئله کمر درد را مورد بررسی قرار داده‌اند، در حالی که هزینه مالی ناشی از این مشکل سه برابر هزینه ناشی از سرطان است. از آنجا که اکنون توافق عمومی بر سر این است که وجود و وسعت آسیب جسمانی قادر به تبیین شدت درد و علائم جسمانی گزارش شده در بین بیماران مبتلا به درد مزمن نیست، از سال‌ها پیش شناخت عوامل تعیین‌کننده شدت درد و ناتوانی جسمی و روان‌شناختی به عنوان یک ضرورت و اولویت پژوهشی در کشورهای پیشرفته مطرح بوده است. با توجه به مطالب گفته شده می‌توان نتیجه گرفت که مزمن شدن کمر درد یک مشکل چند عاملی و پیچیده است و پژوهش‌های چند متغیری نشان داده‌اند که بهتر است درد مزمن و مداوم به وسیله ترکیبی از پارامترهای اجتماعی، روانی و جسمانی پیش‌بینی شود (هانسبرینگ، 1994). با توجه به اهمیت مسئله و هزینه‌های مالی مربوط به آن اقدام جهت درمان همه جانبه امری ضروری به نظر می‌رسد. لذا با توجه به مطالب یاد شده و با توجه به اینکه در کشور ما درباره روش‌های درمانی روان‌شناختی کمر درد، پژوهش‌های زیادی به عمل نیامده است، ایجاد راهکارهای مناسب و روش‌های درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در کنار دیگر روش‌های درمانی برای کنترل بهتر بیماری امری ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین این پژوهش می‌تواند راهگشای روان‌شناسان، روان‌پزشکان و کلیه دست‌اندرکاران حرفه‌های سلامت عمومی، در کنترل و درمان هر چه بهتر کمر درد مزمن باشند. و از سوی دیگر یاریگر متخصصان در امر پیشگیری و درمان و طراحی مداخلاتی باشد که علاوه بر جنبه‌های جسمی بر جنبه‌های روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن نیز توجه نمایند.

- 
1. Friborg
  2. Hjemdal
  3. Rosen ving
  4. Martinussen
  5. Aslaksen
  6. Flaten
  7. Thlebaek

## اهداف پژوهش

### الف- هدف کلی

هدف کلی این پژوهش تعیین اثربخشی هر یک از روش‌های درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل، بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌باشد.

### ب- اهداف جزئی

اهداف جزئی این پژوهش عبارتند از:

1- تعیین اثربخشی روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل، بر کاهش درد در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن.

2- تعیین اثربخشی روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن.

3- تعیین اثربخشی روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن.

## فرضیه‌های پژوهش

1- روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری، بر کاهش درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن اثر بخش است.

2- روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری، بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن اثر بخش است.

3- روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری، در کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن اثر بخش است.

## تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

**الف- ذهن‌آگاهی:** تعریف نظری: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل روش‌های شناختی، رفتاری و ذهن‌آگاهی برای تغییر افکار و احساسات منفی می‌باشد (ویگارتز<sup>۱</sup> و جورکی<sup>۲</sup>، 2010).

تعریف عملیاتی: آموزش ذهن‌آگاهی عبارت است از آموزش این روش (کابات زین و همکاران، 1992) در 8 جلسه درمانی 90 دقیقه‌ای که در هر هفته دو جلسه برگزار شد.

**ب- درمان شناختی رفتاری:** درمانی است فعال، جهت‌دار، ساختاریافته و از لحاظ زمانی محدود که در آن به مراجع کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تخریب شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص داده و با استفاده از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته، این افکار و رفتارها را تغییر دهد (هاوتون، کرایک، سالکوسکیس و کلارک، 1385).

تعریف عملیاتی: درمان شناختی رفتاری عبارت است از آموزش این روش که در 8 جلسه درمانی 90 دقیقه‌ای که در هر هفته دو جلسه برگزار شد و در آن از اصول و قواعد درمان شناختی-رفتاری مانند بازسازی شناختی، آموزش تن آرامی، راهبردهای مقابله با درد، حل مسئله استفاده شد.

**ج- کمر درد مزمن:** کمر درد به عنوان درد موضعی بین مهره دوازدهم و ناحیه تحتانی کمر با یا بدون درد پا تعریف شده است (کریسمر، ون تولدر، 2007). کمر درد مزمن به صورت کمر دردی که بیش از 12 هفته طول می‌کشد، تعریف می‌شود (هریسون، 1385).

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش منظور از کمر درد مزمن نمره‌ای است که آزمودنی در پرسشنامه درد مک گیل به دست می‌آورد.

**د- افسردگی:** اختلال افسردگی، یک اختلال روانی است که با علائم و نشانه‌های زیر مشخص می‌شود: خلق افسرده، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت بخش، کاهش انرژی، اشکال در توجه و تمرکز، کندی روانی- حرکتی، کم خوابی یا پر خوابی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، احساس گناه و افکار مربوط به خودکشی (پورافکاری، 1380).

**تعریف عملیاتی:** به نمراتی اطلاق می‌شود که فرد در پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) به دست می‌آورد.

**پ- اضطراب:** اضطراب یک حالت منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی مانند تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق، سردرد، احساس خالی شدن سر دل یا میل جبری ناگهانی برای دفع ادرار همراه می‌گردد. بی‌قراری و میل برای حرکت نیز از علائم شایع می‌باشد (پورافکاری، 1376).

**تعریف عملیاتی:** به نمراتی اطلاق می‌شود که فرد در پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) به دست می‌آورد.