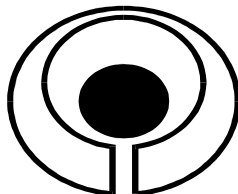


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بسمه تعالی



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
گروه آموزشی روانشناسی بالینی  
پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد

عنوان

اثربخشی برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد بر عملکردهای  
روانی - اجتماعی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن

نگارنده

فرزانه محمدی

استاد راهنما

دکتر پروانه محمدخانی

اساتید مشاور

دکتر بهروز دولتشاهی

دکتر محمدعلی اصغری مقدم

مهر ۱۳۸۹

شماره ثبت: ۲۰۶-۲۰۰

تقدیم به

# یگانه همیشه ام پروردگار مهربانم

پدر و مادر خوبم

که نهایت محبت، نهایت فداکاری و مهربانی اند

تکیه گاه و امید روزهای گذشته و آینده

و خواهران عزیزم

همراهان صمیمی و همیشگی روزهای تلخ و شیرین

تبلور دانش جز در سایه بهره مندی از دانش حال و گذشته رخ نخواهد داد، من نیز تاکنون وامدار اندیشه و لطف شایسته تقدیر انسان هایی بزرگ بوده ام و بدان نیز قدردان خواهم بود

از اساتید محترم راهنما و مشاورم:  
سرکار خانم دکتر پروانه محمدخانی  
جناب آقای دکتر بهروز دولتشاهی  
جناب آقای دکتر محمدعلی اصغری مقدم

و تمامی اساتید ارجمند گروه روانشناسی بالینی

و

همه دوستان خوبم که از حمایت گرمشان بهره مند شدم بویژه خانمها  
دکتر فاطمه حسینی غفاری  
دکتر تبسم قنواتی  
و سمیه محمدی عزیز

## چکیده:

با توجه به شیوع بالای درد مزمن در جامعه و اثرات همه جانبه آن بر زندگی بیماران مبتلا، یافتن روشهای درمانی مناسب که بیماران را در سازگاری مؤثر با درد یاری دهد، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی‌شان را کاهش، خودکفایی را افزایش و اثرات درد را بر زندگی آنها به حداقل برساند، بسیار با ارزش است. همچنین با توجه به تاثیرات روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی و محدودیت‌های فراوان ناشی از کمردرد مزمن، این پژوهش به بررسی اثر بخشی برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد بر عملکردهای روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در سنین کار (۱۸-۶۵) پرداخت. بدین منظور ۲۶ زن داوطلب مبتلا به کمردرد مزمن که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند از بین بیماران دریافت کننده خدمات فیزیوتراپی انتخاب شده و در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه‌های درد مزمن، خودکارآمدی درد، ناتوانی رولند وموریس و ۲۱-Dass را تکمیل کردند. نتایج حاصل از انجام آزمون آماری تحلیل کوواریانس نشان داد نمرات شرکت کنندگان در برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد نسبت به گروه کنترل، بطور معناداری در متغیرهای شدت درد ادراک شده ( $p=0/002$ ) و ناتوانی ناشی از درد ( $p=0/000$ ) کاهش و در متغیر خودکارآمدی درد ( $p=0/004$ ) افزایش یافته است. این نتایج با توجه به مدل‌های مطرح شده درباره درد مانند مدل ترس-اجتناب و مدل حساسیت نسبت به اضطراب قابل توجیه است. بر این اساس تمرینات حضور ذهن می‌توانند با کاهش فاجعه آمیز کردن درد به عنوان متغیر مرکزی مدل ترس-اجتناب در کاهش شدت درد ادراک شده در بیماران و در نتیجه کاهش محدودیت عملکرد آنان مؤثر باشد. از طرفی این تمرینات با کاهش توجه انتخابی بیماران نسبت به محرکهای دردناک و اضطراب آور نیز در کاهش ناتوانی و در نتیجه افزایش خودکارآمدی آنان مؤثر است. در این پژوهش بین نمرات دو گروه در متغیر افسردگی ( $p=0/02$ ) تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد می‌تواند در افزایش عملکردهای روانی اجتماعی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن سودمند باشد.

