

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی

عنوان پژوهش:

اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش افسردگی، افزایش

کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن (CLBP)

استاد راهنما:

دکتر محمود گلزاری

استاد مشاور:

دکتر محمدرضا شعیری

استاد داور:

دکتر فریده حسین ثابت

پژوهشگر:

سمیرا معصومیان

زمستان

۱۳۹۱

تقدیم بہ

آنہابی کہ درد و رنج دیکران قلمشان رامی آزارد

و در پی تخفیف درد و تاسین آسایش بیماران ہستند و

انسانہای والائی کہ لذت و زیبائی زندگی شان راد

کھاک بہ دیکران می یابند و باد درد دیکران دردمی کشند

تقدیم

به روان پاک پدر عزیزم

به او که نیست، اما یادش در لحظه‌ی زندگی‌م جاریست

و نبودنش با پیچ بودنی جبران نخواهد شد

به مادر عزیزم

به او که در روزهای فنا و گمگشتگی ام تهاد لیل و امید برای بودن دوباره ام بود

و عشق به او بزرگترین انگیزه زندگی‌م می‌باشد

وباساس فراوان از

استاد راهنمای بزرگوارم جناب آقای دکتر محمود گلزاری، که افتخار شاگردیشان را در دوران تحصیل داشته‌ام و همچنین، راهنمایی پایان نامه‌ی تحصیلی اینجانب را بر عهده داشتند.

استاد مشاور ارجمندم جناب آقای دکتر محمد رضا شعیری، که همواره علم و عمل ایشان بهترین الگو در زندگی‌م بوده و خواهد بود و بارفقر بزرگوارانه‌شان بر ایمن نمونه‌ای از یک معلم اخلاق باقی خواهند ماند. به او که خود تجلی صبر و آرامش در این دنیای ناآرام و پر تلاطم می‌باشد.

استاد کرامت‌دور سرکار خانم دکتر فریده حسین ثابت، بدلیل مطالعه، داور و ارائه‌ی شهادت مفید و سودمند خود که سبب بهبود مطالب این پایان نامه گردیدند، شکر و قدردانی می‌نمایم و توفیق روزافزونشان را از درگاه حق خواهانم.

و با شکر و قدر دانی از

جناب آقای دکتر سیروس مومن زاده، فلوشیپ فوق تخصص درد و دانشیار دانشگاه شهید بهشتی

و

جناب آقای دکتر سید مسعود هاشمی، فلوشیپ فوق تخصص درد و استادیار دانشگاه شهید بهشتی

که مساعدتهای بی دریغشان انجام این تحقیق را میسر ساخت

و پختن

برای دوستان عزیزم زینب محدریانی، لیلیا آرنک، همدریس صداق زاده، منتاب رجبی و مطهره ابوفاضلی بخاطر تمام خوبها و

محبتهایشان بهترینها را آرزو مندم.

و تقدیم به

تمام بیمارانی که با امید التیام بخش بودن آلامشان، از دردهایشان آموختم.

درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است و هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند. درد کمر شایعترین درد در میان جمعیت بیماران مبتلا به درد مزمن و شایعترین علت مراجعه به پزشکان بعد از سرماخوردگی به شمار می آید. امروزه، توجه به متغیرهای روانشناختی در درد مزمن از اهمیت مناسبی برخوردار شده، و بدین خاطر مداخلات روانشناختی نیز برای ترمیم این متغیرها طراحی شده است، در این بین، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) نخستین بار توسط کابات زین برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با استرس و درد مزمن بکارگرفته شده است. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یک مداخله رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می باشد. تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار و احساسات و ادراک انجام می شود.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش افسردگی، افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بوده است. شرکت کنندگان این پژوهش را بیماران مبتلا به کمر درد مزمن ($n=18$) تشکیل می دادند که در قالب یک طرح نیمه آزمایشی به دو گروه آزمایش ($n=9$) و گواه ($n=9$) تقسیم شدند. سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش یک برنامه ۸ جلسه ای درمان MBSR دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش (فرم کوتاه مقیاسهای افسردگی اضطراب استرس (DASS - ۲۱)، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) و خودکارآمدی درد (PSEQ)) نیز در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون یومن _ ویتنی نشان داد که مداخله بکارگرفته شده منجر به کاهش افسردگی، افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. اگرچه این یافته ها مقدماتی هستند با این وجود پیشنهاد می کنند که MBSR را می توان بعنوان درمان مکمل در کنار سایر درمانها برای رسیدن به نتایج مطلوبتر در مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن بکار گرفت.

