

بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری مدیریت درد بر افسردگی زنان مبتلا به کمردرد

مزمّن

The Effect of Cognitive-Behavioral Group Pain Management Therapy on Depression of the Female with Chronic Low Back Pain

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱

Vakili, N.*M. A., Neshat- Dust, H. T. Ph. D.,
Asgari, K. Ph. D., Rezaei, F. M. A., Najafi, M. R.
M. D.

نجمه وکیلی*، حمیدطاهر نشاط دوست*، کریم
عسگری*، فاطمه رضایی*، محمدرضا نجفی***

چکیده

Abstract

Introduction: Prevalence of psychological disorders in patients with Chronic Pains such as Chronic Low Back Pain was conformed in various researches. The purpose of this study was to consider the effectiveness of Cognitive-Behavioral Pain Management Therapy on the depression of female patients with chronic low back pain.

Method: This research was an experimental study including pre-test, post-test, follow-up and control group which has been carried out in clinical centers of Yazd. The sample consists of 24 Low Back Pain patients diagnosed by specialist. The questionnaire was consisted of the depression subscale of SCI-90-R which was completed by subjects before and after intervention. Cognitive-Behavioral Pain Management Therapy was carried out on the experimental group in 8 sessions over a period of two months.

Results: The results of this research showed that the means of depression in experimental group has reduced significantly in comparison with the control group.

Conclusion: According to the results findings, Cognitive-Behavioral Pain Management Therapy is effective in decreasing depression in patients with chronic low back pain.

Keywords: Chronic Low Back Pain, Cognitive-Behavioral Pain Management Therapy, Depression

مقدمه: مطالعات متعددی حاکی از شیوع اختلالات روانپزشکی در بین مبتلایان به انواع دردهای مزمن و از جمله در بین مبتلایان به کمردرد مزمن است. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد بر افسردگی بیماران زن مبتلا به کمردرد مزمن است.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است که از مراکز درمانی شهر یزد انتخاب شده‌اند. نمونه شامل ۲۴ بیمار، با تشخیص کمردرد مزمن بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از زیرمقیاس افسردگی پرسشنامه SCI-90-R استفاده شد که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط افراد هر دو گروه تکمیل گردید. درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد در طی هشت جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری مدیریت درد در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: کمردرد مزمن، درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد، افسردگی

*Correspondence E-mail:
Vakili.najme@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

** گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

استفاده از دارو و افزایش احتمال بیکاری و شدت درد در آنان ارتباط دارد [۸، ۱۱]. هر چند هنوز دقیقاً معلوم نیست که افسردگی علت یا نتیجه کمردرد است، ولی کاملاً معلوم است که وجود افسردگی همراه با کمردرد با پیامدهای ضعیف‌تر همراه است [۱۲].

به نظر می‌رسد عاملی که منجر به افسردگی در بیماران مبتلا به انواع دردهای مزمن می‌شود 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 به طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با وجود افسردگی در آنان ارتباط دارد [۱].

طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان شناختی هم به صورت جداگانه و هم توأم با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای روش‌های درمان روان شناختی است. قابل ذکر است تا زمانیکه اثرات مستقیم عوامل بیماری و درمانی را بر عوامل شناختی و رفتاری مورد ملاحظه قرار ندهیم، نمی‌توان تصویر کاملی از وضعیت به دست آورد. به‌عنوان نمونه تحقیقات نشان داده‌است که متخصصان باید نشانه‌های افسردگی را هنگام درمان کمردرد 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 [۱۳، ۱۴]. همچنین در فراتحلیلی که از تحقیقات سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ درباره درمان افسردگی در بیماران مبتلا به کمردرد انجام شد، شواهد نشان داد که ترکیبی از درمان‌های پزشکی و روان شناختی، نسبت به استفاده هر یک به تنهایی نتیجه بهتری در درمان این بیماران دارد. چرا که درد مزمن با درمان و بهبود افسردگی تداخل نموده و مانع بهبود افسردگی می‌شود. درمان توأم این دو

