

## تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر شدت درد و سلامت روانی بیماران زن مبتلا به کمر درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی شهر تهران

نجمه حمید<sup>1</sup>، لیلی رمضان ساعتچی<sup>2</sup>، مهناز مهربابی زاده هنرمند<sup>3</sup>

تاریخ پذیرش: 92/3/20

تاریخ وصول: 91/9/29

### چکیده

زمینه: دردهای مزمن به عنوان یکی از مهم ترین معضلات پزشکی در تمام جهان بوده و خواهند بود، امروزه درمان های پزشکی و روان شناختی بسیاری از جمله درمان های شناختی - رفتاری برای کنترل و بهبود این دردها به کار گرفته می شود. هدف: هدف از انجام این پژوهش تعیین تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر شدت درد و سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می باشد.

روش: این پژوهش از نوع آزمایشی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش 30 زن مبتلا به کمر درد مزمن بود که از میان 88 نفر مراجعه کننده به 4 کلینیک تخصصی درد مزمن و مرکز فیزیوتراپی که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند و کمر درد مزمن در آنها توسط پرسشنامه درد مزمن تایید شد، به طور تصادفی انتخاب شدند.

1. دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز [dr\\_najmehamid@yahoo.com](mailto:dr_najmehamid@yahoo.com)

2. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز [l.saatchi@gmail.com](mailto:l.saatchi@gmail.com)

3. استاد گروه روان شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز [m\\_mehrabizade@yahoo.com](mailto:m_mehrabizade@yahoo.com)

سپس این 30 نفر به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل نشان داد گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در مقایسه با کنترل در سطح  $p < 0/001$  تاثیر معناداری داشته است. این نتایج در دوره‌ی پیگیری تداوم داشت. با توجه به یافته‌های پژوهش حاصل، می‌توان از درمان‌های شناختی- رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های حوزه روان‌شناسی برای مدیریت دردهای مزمن و بالا بردن سلامت روانی افراد مبتلا به دردهای مزمن استفاده نمود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، شدت درد، سلامت روانی، درد مزمن.

#### مقدمه

دردهای مزمن<sup>1</sup> به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در تمام جهان بوده و خواهند بود. سالانه میلیون‌ها نفر از افراد بزرگ‌ساز آن بوده، ولی متأسفانه درمان مناسبی دریافت نمی‌کنند (لپین<sup>2</sup> و برلی<sup>3</sup>، 2004). واژه درد مزمن برای توصیف درد غیر سرطانی و مقاوم به درمان به کار برده می‌شود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبود انتظار می‌رود طول کشیده است (احدی، ایمانی، رهگذر و مسچی، 1390). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار روانی ناشی از درد بلکه با بسیاری از عوامل فشار آور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، روبرو می‌کند (گچل<sup>4</sup>، کاترین<sup>5</sup> و رولینگز<sup>6</sup>، 2008). دردمزمن دردی است که در 6 ماه حداقل 3 ماه هر روز

- 
1. chronic pains
  2. Lepine
  3. Briley
  4. Gatchel
  5. Kathryn
  6. Rorllings