واژه های کلیدی: کمردرد مزمن، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، افسردگی، کیفیت زندگی، خودکارآمدی

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

۱ - ۱ مقدمه	۱
۱ - ۲ بیان مسئله	۳
۱ - ۳ اهمیت و ضرورت پژوهش	۱۲
۱ - ۴ اهداف پژوهش	۱۵
۱ - ۵ فرضیه های پژوهش	۱۵
۱ - ۶ تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش	۱۶
الف) خودکارآمدی درد:	۱۶
ب) افسردگی	۱۶
ج) کیفیت زندگی:	۱۷
د) کاهش برنامه استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)	۱۷

فصل دوم: مروری بر پیشینه های عملی و نظری پژوهش

۱-۲ مقدمه	۱۹
۲-۲ تعریف درد	۱۹
۳-۲ انواع درد	۲۲
۴-۲ سندرم های ویژه ی درد	۲۳
۱-۴-۲ آرتريت	۲۴
۲-۴-۲ فیبرومیالژیا	۲۴
۳-۴-۲ سر درد	۲۴
۴-۴-۲ درد سرطان	۲۵
۵-۴-۲ درد کمر	۲۶
۱-۵-۴-۲ تعریف آناتومیک کمر درد	۲۶
۲-۵-۴-۲ همه گیر شناسی	۲۷
۳-۵-۴-۲ منشا کمر درد	۲۸
۵-۲ نظریه های تبیین کننده ی درد	۳۰
۱-۵-۲ الگوی زیست طبی درد	۳۰
۲-۵-۲ نظریه ی کنترل دروازه ای	۳۲
۳-۵-۲ نظریه های روان تنی	۳۴
۴-۵-۲ نظریه های زیستی - روانی - اجتماعی	۳۵
۵-۵-۲ عوامل اجتماعی، فرهنگی و یادگیری	۳۸

- ۳۸ ۱-۵-۵-۲ مکانیسم های یادگیری اجتماعی
- ۳۹ ۲-۵-۵-۲ مکانیسم های یادگیری عامل
- ۴۰ ۳-۵-۵-۲ مکانیسم های یادگیری پاسخ گر
- ۴۲ ۶-۵-۲ عوامل روانشناختی
- ۴۲ ۱-۶-۵-۲ عوامل شناختی
- ۴۹ ۲-۶-۵-۲ عوامل هیجانی
- ۵۰ ۶-۲ درمان های درد مزمن
- ۵۲ ۱-۶-۲ درمان های دارویی
- ۵۳ ۲-۶-۲ جراحی
- ۵۳ ۳-۶-۲ تزریق
- ۵۴ ۴-۶-۲ پمپ های دارویی نخاعی
- ۵۵ ۵-۶-۲ فیزیوتراپی
- ۵۶ ۶-۶-۲ تحریک
- ۵۸ ۷-۶-۲ روانپزشکی
- ۵۹ ۸-۶-۲ رویکردهای جایگزین طب مکمل
- ۵۹ ۹-۶-۲ درمان های روان شناختی
- ۵۹ ۱-۹-۶-۲ تکنیک انحراف توجه یا ایجاد حواسپرتی
- ۶۰ ۲-۹-۶-۲ تصور یا تجسم هدایت شده
- ۶۱ ۳-۹-۶-۲ هیپنوتیزم
- ۶۲ ۴-۹-۶-۲ تن آرامی
- ۶۳ ۵-۹-۶-۲ درمان شناختی
- ۶۴ ۶-۹-۶-۲ رفتاردرمانی
- ۶۵ ۷-۹-۶-۲ درمان شناختی- رفتاری
- ۶۵ ۸-۹-۶-۲ روان درمانی
- ۶۸ ۷-۲ برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)
- ۶۹ ۷-۲ - ۷ - تعریف و شرح ذهن آگاهی
- ۷۳ ۷-۲ - ۲ - بنیان و شالوده نگرش در تمرین ذهن آگاهی
- ۷۷ ۷-۲ - ۳ - درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی
- ۷۹ ۳-۷-۲ - ۱ - شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT)
- ۸۲ ۳-۷-۲ - ۲ - درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT)
- ۸۳ ۳-۷-۲ - ۳ - درمان پذیرش و تعهد (ACT)
- ۸۴ ۴-۷-۲ - ۳ - ۴ - درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)
- ۹۴ ۸-۲ - ۸ - مروری بر پژوهشهای انجام شده