# فهرست

فصل اول: کلیات تحقیق.....	۱
۱-۱ مقدمه.....	۲
۲-۱ بیان مساله.....	۳
۳-۱ اهمیت و ضرورت.....	۷
۴-۱ اهداف پژوهش.....	۹
۱-۴-۱ اهداف کلی.....	۱۰
۲-۴-۱ اهداف اختصاصی.....	۱۰
۳-۴-۱ اهداف کاربردی.....	۱۰
۵-۴-۱ فرضیه‌ها.....	۱۰
۶-۱ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش.....	۱۱
۱-۶-۱ تعریف آناتومی یک کمردرد مزمن.....	۱۱
۲-۶-۱ برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد.....	۱۲
۳-۶-۱ درد.....	۱۲
۴-۶-۱ خودکارآمدی درد.....	۱۳
۵-۶-۱ محدودیت عملکرد (ناتوانی ناشی از درد).....	۱۳
۶-۶-۱ افسردگی.....	۱۳
فصل دوم: پیشینه تحقیق.....	۱۵
۱-۲ مقدمه.....	۱۶
۲-۲ تعریف درد.....	۱۶
۳-۲ علت فیزیولوژیک درد.....	۱۷
۴-۲ اساس نوروشیمیایی.....	۱۸
۵-۲ انواع درد.....	۱۸
۱-۵-۲ درد وابسته به گیرنده درد.....	۱۹
۲-۵-۲ درد نوروپاتیک.....	۱۹
۳-۵-۲ درد روانزاد.....	۲۰
۶-۲ انواع درد.....	۲۰

۲۱	۷-۲ اثرات درد.....
۲۱	۱-۷-۲ درد حاد.....
۲۲	۲-۷-۲ درد مزمن.....
۲۲	۸-۲ سندروم‌های ویژه.....
۲۳	۱-۸-۲ آرتريت.....
۲۳	۲-۸-۲ فیبرومیالژیا.....
۲۳	۳-۸-۲ سردرد.....
۲۴	۴-۸-۲ درد سرطان.....
۲۴	۵-۸-۲ کمردرد.....
۲۴	۱-۵-۸-۲ تعريف آناتوميک کمردرد.....
۲۵	۲-۵-۸-۲ همه گیر شناسی کمردرد.....
۲۶	۳-۵-۸-۲ منشا کمردرد.....
۲۸	۴-۵-۸-۲ عوامل مهم در تشخيص کمردردها.....
۲۸	۹-۲ نظریه‌های مرتبط با درد.....
۲۸	۱-۹-۲ نظریه تاثیر.....
۲۸	۲-۹-۲ نظریه الگو.....
۲۹	۳-۹-۲ نظریه اختصاصی بودن.....
۳۰	۴-۹-۲ نظریه کنترل دروازه‌ای.....
۳۲	۵-۹-۲ دیدگاه عامل.....
۳۳	۶-۹-۲ دیدگاه کارولی و فیلیپ.....
۳۳	۷-۹-۲ مدل زیستی- رفتاری.....
۳۳	۱۰-۲ اجزای روانشناختی درد.....
۳۵	۱۱-۲ مدل روانشناختی مرتبط با دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی.....
۳۵	۱-۱۱-۲ مدل شناختی- رفتاری.....
۳۵	۲-۱۱-۲ مدل عدم استفاده در بیماران مبتلا به درد مزمن.....
۳۷	۳-۱۱-۲ شرطی سازی مجدد.....

۳۸	۲-۱۱-۴ مدل‌های مرتبط با ترس و اجتناب.....
۳۸	۲-۱۱-۴ ترس-اجتناب.....
۳۹	۲-۱۱-۴ مدل اجتناب از فعالیت.....
۴۱	۲-۱۱-۴ مدل اجتناب از ترس.....
۴۲	۲-۱۱-۴ خودکارآمدی و درد مرتبط با ترس.....
۴۳	۲-۱۱-۵ فاجعه‌آمیز کردن درد.....
۴۴	۲-۱۱-۶ حساسیت نسبت به اضطراب.....
۴۸	۲-۱۲ تکنیک‌های کنترل درد.....
۴۹	۲-۱۲-۱ کنترل دارویی درد.....
۴۹	۲-۱۲-۲ استفاده از جراحی در کنترل درد.....
۵۰	۲-۱۲-۳ کنترل حسی درد.....
۵۰	۲-۱۲-۴ طب سوزنی.....
۵۱	۲-۱۲-۵ پسخوراند زیستی.....
۵۲	۲-۱۲-۶ تکنیک انحراف توجه یا ایجاد حواسپرتی.....
۵۲	۲-۱۲-۷ تجسم هدایت شده.....
۵۳	۲-۱۲-۸ هیپنوز.....
۵۳	۲-۱۲-۹ تکنیک‌های آرامسازی.....
۵۴	۲-۱۲-۱۰ درمان شناختی رفتاری درد.....
۵۵	۲-۱۲-۱۱ مراقبه.....
۵۵	۲-۱۲-۱۱-۱ مراقبه توجه متمرکز.....
۵۶	۲-۱۲-۱۱-۲ مراقبه نظارت آزاد.....
۵۶	۲-۱۲-۱۱-۳ مراقبه حضور ذهن.....
۵۷	۲-۱۲-۱۲ رویکرد حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس.....
۵۸	۲-۱۲-۱۳ رویکرد حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی.....
۵۹	۲-۱۳ منطق نظری استفاده از رویکردهای مبتنی بر حضور ذهن.....
۵۹	۲-۱۳-۱ مدل تعادل روانی.....
۶۱	۲-۱۳-۲ بررسی نقش حضور ذهن در مدل ترس-اجتناب درد مزمن.....