کاهش عملکردهای جسمی، روانی و اجتماعی، کاهش سلامت عمومی و ایجاد دردهای ثابت و یا دوره‌ای هستند (کلابرن<sup>1</sup>، وندربورگ<sup>2</sup>، کراس<sup>3</sup> و لیونگ<sup>4</sup>، 2002). درد مزمن از مشکلات اصلی بهداشت عمومی است. مطالعات همه‌گیرشناسی گزارش دادند که یک پنجم جمعیت عمومی اروپا و آمریکا تحت تاثیر درد مزمن قرار دارند (بریویک<sup>5</sup> و همکاران، 2006). درد مزمن باعث ایجاد ناتوانی و درد و رنج قابل توجه شخصی می‌شود همچنین تخمین زده می‌شود، سالیانه هزینه‌های عظیم اقتصادی و اجتماعی برای دولت ایالات متحده خواهد داشت (کراگر<sup>6</sup> و استون<sup>7</sup>، 2008). پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی تاثیرات کم‌درد مزمن در وضعیت روانی بیماران مبتلا، حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی در بین آنها نسبت به جمعیت عادی است (درش<sup>8</sup>، گچل<sup>9</sup> و پولاتین<sup>10</sup>، 2002، رومونو<sup>11</sup> و ترنر<sup>12</sup>، 1985). طی سالیان متمادی، پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. (هافمن<sup>13</sup>، پاپاز<sup>14</sup>، چاتکف<sup>15</sup> و کرنز<sup>16</sup>، 2007). به دنبال شکست درمان‌های طبی و معرفی ابعاد سه‌گانه درد توسط ملزاک<sup>17</sup> و وال<sup>18</sup> در نظریه کنترل دروازه‌ای درد<sup>19</sup> که شدت و ماهیت درد

- 
1. Claiborne
  2. Vandenburg
  3. Krause
  4. Leung
  5. Breivik
  6. Krueger
  7. Stone
  8. Dresh
  9. Gatchel
  10. Polatine
  11. Romono
  12. Turner
  13. Hoffman
  14. Papas
  15. Chatkoff
  16. Kerns
  17. Melzack
  18. Wall
  19. Gate Control Theory



کشور مشاهده نشده است و شیوع زیاد آن در میان جمعیت زنان و همچنین آسیب عظیم اقتصادی و اجتماعی آن، بنابراین، در پژوهش حاضر مساله اصلی این است که آیا درمان شناختی- رفتاری بر کاهش شدت درد و سلامت روانی زنان مبتلا به کمردرد مزمن موثر است؟

### روش پژوهش

جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر عبارت است از کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به کمردرد مزمن، که در زمستان 1390 به مراکز درمانی شهرتهران مراجعه کردند. نمونه آزمون فرضیه‌ها شامل دو گروه آزمایش و کنترل بود که برای تعیین این نمونه 88 نفر مراجعه کننده به 4 کلینیک تخصصی درد مزمن و مرکز فیزیوتراپی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند پرسش نامه درد مزمن علی اصغری را پر کردند و از میان کسانی که وجود کمردرد مزمن در آنها توسط پرسش نامه تایید شد، 30 نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی به یکی از گروه‌های آزمایشی یا کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش و گروه کنترل به پرسشنامه‌ی سلامت روانی و مقیاس شدت درد پرسش نامه چند وجهی درد پاسخ دادند. سپس 11 جلسه‌ی 70 دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری بر روی گروه آزمایش اجرا شد. این پژوهش، از نوع طرح نیمه تجربی و شامل دو گروه آزمایشی و کنترل بود. در این طرح گروه آزمایش در معرض مداخله آزمایشی (متغیر مستقل) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. طرح پژوهشی شامل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری بود. در این پژوهش از پرسش نامه پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ28) استفاده شد. پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی (1375) ضریب پایایی این پرسشنامه را 0/91 گزارش دادند و همچنین در اعتباریابی این پرسشنامه، روی 619 نفر از افراد بالاتر از 16 سال، حساسیت و ویژگی، کارایی و میزان اشتباه در طبقه بندی را در مردان 0/88، 0/84 و 0/64 و برای زنان به ترتیب 0/88، 0/84، 0/64 به دست آوردند. همچنین از خرده مقیاس شدت درد پرسش نامه چند وجهی درد برای اندازه گیری شدت درد استفاده شد. پرسشنامه چند وجهی درد شامل 3 بخش است که خرده

مقیاس شدت درد مربوط به بخش اول این پرسشنامه است. کرنز و هایتورون توایت<sup>1</sup> (1988) حساسیت بالینی این پرسشنامه را نسبت به تغییراتی که در نتیجه درمان در شدت درد در بیمار روی می دهد را مستند کرده اند.