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۱۰۱	۳-۱ مقدمه
۱۰۱	۳-۲ طرح پژوهش
۱۰۱	۳-۳ آزمودنی
۱۰۱	۳-۳-۱ جامعه آماری پژوهش
۱۰۱	۳-۳-۲ نمونه پژوهش
۱۰۲	۳-۴ ابزارهای پژوهش
۱۰۲	۳-۴-۱ فرم کوتاه مقیاسهای افسردگی اضطراب استرس (DASS-۲۱)
۱۰۴	۳-۴-۲ پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ)
۱۰۴	۳-۴-۳ پرسشنامه SF۳۶
۱۰۵	۳-۴-۵ برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)
۱۰۸	۳-۵ روش اجرای پژوهش
۱۰۸	۳-۶ شیوه تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۱۰۹	۴-۱ مقدمه
۱۰۹	۴-۲ نتایج توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش
۱۱۰	۴-۲-۱ شاخصهای توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی
۱۱۴	۴-۲-۲ شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش
۱۱۹	۴-۳ مقایسه متغیرهای پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل
۱۲۱	۴-۴ بررسی فرضیه های پژوهش
۱۲۱	۴-۴-۱ بررسی فرضیه اول پژوهش
۱۲۲	۴-۴-۲ بررسی فرضیه دوم پژوهش
۱۲۵	۴-۴-۳ بررسی فرضیه سوم پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۲۶	۵-۱ مقدمه
۱۲۸	۵-۲ خلاصه نتایج
۱۲۹	۵-۳ بحث و نتیجه گیری
۱۲۹	۵-۳-۱ بررسی نتایج مربوط به فرضیه نخست پژوهش
۱۳۰	۵-۳-۲ بررسی نتایج مربوط به فرضیه دوم پژوهش
۱۳۱	۵-۳-۳ بررسی نتایج مربوط به فرضیه سوم پژوهش
۱۳۷	۵-۴ محدودیتهای پژوهش
۱۳۸	۵-۵ پیشنهادات پژوهش
۱۳۸	۵-۵-۱ پژوهشی:

فهرست منابع :

الف : منابع فارسی

ب: منابع لاتین

پیوست:

❖ فرم کوتاه مقیاسهای افسردگی اضطراب استرس (۲۱ - DASS)

❖ پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36)

❖ پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ)

فهرست جداول

- جدول ۱.۲ منابع ایجاد کمر درد ۲۹
- جدول ۱-۴ ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل ۱۱۱
- جدول ۲-۴ نتایج توصیفی مربوط به ویژگی های تحصیلی، شغلی و تاهل آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل ۱۱۲
- جدول ۳-۴ شاخص های توصیفی مربوط به مقیاس افسردگی در آزمودنیهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ۱۱۴
- جدول ۴-۴ شاخص های توصیفی مربوط به خرده مقیاسهای کیفیت زندگی (sf۳۶) در آزمودنیهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ۱۱۵
- جدول ۵-۴ شاخص های توصیفی مربوط به مقیاس خودکارآمدی در آزمودنیهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ۱۱۸
- جدول ۶-۴ مقایسه میانگین مربوط به متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون براساس آزمون یومن ویتنی ۱۱۹
- جدول ۷-۴ مقایسه متغیر افسردگی در گروههای آزمایش و کنترل براساس آزمون یومن ویتنی در مورد تفاضل نمرات پیش - پس آزمون ۱۲۱
- جدول ۸-۴ مقایسه متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی در گروههای آزمایش و کنترل براساس آزمون یومن ویتنی با توجه به تفاضل نمرات پیش - پس آزمون ۱۲۲
- جدول ۹-۴ مقایسه متغیر خودکارآمدی در گروههای آزمایش و کنترل براساس آزمون یومن ویتنی ۱۲۵