۲-۱۳-۳ رابطه حضور ذهن با عملکردهای روانی- اجتماعی در بیماران مبتلا به درد مزمن..... ۶۲

۲-۱۴ بررسی متون ..... ۶۴

### فصل سوم: روش شناسی تحقیق..... ۷۱

۳-۱ مقدمه..... ۷۲

۳-۲ طرح کلی تحقیق..... ۷۲

۳-۳ جامعه آماری و نمونه و روش نمونه گیری..... ۷۲

۳-۳-۱ جامعه آماری..... ۷۲

۳-۳-۲ نمونه..... ۷۲

۳-۴ ملاک های شمول..... ۷۳

۳-۵ ملاک های خروج..... ۷۳

۳-۶ روش اجرای تحقیق..... ۷۳

۳-۷ ابزارهای تحقیق..... ۷۴

۳-۷-۱ آزمون معاینه مختصر روانی..... ۷۵

۳-۷-۲ پرسشنامه درد مزمن..... ۷۵

۳-۷-۳ پرسشنامه خودکارآمدی درد..... ۷۶

۳-۷-۴ پرسشنامه ناتوانی رولند و موریس..... ۷۷

۳-۷-۵ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس-۲۱ (DASS-21)..... ۷۹

۳-۸ برنامه حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد..... ۸۰

۳-۹ روش تجزیه و تحلیل آماری..... ۸۹

۳-۱۰ ملاحظات اخلاقی..... ۹۰

### فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها..... ۹۱

۴-۱ مقدمه..... ۹۲

۴-۲ ویژگی های جمعیت شناختی داده ها..... ۹۲

۴-۳ داده های توصیفی متغیرها..... ۹۳

۴-۴ تحلیل کوواریانس..... ۹۵

۴-۵ بررسی فرضیه ها..... ۹۶

۴-۵-۱ فرضیه نخست..... ۹۶

۹۷.....	۴-۵-۲ فرضیه دوم.....
۹۸.....	۴-۵-۳ فرضیه سوم.....
۹۹.....	۴-۵-۴ فرضیه چهارم.....
۱۰۰.....	<b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری.....</b>
۱۰۱.....	۵-۱ مقدمه.....
۱۰۱.....	۵-۲ فرضیه نخست.....
۱۰۴.....	۵-۳ فرضیه دوم.....
۱۰۶.....	۵-۴ فرضیه سوم.....
۱۰۹.....	۵-۵ فرضیه چهارم.....
۱۱۲.....	۵-۶ محدودیت‌ها تحقیق.....
۱۱۲.....	۵-۷ پیشنهادات.....
۱۱۳.....	منابع.....
۱۲۳.....	پیوست.....