لینتون، جنسن، بودین<sup>2</sup>، نیگرن<sup>3</sup> و کارلوسن<sup>4</sup> (1998) و لوزبرگ<sup>5</sup> و همکاران (1999) در بررسی منابع پژوهشی مرتبط با بررسی اعتبار و روایی این پرسشنامه در جوامع مختلف، پایایی و اعتبار آن را مطلوب ارزیابی کردند. مطالعه اعتبار و روایی بخش اول و دوم نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های ابزار را بین 0/77 تا 0/92 و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده ای هر خرده مقیاس را بین 0/25 تا 0/40 نشان داد (اصغری و گلک، 1387). در مطالعات میرزمانی (2005) روایی بخش اول پرسشنامه براساس آزمون آلفای کرونباخ عدد 0/86 روایی بخش دوم پرسشنامه عدد 0/78 می باشد. روایی بخش سوم پرسشنامه عدد 0/75 می باشد.

#### یافته ها

در این قسمت به توصیف یافته های پژوهش می پردازیم:

- 
1. Haythornthwaite
  2. Bodin
  3. Nygeren
  4. Carlson
  5. Lousberg

جدول 1-1. میانگین، انحراف معیار نمره های شدت درد و سلامت روان در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله     | آماري<br>گروه ها | شاخص های           |                         |                       |
|-----------|------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|
|           |                  | میانگین شدت<br>درد | انحراف معیار<br>شدت درد | میانگین سلامت<br>روان |
| پیش آزمون | آزمایش           | 4/15               | 1/03                    | 33/46                 |
|           | کنترل            | 4/05               | 0/78                    | 32/03                 |
| پس آزمون  | آزمایش           | 2/76               | 1/18                    | 17/23                 |
|           | کنترل            | 3/89               | 1/12                    | 34/84                 |
| پیگیری    | آزمایش           | 2/82               | 0/68                    | 18/53                 |
|           | کنترل            | 4                  | 1/02                    | 34/46                 |

همان طور که جدول 1-1 نشان می دهد. در گروه آزمایش میانگین نمره های شدت درد در مرحله ی پیش آزمون (4/15)، در مرحله ی پس آزمون (2/76) و در مرحله ی پیگیری (2/82) می باشد. معنی داری این کاهش در قسمت یافته های مرتبط با فرضیه های پژوهش بررسی خواهد شد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره های شدت درد در مرحله ی پیش آزمون (4/05)، در مرحله ی پس آزمون (3/89) و در مرحله ی پیگیری (4) می باشد. همچنین، در گروه آزمایش میانگین نمره های سلامت روان در مرحله ی پیش آزمون (33/46)، در مرحله ی پس آزمون (17/23) و در مرحله ی پیگیری (18/53) می باشد. معنی داری این افزایش در قسمت یافته های مرتبط با فرضیه های پژوهش بررسی خواهد شد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره ی سلامت روان در مرحله ی پیش آزمون (32/03)، در مرحله ی پس آزمون (34/84) و در مرحله ی پیگیری (34/46) می باشد.

در این پژوهش دو فرضیه مورد آزمون قرار گرفت، که به تحلیل داده های حاصل از

پژوهش می پردازیم:



گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن تأثیر دارد.

1-1- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش شدت درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می شود.

1-2- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می شود.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه 1 و دو زیر فرضیه مربوط به آن در جداول 1-2 و 1-3 نشان داده شده است.

جدول 1-2. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون سلامت روانی و شدت درد گروه های آزمایش و کنترل

| نام آزمون                      | مقدار | F      | df فرضیه | df خطا | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی داری |
|--------------------------------|-------|--------|----------|--------|------------|------------|---------------|
| اثر پیلاي <sup>1</sup>         | 0/91  | 111/89 | 2        | 21     | 0/91       | 1          | P<0/001       |
| لامبدای ویلکز <sup>2</sup>     | 0/08  | 111/89 | 2        | 21     | 0/91       | 1          | P<0/001       |
| اثر هتلینگ <sup>3</sup>        | 10/65 | 111/89 | 2        | 21     | 0/91       | 1          | P<0/001       |
| بزرگترین ریشه روی <sup>4</sup> | 10/65 | 111/89 | 2        | 21     | 0/91       | 1          | P<0/001       |

مندرجات جدول 1-2 نشان می دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p<0/001$  تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه 1 پژوهش حاضر تایید گردید. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (سلامت روان و شدت درد) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول

1. Pillai Trace
2. Wilks' lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

4-6 درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل در پژوهش حاضر 0/91 و توان آماری آزمون برابر 1 می باشد.