فصل اول

کلیات پژوهش

۱ - ۱ مقدمه

شاید درد عمومی ترین فشار روانی باشد که با آن مواجه می شویم، هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند. درد مزمن^۱ وضعیتی تحلیل برنده است به گونه ای که فرد دردمند نه تنها با فشار ناشی از درد بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر که بخشهای گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می دهد، روبرو می کند. درد مزمن نه تنها توانمندیهای بیمار، بلکه تواناییهای اطرافیان حامی وی را نیز به تحلیل می برد (گچل^۲ و ترک^۳، ۱۹۹۶). هنگامی درد مزمن است که بیشتر از حد مورد انتظار استمرار پیدا می کند. چنین دردی می تواند علیرغم درمانهای انجام شده از ۳ ماه تا ۳۰ سال یا بیشتر طول بکشد (نیکولاس^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

یافته های علمی گردآوری شده طی ۴۰ سال گذشته از این اندیشه حمایت می کند که درد مزمن پدیده ای متشکل از علائم زیستی، روانی، اجتماعی است. مدل مفهومی زیستی - روانی - اجتماعی درد مزمن بعنوان مدلی چند بعدی، جایگزین مدل ساده انگارانه درد با منشأ جسمانی شده است. در این مدل عوامل روانشناختی و اجتماعی بعنوان عواملی تلقی می گردند که بطور غیرمستقیم با فرایند ادراک درد رابطه دارند. به مرور که درد مزمن تر می

^۱ . chronic pain

^۲ . Gatchel, J.

^۳ . Turk, D.C.

^۴ . Nicholas, M.K.

شود، نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی در بدتر شدن درد و استمرار آن در مقایسه با نقش عوامل زیستی پررنگ‌تر می‌شود (ترک و همکاران، ۱۹۹۶؛ ترک، ۲۰۰۲).

تلاش برای کنترل و غلبه بر درد از جمله ابتدایی‌ترین خواسته‌های آدمی در طول سالیان متمادی بوده است اما علیرغم وجود این سابقه طولانی در جهت مقابله با درد و پیشرفتهای علمی و تجربی، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران و مراقبان آنها یک مسأله بنیادین به شمار می‌رود. این امر، نه تنها برای بیمار، بلکه برای خانواده او و نیز برای اجتماع مشکلات اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای بوجود می‌آورد. با توجه به پیامدهای درد مزمن، تلاش برای پیدا کردن روش درمانی مناسب و مؤثر تاریخ طولانی دارد (گچل و ترک، ۱۳۸۱).

رویکردهای درمانی مختلفی برای بیماران مبتلا به درد مزمن وجود دارد، از آن جمله است: دارو، جراحی، تزریق موضعی، فیزیوتراپی، تحریک، درمانهای روانشناختی (هیپنوتیزم، تن آرامی، درمان شناختی، رفتاردرمانی)، روانپزشکی، رویکردهای جایگزین (یا طب مکمل) (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶).

در بین درمانهای روانشناختی، الگوهای متنوعی در مورد درد مزمن طراحی و مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در میان درمانهایی که در دو دهه‌ی اخیر مورد توجه قرار گرفته است، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ (MBSR) می‌باشد که نخستین بار توسط کابات - زین^۲ (۱۹۹۱) برای دامنه‌ی وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با استرس و درد مزمن طراحی شده است.

^۱ . Mindfulness – based stress reduction (MBSR)

^۲ . Kabat-Zinn, J.

بدین خاطر پژوهش آن، می تواند تاثیر آن را بر کاهش یا افزایش برخی جنبه های روانشناختی مرتبط با درد مزمن مشخص سازد. بر این اساس طرح حاضر تنظیم شده تا به تعیین تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش افسردگی^۱ و افزایش خود کارآمدی^۲ و کیفیت زندگی^۳ بیماران مبتلا به کمردرد مزمن^۴ پردازد.