# فصل اول

## کلیات تحقیق

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. حس درد به عنوان بازتابی غیر شرطی در جهت آگاه ساختن فرد از خطر یا آسیب بافت عمل می‌کند (دال و لاندگرین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین درد از رایجترین مشکلاتی است که مردم را به جستجوی مراقبت پزشکی ترغیب می‌کند (ساندرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). اما گاهی تلاش‌ها برای کاهش یا حذف درد موفقیت آمیز نیستند، به ویژه اگر این تلاش‌ها اثرات جانبی ناخواسته داشته باشند یا از شرکت در فعالیت‌های ارزشمند مثل کار یا فعالیت‌های اجتماعی جلوگیری کند (دال و لاندگرین، ۲۰۰۶). دردهای مزمن و عود کننده مشکلی اساسی برای بخش عمده ای از جمعیت جهان است (ترک و اسوانسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). بطوریکه از ابتدای تاریخ مدون بشر، تلاش برای کنترل درد از اهداف اصلی آدمی بوده است. در پاپيروس های مصری مربوط به ۴۰۰ سال ق م اشاراتی در مورد درمان درد یافت شده است (گچل و ترک<sup>۴</sup>، ۱۳۸۱). از اواخر قرن نوزدهم میلادی توجه به جنبه حسی درد رواج یافت که منجر به بکارگیری روش‌های جسمی در درمان درد شد. این روند تا قرن بیستم ادامه یافت (کریچ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). اما علیرغم پیشرفت دانش فیزیولوژی حسی و نیز علم تشریح و زیست شیمیایی و با وجود ساخت داروهای ضد درد قوی، ابداع روش های نوین پزشکی و جراحی های نوین، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران امری دور از دسترس باقی مانده است. به علاوه نتایج پژوهش ها و درمان های انجام شده نشان داده که درمان تک بعدی برای به دست آمدن پیامد مورد انتظار کافی نیست. از نیمه قرن بیستم بخش عاطفی درد به عنوان یک بخش اساسی و مکمل حس درد در نظر گرفته شد که یا به دنبال درد، یا قبل از درد و یا به عنوان یکی از بخش‌های اصلی آن ظاهر می‌شود. دیدگاه‌های کنونی درد بر این استوارند که فرایندهای روانشناختی به موازات سیستم های نورونی و

---

<sup>۱</sup>Dahl & lundgren  
<sup>۲</sup>Sanderson  
<sup>۳</sup>Turk & Swanson  
<sup>۴</sup>Gatchel & Turk  
<sup>۵</sup>Criag

هورمونی در تنظیم تجربیات بیولوژیک درد سهیم هستند (گچل و ترک، ۱۳۸۱). در نتیجه درمان‌های روانشناختی جای خود را در این حوزه باز کردند.

## ۱-۲. بیان مسئله

شاید درد عمومی ترین فشار روانی باشد که با آن روبه‌رو می شویم. هیچکدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند (گچل و ترک، ۱۳۸۱). انجمن بین المللی مطالعه درد<sup>۱</sup>، درد را تجربه جسمی و هیجانی ناخوشایندی تعریف کرده است که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است یا بر حسب چنین آسیبی توصیف می شود (مرسکی و بوداک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴).

درد حاد، درد شدید اما از نظر زمانی محدود است که بطور کلی نتیجه آسیب بافتی یا بیماری، شکستگی استخوان، بریدگی، ضربه دیدن و یا زایمان است (ترک، مایکنام و گنست، ۱۹۸۳ به نقل ساندرسون ۲۰۰۴). این نوع درد عموماً در طول زمان با بهبود پیدا کردن آسیب ناپدید می‌شود و کمتر از شش ماه طول می‌کشد. از آنجا که این نوع درد شدید است افراد مبتلا انگیزه بالایی برای جستجوی علل و درمان آن دارند. بسیاری از فنون کنترل درد در درمان درد حاد مؤثر هستند. درد مزمن اغلب به عنوان درد حاد در پاسخ به بیماری یا صدمه خاصی شروع می‌شود اما بعد از حداقل شش ماه پایان نمی‌پذیرد (ترک و همکاران، ۱۹۸۳ به نقل از ساندرسون، ۲۰۰۴). کم‌درد، سردرد، و دردهای مرتبط با آرتريت مثال‌هایی از درد مزمن هستند (ساندرسون، ۲۰۰۴). این نوع درد در سراسر دنیا کاملاً شایع است. ورهاک<sup>۳</sup> و همکاران پس از بررسی ۱۵ مطالعه همه گیر شناسی میانگین شیوع درد مزمن را در جمعیت بزرگسالان ۱۵ درصد گزارش کردند. سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> این رقم را ۲۰ درصد تخمین می‌زند (ترک و اسوانسون، ۲۰۰۷). در این میان کمر درد بالاترین درصد کل دردهای مزمن را به خود اختصاص داده است (ساندرسون، ۲۰۰۴). کم‌درد فراوانترین علت محدودیت فعالیت در سنین زیر ۴۵

---

<sup>۱</sup>International Association for the Study of Pain (IASP)

<sup>۲</sup>Merskey & Bogduk

<sup>۳</sup>Verhack

<sup>۴</sup>World Health Organization (WHO)