جدول 1-3 نتایج حاصل از فرضیه های 1-1 و 1-2، را نشان می دهد:

جدول 1-3. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون شدت درد و سلامت روان گروه های آزمایش و کنترل

| نام آزمون  | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی داری |
|------------|---------------|------------|-----------------|--------|------------|------------|---------------|
| شدت درد    | 9/57          | 1          | 9/57            | 60/72  | 0/73       | 1          | P<0/001       |
| سلامت روان | 2205/67       | 1          | 2205/67         | 200/62 | 0/90       | 1          | P<0/001       |

با توجه به مندرجات جدول 1-3، مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون، از لحاظ متغیر شدت درد در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است. براین اساس، می توان بیان داشت فرضیه 1-1 پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که 73 درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر شدت درد توجه مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر 1 می باشد.

همچنین در جدول 1-3، مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر سلامت روان نیز در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است. در نتیجه فرضیه 1-2 پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که 90 درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر متغیر سلامت روان مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر 1 می باشد.

فرضیه دوم پژوهش و فرضیه های فرعی آن عبارتند از:

گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در پیگیری یک ماهه تاثیر دارد.

1-2- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش شدت درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در پیگیری یک ماهه می شود.

2-2- گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در پیگیری یک ماهه می شود.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه 2 و دو زیر فرضیه مربوط به آن در جداول 1-4 و 1-5 نشان داده شده است.

جدول 1-4. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های سلامت روان و شدت درد گروه های آزمایش و کنترل

| نام آزمون         | مقدار | F      | df فرضیه | df خطا | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی داری |
|-------------------|-------|--------|----------|--------|------------|------------|---------------|
| اثر پیلائی        | 0/90  | 100/08 | 2        | 21     | 0/90       | 1          | P<0/001       |
| لامبدای ویلکز     | 0/09  | 100/08 | 2        | 21     | 0/90       | 1          | P<0/001       |
| اثر هتلینگ        | 9/53  | 100/08 | 2        | 21     | 0/90       | 1          | P<0/001       |
| بزرگترین ریشه روی | 9/53  | 100/08 | 2        | 21     | 0/90       | 1          | P<0/001       |

مندرجات جدول 1-4 نشان می دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P < 0/001$  تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه 2 پژوهش حاضر تایید گردید. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (شدت درد و سلامت روان) بین دو گروه در مرحله ی پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول 1-5 درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل در پژوهش حاضر 0/9 و توان آماری آزمون برابر 1 می باشد.

جدول 1-5 نتایج حاصل از فرضیه های 1-2 و 2-2، را نشان می دهد.

جدول 5-1. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا را بر روی میانگین نمره های پیگیری آزمون سلامت روان و شدت درد گروه های آزمایش و کنترل

| نام آزمون  | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | F      | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی داری |
|------------|---------------|------------|-----------------|--------|------------|------------|---------------|
| شدت درد    | 10/11         | 1          | 10/11           | 86/04  | 0/79       | 1          | p<0/001       |
| سلامت روان | 1646/11       | 1          | 1646/11         | 142/75 | 0/86       | 1          | p<0/001       |

با توجه به مندرجات جدول 5-1، مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله ی پیگیری، از لحاظ متغیر شدت درد در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است. بر این اساس، می توان بیان داشت فرضیه 1-2 پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که 79 درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر شدت درد مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر 1 می باشد.