۱ - ۲ بیان مسئله

درد بعنوان یکی از علائم هشداردهنده، از ظریفترین پدیده های خلقت به شمار می رود. درد شایعترین نشانه ای است که بیمار و پزشک با آن مواجه اند و هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری و عمومیت درد نیست (گچل و ترک، ۱۹۹۶). همانطور که انجمن بین المللی درد^۵ تعریف کرده است درد بدون شک احساسی در نقطه یا نقاطی از بدن است اما همواره ناخوشایند است و بنابراین یک تجربه هیجانی نیز محسوب می شود (میرسکی و همکاران، ۱۹۹۴).

درد یک رویداد ادراک ذهنی است که نه تنها به میزان ضایعه ای که به بدن وارد می آید یا کارکرد مناسب جسمانی وابسته نیست، بلکه شدت درد گزارش شده توسط بیمار و واکنش به ادراک درد، می تواند بوسیله گستره وسیعی از عوامل تحت تاثیر قرار بگیرد که از میان این عوامل می توان به موقعیت، تمرکز، خلق، تاریخچه ی قبلی، زمینه های فرهنگی، وابستگی محیطی، حمایت اجتماعی و توانمندیهای مالی اشاره کرد (گچل، ۱۹۹۶).

در واقع درد مزمن دردی است غیرسرطانی که کم و بیش از تداوم برخوردار است و معمولا دوره ی زمانی ۶ ماهه ای را بعنوان ملاک تشخیصی برای مزمن شدن درد در نظر می گیرند. به دیگر سخن، درد مزمن بیش از ۶ ماه از

^۱ . depression

^۲ . self – efficacy

^۳ . quality of life

^۴ . chronic Low back pain (CLBP)

^۵ . International Association For the study of pain (IASP)

^۶ . Merskey, H.

شروع اولیه به طول می انجامد و بسته به نوع و محل ضایعه، از شدتهای متفاوتی برخوردار است (کیف^۱ و ویلیامز^۲، ۱۹۹۰).

درد مزمن، پدیده شایعی است. در بررسی انجام شده در یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران میزان شیوع ۶ ماهه درد ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، ۳۹٪ بوده است. همین مطالعه میزان شیوع درد مزمن مستمر (وجود درد در ۶ ماه گذشته بدون دوره ی بهبودی) و درد مزمن عودکننده (وجود درد در ۶ ماه گذشته با دست کم یک دوره بهبودی و عود مجدد) را به ترتیب ۱۴ و ۱۵ درصد گزارش کرده است (اصغری، ۱۳۸۳). نتایج مطالعاتی که در سال ۱۹۹۶ منتشر شده است نشان می دهد که درد، عامل بیش از ۸۰ درصد مراجعه به پزشکان است (گچل و ترک، ۱۹۹۶).

در میان دردهای مزمن، کمر درد با شیوع ۷۰ تا ۸۵ درصد بالاترین درصد کل دردها را به خود اختصاص داده است (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱). پژوهشهای انجام شده در زمینه بررسی تاثیرات کمر درد مزمن^۳ (CLBP) در وضعیت بیماران مبتلا، حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی در بین آنها نسبت به جمعیت عادی است. افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیتی و اختلال جسمانی سازی شایعترین موارد همراه با کمر درد ذکر شده اند (درش^۴ و همکاران، ۲۰۰۲). میزان شیوع افسردگی در بین این بیماران نسبت به جمعیت عادی ۴ برابر گزارش شده است. میزان افسردگی با ناتوانی جسمی روانی - اجتماعی، افزایش استفاده از دارو و افزایش احتمال بیکاری و شدت درد در آنان ارتباط دارد (سالیوان^۵ و همکاران، ۲۰۰۴).

^۱ . Keefe, F.J.

^۲ . Williams, D.A.

^۳ . chronic Low back pai (CLBP)

^۴ . Dresh, j.

^۵ . Sullivan, M.J.

بنظر می رسد عاملی که منجر به افسردگی در بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن می شود، تجربه درد نیست، بلکه نگرشها، باورها و انتظارات بیماران درباره درد با وجود افسردگی در بین آنان بیشتر مرتبط است. تحریفهای شناختی همچون فاجعه آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آنها از درد و پیامدهای آن و بطور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با وجود افسردگی در آنان ارتباط دارد (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱).