سال، دومین علت برای ملاقات با پزشک پس از سرماخوردگی، پنجمین علت بستری شدن و در سومین علت جراحی‌ها بوده است (کاواناخ و وینستین<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۴)

پژوهش‌های محدودی که تا به امروز درباره میزان شیوع درد در ایران انجام شده حاکی از شایع بودن این پدیده در کشور است. یافته‌های بدست آمده از مطالعه ۶۱۱۴۰ نفر در دومین طرح ملی سلامت و بیماری در ایران (۱۳۸۰)، شیوع درد در نواحی ۵ گانه بدن را این‌گونه گزارش می‌کند: درد پشت و کمر (۱۷/۹ درصد)، گردن (۷/۶ درصد)، لگن خاصره (۴/۱ درصد)، درد مفاصل کوچک (۵/۵ درصد) و درد مفاصل بزرگ (۱۵/۳ درصد). یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که احتمال بروز دردهای استخوان و مفاصل، پشت و کمر، گردن، لگن خاصره، درد مفاصل کوچک و درد مفاصل بزرگ با بالا رفتن سن بیشتر می‌شود و در کلیه سنین میزان شیوع این دردها در زنان بیشتر از مردان است. همچنین در مطالعه‌ای که توسط اصغری مقدم (۱۳۸۳) در یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران انجام گرفت، نتایج بدست آمده نشان داد که میزان شیوع درد در جمعیت مورد بررسی در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه ۳۹ درصد و میزان شیوع درد مزمن مستمر (وجود درد در ۶ ماه گذشته بدون دوره بهبودی) و درد مزمن عود کننده (وجود درد در ۶ ماه گذشته با دست کم یک دوره بهبودی و عود مجدد) به ترتیب با ۱۴ و ۱۵ درصد برابر بوده است.

اگرچه مطالعات معدودی تلاش کرده‌اند تا میزان شیوع درد در جامعه ایران را مستند کنند اما درباره پیامدهای زیستی- روانی- اجتماعی درد، بطور اعم درد مزمن در ایران اطلاعات مدونی در دست نیست. در کشورهای صنعتی اطلاعات بدست آمده حکایت از آن دارد که درد مزمن یکی از مشکلات بهداشتی عمده در این کشورها به حساب می‌آید. به عنوان مثال والین<sup>۱۱</sup> پس از بررسی هفت مطالعه همه گیرشناسی در بریتانیا، بلژیک، آلمان و سوئد میزان شیوع کمر درد را به عنوان رایج ترین درد مزمن در این کشورها به طور متوسط ۳۴ درصد گزارش کرده است، به تازگی نتایج یک نظرسنجی در آمریکا نشان داد که بیش از ۲۵ درصد بزرگسالان

---

<sup>۱۰</sup>Cavanaugh & Weinstein

<sup>۱۱</sup>Volin

این کشور کمردرد مزمن را تجربه کرده‌اند (ترک و اسوانسون، ۲۰۰۷). بر اساس آمار اداره کار آمریکا صدمات کمردرد مزمن منجر به خسارت شغلی در سال ۲۰۰۵ در آمریکا شده است. به گونه ای که تخمین زده می‌شود بالای ۱۴۰ میلیون روز کاری به این علت از دست رفته است. هزینه مستقیم یا غیر مستقیم کلی سالانه درد مزمن بیشتر از ۳۹۴۵ بیلون دلار تخمین زده می‌شود. در این میان هزینه کمردرد مزمن به تنهایی بیش از ۱۰۰ بیلون دلار در سال برآورد شده است. کازینز<sup>۱۲</sup> ادعا می‌کند که هزینه بهداشت و درمان بیماران مبتلا به درد مزمن ممکن است بیش از مجموع هزینه درمان بیماران قلبی، سرطان و ایدز باشد (ترک و اسوانسون، ۲۰۰۷). متخصصان بسیاری برای کمک به بیماران مبتلا به درد مزمن تلاش می‌کنند. هدف بیشتر درمان‌های پزشکی سنتی کاهش درد مزمن و کنترل احساس درد است. درد زدها، شل کننده‌های عضلات و داروهای ضد افسردگی رایج ترین این درمان‌ها هستند (دال و لاندگرین، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر نتایج چندین فراتحلیل نشان داده‌اند که درمان‌های پزشکی مؤثر برای درد حاد در درمان درد مزمن کارآمد نیستند و در حقیقت ممکن است به مشکلات بیشتری مانند سوءمصرف مواد یا اجتناب از فعالیت های مهم بیانجامند (بیوگوس و همکاران، ۱۹۹۴؛ مورلی، اکسلستون ویلیام، ۱۹۹۹؛ ون تولدر و گروسنز و وادل و ناچمسون، ۲۰۰۰ به نقل از دال و لاندگرین، ۲۰۰۶).