همچنین در جدول 5-1، مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مرحله ی پیگیری، از لحاظ متغیر سلامت روان نیز در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است. در نتیجه فرضیه 2-2 پژوهش تایید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که 86 درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر سلامت روان مربوط به مداخله ی آزمایشی است و توان آماری برابر 1 می باشد.

### بحث و نتیجه گیری

تاثیر اجرای برنامه شناختی- رفتاری بر شدت درد را می توان این طور تبیین کرد که آموزش مواردی که دروازه را می بندد، باعث می شود انتقال بیشتر پیام های درد به مغز متوقف شود، در نتیجه درد کاهش یابد. آموزش فنون آرام سازی (تنفس شکمی، آرامسازی عضلانی پیشرونده، تصویر سازی دیداری)، معرفی افکارخود آیند و بازسازی شناختی، برنامه ریزی فعالیت خوشایند و همچنین آموزش فعالیت زمان مند باعث انجام فعالیت متناسب و تعادل بین کار، سرگرمی، استراحت و فعالیت اجتماعی می شود که با توجه به نظریه کنترل دروازه ای



آنها با افکار سازگارانۀ تر و مثبت‌تر پردازند (اوتیس، 2007، ترجمه محمدی و علی بیگی، 1390). یکی دیگر از اهدافی که درمان شناختی- رفتاری دنبال می‌کند، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فعال به بیماران در جهت کنترل درد است. درمان شناختی- رفتاری راهبردهای مقابله‌ای فعال مانند فعالیت علی‌رغم وجود درد را، با تکنیک فعالیت زمان‌مند و تکنیک برنامه‌ریزی فعالیت که جایگزین چرخه درد- استراحت می‌شود، محقق می‌نماید. استفاده از این تکنیک‌ها منجر به احساس کنترل درد، کاهش افکار منفی خودآیند و افزایش احساس کفایت در فرد می‌شود، که در نهایت منجر به کاهش علائم افسردگی و علائم اضطراب و بهبود سلامت روانی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌شود (وکیلی و همکاران، 1388). این یافته تأکیدی بر کارایی الگوی شناختی- رفتاری بر سلامت روان است که پیش از این در پژوهش‌های فلور و همکاران (1992)، استورانگ (1998)، مورلی و همکاران (1999)، گوزمن و همکاران (2001)، مک کراکن و ترک (2002)، کالبر- مافت و همکاران (1999 و 2003)، کارجالاین و همکاران (2003)، ولنبروک هاتن و همکاران (2004)، تاترو و مونتگووی (2006)، بوگارت و همکاران (2007)، فلینک و همکاران (2009)، پولادی ریشه‌ری و همکاران (1380)، ناصری (1383)، محرابیان (1388)، وکیلی (1389)، رحمان بوگر و طباطبائیان (1390) و رحمان بوگر (1390) تأکید شده است. همچنین ثبات نتایج در مرحله پیگیری را می‌توان این‌طور تبیین کرد که اجرای برنامه پیگیری از عود و بروز مجدد درد که شامل آموزش مدیریت بروز مجدد درد و مرور پیشرفت بیمار است موجب می‌شود، تا نتایج در مرحله پیگیری باقی بماند (اوتیس، 2007، ترجمه محمدی و علی بیگی، 1390).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی- رفتاری می‌تواند در زمینه کاهش شدت درد و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به کمر درد مزمن مفید باشد. این پژوهش تنها در مورد بیماران زن مبتلا به کمر درد مزمن اجرا شد و در مورد تعمیم آن به نمونه‌ی مذکر باید احتیاط نمود. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش فوق می‌توان پیشنهاد داد که پژوهش برای بیماران مذکر مبتلا به درد مزمن کم‌اجرا شود، اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری با سایر