مفهوم خودکارآمدی یا خوداثربخشی ارتباط نزدیکی با احساس کنترل داشتن بر محرکهای آزاردهنده دارد. انتظار خودکارآمدی یک باور شخصی است مبنی بر اینکه فرد می تواند فعالیتی (رفتارهای لازم برای انجام کاری) را انجام دهد تا نتایج دلخواه را در موقعیتی مفروض بدست آورد. به عبارتی خودکارآمدی به ادراک فرد از ظرفیت شخصی اش برای اعمال کنترل بر رویدادهای تاثیرگذار بر زندگی و بطور اختصاصی تر به قضاوتهای فرد از قابلیتش برای اعمال سطحی خاص از عملکرد اطلاق می شود (گچل و ترک، ۱۹۹۶). نقشی که خودکارآمدی مربوط به درد در سازگاری با درد مزمن ایفا می کند بخوبی مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهشها نشان داده است بیمارانی که معتقدند علیرغم وجود درد می توانند با آن مقابله کرده و فعالیتهای روزمره خود را انجام دهند به هنگام تجربه درد بیشتر قادرند مهارتهای مقابله ای انطباقی را بکار گیرند (جنسن^۱ و همکاران، ۱۹۹۱).

علاوه بر این، هنگامی درد مزمن بدرستی درمان نشود، اثرات زیان بخشی بر تمام جنبه های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۲ (HRQoL) در افراد مبتلا به درد می گذارد و ممکن است تمام ابعاد HRQoL کاهش یابد، که این مسئله یکی از شایعترین مشکلات در این بیماران می باشد (کاتز^۳، ۲۰۰۲).

^۱ . Jensen, M.P.

^۲ . health related quality of life (HRQoL)

^۳ . Katz, N.

تقریباً از هر سه بیمار مبتلا به درد مزمن، یک بیمار با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQoL) و سطوح بالایی از پریشانی روانشناختی روبرو می شود (روزنزیوگ^۱، ۲۰۱۰).

پس تلاش برای فهم درد و علل و نحوه کنترل و بویژه فهم ماهیت آن، یکی از تلاشهای بسیار مهم روانشناسان است. در گذشته اینطور تصور می شد که متخصصان پزشکی باید بر درد کنترل داشته باشند اما امروزه از بیمار و خانواده اش خواسته می شود تا نقشی حیاتی را در کنترل درد به عهده گیرند. از ابتدای تاریخ مدون بشر، تلاش برای کنترل درد از اهداف اصلی آدمی بوده است. در طول تاریخ روشهای متعددی جهت مقابله با درد ابداع شده که هر یک به نوبه خود ضمن تخفیف درد، مزایا و زیانهایی را در پی داشته است. بررسی کارایی بالقوه راهبردهای غیر دارویی درمان درد احتمالاً می تواند ناشی از ترس از عوارض جانبی درمانهای طبی یا ناکارآمدی درمانهای مذکور باشد. با توجه به این واقعیت که درمانهای طبی نمی تواند همه دردها را بدون عوارض منفی نامطلوب کاهش دهد (ترک و گچل، ۱۹۹۶)، بررسی علمی و پیگیری بیشتر راهبردهای غیر دارویی مقابله با درد، ارزشمند و مهم بنظر می رسد. رویکردهای درمانی مختلفی برای بیماران مبتلا به درد مزمن وجود دارد، از آن جمله است: دارو، جراحی، تزریق موضعی، فیزیوتراپی، تحریک، درمانهای روانشناختی (هیپنوتیزم، تن آرامی، درمان شناختی، رفتاردرمانی)، روانپزشکی، رویکردهای جایگزین (یا طب مکمل) (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶).

به دنبال شکست درمانهای طبی و معرفی ابعاد سه گانه ی درد توسط ملزاک و وال در نظریه ی کنترل دروازه^۲ که شدت و ماهیت درد را تابعی از مکانیسم های حسی، شناختی و عاطفی می دانستند، نقش عوامل روانشناختی و درمانهای مبتنی بر این عوامل مورد توجه قرار گرفتند (ترک و مونارچ^۳، ۲۰۰۶).

^۱ . Rosenzweig, S.

^۲ . gate control theory

^۳ . Monarch, E.S.