سازگاری با درد مزمن نیازمند انطباق همه جانبه زندگی بیمار با تجربه درد است. مزمن بودن اختلال موجب مراجعه مکرر بیماران به مراکز بهداشتی می‌شود و هزینه بالای درمان‌هایی مثل طب سوزنی، جراحی و تزریق مستقیم داروهای مسکن به عضو دردناک توان مالی بیماران را تضعیف می‌کند. از سوی دیگر اثرات درمانی کوتاه مدت این روش‌ها بیماران را دچار ناامیدی و درماندگی می‌سازد. به علاوه ماهیت مزمن درد و ناتوانی فزاینده ناشی از آن در بسیاری از مواقع سبب بازنشستگی زودهنگام یا ازکارافتادگی می‌شود. در مورد اخیر علاوه بر کاهش توان مالی بیماران زیان‌های اقتصادی فراوانی برای دولت‌ها به بار می‌آید (ریدوت، ۱۹۹۶ به نقل از پشت‌مشهدی، ۱۳۷۹).

---

<sup>۱۲</sup>Cousins

از آنجاکه این مشکلات توسط مجموعه‌ای از عوامل رفتاری، طبی و روانشناختی تداوم می‌یابند درمانگران مداخلات منعطف یکپارچه‌ای را برای پرداختن به این عوامل ایجاد کرده‌اند (سیگل<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵). این مداخلات آموزش آرامسازی<sup>۱۴</sup>، فنون هیپنوتیک<sup>۱۵</sup>، پسخوراند زیستی<sup>۱۶</sup>، اصلاح رفتاری<sup>۱۷</sup>، شناخت درمانی<sup>۱۸</sup> و رویکردهای چندمدلی<sup>۱۹</sup> را شامل می‌شود. آموزش آرامسازی شاید بخش کلیدی سایر تکنیک‌های درمانی برای سازگاری با درد و استرس باشد، مراقبه<sup>۲۰</sup> دومین شکل آرامسازی است که برای سازگاری با درد، استرس و اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد. مراقبه حضور ذهن<sup>۲۱</sup> سومین نوع مراقبه است که ریشه در تمرینات قدیمی بودیسم دارد، این برنامه ممکن است در برخی از اختلالات مرتبط با استرس، حداقل با هر مداخله رفتاری دیگر برابری کند (برانون و فیست<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۴). درمان حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس<sup>۲۳</sup> اولین درمان ساختاریافته در این زمینه است که توسط جان کبات زین<sup>۲۴</sup> در سال ۱۹۹۰ در موقعیت طب رفتاری برای بیماران با درد مزمن و برای شرایط استرس‌زا مطرح شده و مبتنی بر آموزش فشرده مراقبه است. تاکید این درمان بر تجربه جریان مداومی از تغییرات دائمی حالات درونی و توانایی برای آگاهی لحظه به لحظه به وسیله تمرینات حضور ذهن است (دال و لاندگرین، ۲۰۰۶). درمان‌های مبتنی بر متغیرهای فراشناختی مانند حضور ذهن و پذیرش تجربه های درونی، اکنون طبقه وسیعی از رویکردهای موج سوم شناختی- رفتاری را به خود اختصاص داده‌اند (هافمن<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۷).