- رحیمیان بوگر، اسحق. (1390). تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر بهبود علایم چند وجهی درد در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن پی گیری 4 ماهه. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران.
- گچل، رابرت ج. و ترک، دنیس سی. (2002). روان شناسی درد (رویکردهای کنترل و درمان). ترجمه محمد علی اصغری مقدم، بهمن نجاریان، سید محمد محسن محمدی و محسن دهقانی (1381). تهران: انتشارات رشد.
- گلچین، ندا؛ جان بزرگی، مسعود؛ علی پور، احمد؛ آگاه هریس، مژگان. (1390). اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری در به کارگیری راهبردهای مقابله ای و کاهش درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن. اصول بهداشت روانی. شماره 50. 160-169.
- محرابیان، نرگس. (1388). اثربخشی مداخله تلفیقی شناختی - رفتاری کنترل درد و خشم بر کاهش افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد روزانه بیماران دارای کمردرد مزمن در مقایسه با گروه کنترل. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شاهد.
- ناصری، محسن. (1383). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی، شدت درد ادراک شده و ناتوانی حاصل از درد در مبتلایان به آرتریت روماتوئید، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی تهران.
- وکیلی، نجمه، طاهر نشاط دوست، حمید، عسگری، کریم، رضایی، فاطمه و نجفی، محمد رضا. (1388). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری مدیریت درد بر افسردگی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. مجله روان شناسی، شماره 4، 11-19.

### منابع انگلیسی

- Bogaret, R. K., & et al. (2007). Efficacy of group cognitive behavior therapy for the treatment of masticatory myofascial pain. *Psychology journal*, 172, 169-174.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., and Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur. J. Pain*, 10, 287-333.
- Burns, J. W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. N., & Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *J Consult Clin Psychol*. 71, 81-91.



- Burton, A. K., Balague, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A. &, et al. (2005). How to prevent low back pain. *Best Pract ResClin Rheumatol* , 19, 541-555.
- Chen, E., Cole ,S. W., & Kato, P. M. (2004). A review of empirically supported psychosocial interventions for pain and adherence outcomes in sickle cell disease. *J Pediatr Psychol*, 29, 197-209.
- Chou, R., Qaseem, A., Snow, V. (2007). For the clinical efficacy assessment subcommittee of the American college of physician, American pain society low back pain: a joint clinical practice guideline from the American college of physicians and the American pain society [published correction appears in *Ann intern Med*. 2008;148(3):247-248]. *Ann intern Med*, 147(7), 478-491.
- Claiborne, N., Vandenburgh, H., Krause ,T. M., & Leung, P. (2002). Measuring quality of life changes in individuals with chronic low back conditions: A back education program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 25, 61-70.
- Dresh, J., Gatchel, R., & Polatine, P. B. (2002). Chronic spinal disorders and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 1, 88-94.
- Ferreira, M. L., Ferreira, P. H., Latimer, J., Herbert, R., & Maher, C. (2002). Dose spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain? *Aust Journal Physiology*, 48, 277-282.
- Flink, I. K., Nicholas, M. K., Boersma, K., Linton, S. J. (2009). Reducing the threat value of chronic pain: A preliminary replicated single- case study of interceptive exposure versus distraction n six individuals with chronic back pain. *Behavior research and therapy*, 47, 721-728.
- Flor, H., Fidrich, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment center. A meta-analytic. *Pain*, 49, 221-230.
- Gatchel, R. J., Kathryn, H. R. (2008). Evidence- informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The Spine Journal*, 8, 40-44.
- Guzman, J., Esmail, R., & Karjalainen, K. (2001). Mulitdisciplinary rehabilitation for c b p: Systematic review. *BMJ*, 322, 1511-1516.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological intervention for chronic low back pain. *Health Psychology*, 27, 1-9.
- International Association for The study for pain, (1994). Classification of chronic pain. International Association for the study of pain press Seattle.
- Kalber- Maffett, J., Torgerson, D., Bell-Sayer, S. (1999). Exercise for low back pain: clinical out comes, costs and preferences. *British Medical Journal*, 319, 279-283.
- Kalber-Maffett, J. A., Carr, J., Howarth, E. (2004). High fear avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain. *Spine*, 29,1167-1173.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., Van Tulder, M, et al. (2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacuye low back pain among working age adults. *Cochrane database syst rev*: (2): CD002193.

- Kerns, R. D, Haythornthwaite, J. A. (1988). Depression among chronic pain patients: cognitive behavioural analysis and effect on rehabilitation outcome. *Journal of Consulting and Cilinical Psychology*, 56, 870-876.
- Krueger, A. B., & Stone, A. A. (2008). Assessment of pain: A communitybased diary survey in the USA. *Lancet*, 371, 1519-1525.
- Lepine, J. P., & Briley, M. (2004). The epidemology of pain in depression. *Psychopharmacology Journal* , 19, 3-7.
- Linton, S. J., Jensen, I. B., Bodin, L., Nygeren, L. A., & Carlson, S. G. (1998). Reliability and Factor structure of the Multidimensional pain inventory –Swedish language Version (MPI-S). *Pain*, 75, 101-110.
- Lousberg, R., Van reuken, G. I., Groenman, N. H, Schmite, A. J. N., Arnetz , A., & Winter, F. A. (1999). Psychometric properties of the Multidimensional pain inventory. Dutch language version (MPI-DIV). *Behavior and Research Therapy*, 37, 167-182.
- Main, C., Sullivan, M., & Watson, P. (2008). Pain management: practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings.
- Mccracen, L. M., Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive behavioral treatment for schrnic pain. *Spine*, 27, 2564-2573.
- Mirzamani , S. M. & et al. (2005). Anxiety and depression in patients with lower back pain. *Psychological reports*, 96, 553-558.
- Morley, S. J., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta analysis of randomized control trials of cognitive –behavior therapy for chronic pain in adults excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Morlion, B., Kempke, S., Luyten, P., Coppens, E., & Van Wambeke, P.(2011). Multidisciplinary Pain Education Program (MPEP) for chronic pain patients: preliminary evidence for effectiveness and mechanisms of change. *Curr Med Res Opin*, 27 (8), 1595-601.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self- efficacy questionnaire: taking pain into account. *Ero J pain*, 11, 153-163.
- Nicholas, M. k., Asghari, A., & Blyth, F. M. (2008). What do the numbers mean? Normative data in chronic pain measures .*Pain*. 134:158-173.
- Ostelo, R. W. J. G., VN Tulder, M. W., & Vlayen, J. W. S. (2006). Bhavoural treatment for chronic low back pain. *The Cochran Database of Systematic Reviews*, issue 1, art no:CD002014.DOL:10.1002/14651858.CD002014.
- Pool, J. J., Ostelo, R. W., Koke, A. J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2006). Comparison of the effectiveness of a behavioral graded activity program and manual therapy in patients with sub-acute neck pain: Design of a randomized clinical trial. *Man Ther* . 11, 297-305.
- Spinhoven, P., Ter Kuile , M. N., Kole-Snijders, A. M. J ., Hutten Mansfield, M., Den Outen, D. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2004). Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *Eur J Pain* , 8, 211-9.

- Tatrow, K. & Montgomery, G. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta- analysis. *Journal of behavioral medicine*, 29, 34-45.
- Turk, D. C., & Flor, H. The cognitive-behavioral approach to pain Management. (2006). In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Vollenbroek- Hutten, M. M., Rinket, J., Lizerman, M. J. (2004). Differences of chronic low back pain patients defined using two multi-axial assessment instruments: the multidimensional pain inventory and lumbar dynamometry. *Clin Rehabil*, 18 (5), 566-579.
- Yuan, J., Purepong, N., Kerr, D. P., Park, J., Bradbury, I., & McDonough, S. (2008). Effectiveness of acupuncture for low back pain: A systematic review. *Spine*, 33, 887-900.
- Zinzen, E. (2002). Epidemiology: Musculoskeletal problem in Belgium nurses. In: T. Rely, editor. *Musculoskeletal disorders in health - related occupations*. Ohmsha: Ios Press, 41-67.