---

<sup>۱۳</sup> Siegel

<sup>۱۴</sup> Relaxation Training

<sup>۱۵</sup> Hypnotic Techniques

<sup>۱۶</sup> Biofeedback

<sup>۱۷</sup> Behavioral Modification

<sup>۱۸</sup> Cognitive Therapy

<sup>۱۹</sup> Multimodal Approaches

<sup>۲۰</sup> Meditation

<sup>۲۱</sup> Mindfulness meditation

<sup>۲۲</sup> Brannon & Fiest

<sup>۲۳</sup> Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

<sup>۲۴</sup> Kabat-Zinn

<sup>۲۵</sup> Hofman



با توجه به شیوع درد مزمن در جامعه و اثرات همه جانبه آن بر زندگی بیماران مبتلا، یافتن روشهای درمانی مناسب که بیماران را در سازگاری مؤثر با درد یاری دهد، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی‌شان را کاهش، خودکفایی را افزایش و اثرات درد را بر زندگی آنها به حداقل برساند، بسیار با ارزش است. از آنجاکه اکثر پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن را مورد مطالعه قرار داده‌اند غیر کنترل شده، و بیش از همه بر بیماران مبتلا به سرطان، اختلالات اضطرابی و افسردگی متمرکز بوده‌اند و بررسی انجام شده بر بیماران مبتلا به کمردرد مزمن بر جمعیت سالمندان محدود بوده است، همچنین با توجه به تاثیرات روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی و محدودیت‌های فراوان ناشی از کمردرد مزمن، این پژوهش قصد دارد به اثر بخشی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد<sup>۲۶</sup> بر عملکردهای روانی-اجتماعی<sup>۲۷</sup> بیماران مبتلا به کمردرد مزمن<sup>۲۸</sup> در سنین کار<sup>۲۹</sup> بپردازد.

### ۱-۳. اهمیت و ضرورت

دیدگاه‌های موجود، درد مزمن را پدیده‌ای متشکل از مجموعه‌ای از علایم زیستی- روانی و اجتماعی می‌دانند و معتقدند به موازات استمرار درد و مزمن شدن آن، بخش‌های گوناگون زندگی فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد (اصغری مقدم، ۱۳۸۳). بیمار مبتلا به درد مزمن بتدریج شاهد کاهش توانایی برای ارائه عملکرد طبیعی در زمینه‌های گوناگون شغلی، اجتماعی، خانوادگی و غیره است. وی بتدریج درمی‌یابد که داروهای ضد درد اندکی درد وی را می‌کاهد، اما مصرف طولانی مدت آنها، اثرات جانبی چون خواب آلودگی، کاهش قدرت تمرکز، گیجی و بی‌بوست بوجود می‌آورد که این گونه اثرات جانبی به نوبه خود وضع فرد را وخیم‌تر می‌کند (اصغری مقدم، ۱۳۸۳).

کمردرد مزمن وضعیتی تحلیلی برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار ناشی از درد بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهند روبه‌رو می‌کند

---

<sup>۲۶</sup> Mindfulness based cognitive therapy for pain management

<sup>۲۷</sup> Psycho-social performance

<sup>۲۸</sup> Chronic low back pain patient

<sup>۲۹</sup> Working age group

(گچل و ترک، ۱۳۸۱). درد و نگرانی درباره کمردرد اثرات منفی زیادی دارد. اغلب مردم فعالیت‌های جسمی پیشین خود، فعالیت‌هایی که به کاهش استرس روانشناختی و منعطف و قوی ماندن ماهیچه کمک می‌کرده است، را رها می‌کنند. افکار آشفته کننده با این عدم فعالیت همراه شده و به اضطراب، ناکامی و خشم منجر می‌شود، (اموری که برانگیختگی سیستم جنگ و گریز<sup>۳۰</sup> را افزایش می‌دهند)، این برانگیختگی در انقباض عضلات نقش دارد. چرخه نگرانی ترس- درد - تنش - درد هم با این ناتوانی همراه می‌شود. ترس نه تنها با افزایش تنش عضله میزان درد را افزایش می‌دهد بلکه خود نیز درد را شدت می‌بخشد (سیگل، ۲۰۰۵). اکنون شواهد قابل ملاحظه ای وجود دارد که جملگی از این امر که نشانه‌ها همیشه با شدت اختلال برابر نیستند، حمایت می‌کنند. آسیب‌های محدود کننده نسبتاً خفیف می‌تواند درد ناتوان کننده ای ایجاد کند درحالی که آسیب وسیع ممکن است اساساً نشانه‌های خفیفی ایجاد کند (سیگل، ۲۰۰۵). بنابراین تنها قاعده‌ای که می‌توان با اطمینان بیان کرد اینست که: تظاهر بالینی الزاماً علت یا شدت اختلال را منعکس نمی‌کند (کاواناخ و وینستین، ۱۹۹۴).

بنابراین نگرانی درباره درد با انقباض ماهیچه‌ها و تقویت احساس درد ناشی از عضله منقبض شده به چرخه‌های درد منجر می‌شود (سیگل، ۲۰۰۵). درد مقاوم در طول یک دوره طولانی، استرس‌آمیز است استرس مزمن ممکن است به خواب ضعیف، خلق پایین و ضعف کارکرد غدد درون ریز منجر شود، در نتیجه ادراک درد تغییر می‌کند و توانایی افراد برای سازگاری با دردی که هنوز زیاد است کاهش می‌یابد. چرخه‌ای که به آشفتگی بیشتر و انحطاط جسمی منجر می‌شود (ودل به نقل از هاردینگ و واتسون<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۰).

بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل شکست در تسکین درد، مشکلات روانشناختی خاصی را نشان می‌دهند که آنها را از بیماران با درد حاد متمایز می‌سازد. شواهد نشان می‌دهند که مشکلات روانشناختی در مراحل اولیه درد روی نمی‌دهد بلکه به موازات مزمن شدن درد تغییرات روانشناختی نیز رخ می‌دهند (گچل و ترک، ۱۳۸۱). در بین اختلالات روانپزشکی بیشترین میزان رابطه بین درد و اختلال افسردگی گزارش شده

---

<sup>30</sup> Fight and Flight system

<sup>31</sup> Waddell, Harding, Watson

است. بر اساس پژوهش های متعدد میزان این ارتباط بین ۳۰ تا ۱۰۰ درصد متغیر بوده است (رومانو و ترنر به نقل از کریج ۱۹۹۱). مطالعات موسسات ملی سلامت نشان می‌دهد که ارتباط ثابتی بین درد مزمن و افسردگی وجود دارد. آنها نتیجه گرفتند که درد مزمن با احتمال بسیار زیاد به افسردگی می‌انجامد و افسردگی ممکن است شدت درد ادراک شده را بدتر کند (کوئنیگ<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۳).

در حالیکه مبارزه برای اجتناب از علل رها نیافتنی درد موجب رنج بیشتر می‌شود، در رویکردهای مبتنی بر حضور ذهن، درد به عنوان بخشی غیر قابل اجتناب زندگی پذیرفته می‌شود. هدف این رویکردها ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی هنگام حضور افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با درد در بیمار است (دال و لاندگرین، ۲۰۰۶). تمرین حضور ذهن می‌تواند نگرش به درد را تغییر دهد، کمک می‌کند تا علاوه بر آرام کردن عضلات، تجربه درد با تغییر ارتباط با آن تحت تاثیر قرار گیرد (سیگل، ۲۰۰۵). حضور ذهن امکانی را فراهم می‌آورد که درد به رنج منجر نشود (کزاک<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۸). درمان حضور ذهن مبتنی بر کاهش استرس، مراقبه حضور ذهن را برای کاهش رنج مرتبط با اختلالات جسمی، روان تنی و روانپزشکی بکار می‌گیرد و مبتنی بر راهکارهای منظمی برای ایجاد آگاهی از تجربه لحظه به لحظه فرایندهای ذهنی است. این رویکرد ادعا می‌کند که آگاهی بیشتر درک واقعی‌تری را فراهم می‌آورد، عاطفه منفی را کاهش می‌دهد و قدرت حیات و مقابله را بهبود می‌بخشد (گراسمن، نیمن، اسکمیت و ولش<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۴). با توجه به محدود بودن پژوهش‌های مرتبط در کشور ما پژوهش حاضر اثربخشی روش درمانی حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد را بر بیماران زن ۱۸ تا ۶۵ ساله مبتلا به کمر درد مزمن بررسی می‌کند.

---

<sup>۳۲</sup> Koenig

<sup>۳۳</sup> Kozak

<sup>۳۴</sup> Grossman, Niemann, Schmidt & Walach

#### ۱-۴. اهداف پژوهش

با توجه به مطالب ذکر شده در این پژوهش به منظور بهبود عملکردهای روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، یک هدف کلی، ۴ هدف اختصاصی و یک هدف کاربردی تعیین شده است که بشرح ذیل می‌باشند.

##### ۱-۴-۱. هدف کلی

تعیین اثر بخشی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد بر عملکردهای روانی-اجتماعی بیماران کمر درد مزمن

##### ۱-۴-۲. اهداف اختصاصی

- تعیین اثر بخشی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد بر شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن.

- تعیین اثر بخشی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد بر کاهش محدودیت عملکرد ناشی از درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن

- تعیین اثر بخشی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن

- تعیین اثر بخشی درمان حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی کنترل درد در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن

##### ۱-۴-۳. اهداف کاربردی

این مطالعه درصدد آن است که با استفاده از روش حضور ذهن و از طریق یک مطالعه کارآزمایی بالینی و با تکیه بر نتایج آن دستورالعملی را جهت کار بالینی ویژه بیماران مبتلا به دردهای مزمن بویژه کمردرد مزمن ارائه نماید.