احساس درد، تجربه‌ای است که معمولی‌ترین نشانه بیماری یا آسیب به شمار می‌رود. در حال حاضر، در آمریکا درد عامل بیش از ۸۰ درصد مراجعات پزشکی به شمار می‌آید. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم فشار عاطفی قابل توجهی است، به طوری‌که توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد بیمار را کاهش داده و نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد [۱]. در میان دردهای مزمن، کمردرد با شیوع ۷۰ تا ۸۵ درصد بالاترین درصد کل دردها را به خود اختصاص داده است [۲]. امروزه کمردرد در بیشتر کشورهای صنعتی به صورت اپیدمی در آمده است [۳]. ۹۰ درصد مبتلایان به کمردرد حاد بدون توجه به نوع درمان بهبود می‌یابند، ۱۰ تا ۲۵ درصد باقیمانده به درمان پاسخ نمی‌دهند و وارد مرحله مزمن بیماری می‌شوند [۴]. کمردرد مزمن به کمردردی اطلاق می‌شود که بیش از ۱۲ هفته طول بکشد [۵]. علیرغم شیوع زیاد این بیماری، فهم و درک ما از آسیب‌شناسی و علل ایجاد کمردرد به طور قابل توجهی اندک است. انجام تحقیقات گسترده و متنوع در مورد علت‌های بروز کمردرد و تأثیرات ناشی از آن منجر به ایجاد رویکردی زیستی- روانی- اجتماعی، به جای اتخاذ یک دید صرفاً زیستی گردیده است [۶].

پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی تأثیرات کمردرد مزمن در وضعیت روانی 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 کمردرد ذکر شده‌اند [۷]. میزان شیوع افسردگی در بین این بیماران نسبت به جمعیت عادی ۴ برابر گزارش شده است [۸]. حدود ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به کمردرد از اختلال افسردگی عمده [۹] و ۳۲ تا ۸۲ درصد، از انواع افسردگی رنج می‌برند [۱۰]. میزان افسردگی با ناتوانی جسمی روانی- اجتماعی، افزایش

بعدی زیستی، درمان افسردگی باید یکی از اولویتهای درمانی در نظر گرفته شود. و با توجه به حجم ناچیز مطالعات انجام گرفته در این زمینه در داخل کشور، هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن است. در این پژوهش محقق بر آن بود تا دریابد آیا افسردگی در این بیماران تحت تأثیر عوامل شناختی مرتبط با درد قرار دارد که به تبع آن بتوان روان درمانی را برای بهبود افسردگی در آنان به کار برد یا اینکه متغیرهای جسمانی بیماری نقش تعیین کننده تری را در این زمینه بازی می کنند. فرض بر این است در صورت اثربخشی معنادار این شیوه درمانی، نقش مهم مؤلفه های شناختی برجسته خواهد شد.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از جمله طرح های تجربی با پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است.

آزمودنیها: جامعه پژوهش حاضر، کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به کمردرد مزمن شهر یزد بودند که در بهار ۱۳۸۷ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کردند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۴ زن مبتلا به کمردرد مزمن بود که به صورت تصادفی ساده از جامعه آماری انتخاب شد. برای جمع آوری نمونه مورد نظر با مراجعه به یکی از بیمارستان های شهر یزد از بین بیماران زن مراجعه کننده به این مرکز که ملاک های ورود در پژوهش را دارا بودند به صورت تصادفی ساده ۲۴ بیمار انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. این بیماران توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تشخیص کمردرد مزمن دریافت کرده بودند. در مرحله ی بعد اعضاء به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل نموده و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند.

روند اجرای پژوهش: شرایط ورود به مطالعه شامل جنس مؤنث، سابقه ی بیش از ۶ ماه ابتلا به بیماری کمردرد، دامنه ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و سطح تحصیلات سیکل به بالا بود. زیرمقیاس افسردگی

منجر به ایجاد احساس کنترل بیشتر بر درد و درمان مؤثرتر می شود [۱۵].

رویکردهای روان شناسی به تبیین علل درد مزمن پرداخته اند. به عنوان مثال رفتارگرایان اصول شرطی سازی و نظام تقویت و تنبیه را در استقرار و تداوم درد مزمن مؤثر می داند. روان شناسان شناخت گرا بر عناصر شناختی مثل نحوه پردازش اطلاعات و برداشت فرد از درد و احساس کنترل فردی، خودکفایی مربوط به درد و راهبردهای مقابله ای انطباقی تأکید می کنند. تبیین های متفاوت منجر به ایجاد طیف وسیعی از درمان های روان شناختی شامل هیپنوتراپی، بازخورد زیستی، درمان شناختی- رفتاری (فردی و گروهی) و آرامش آموزی در درمان این بیماران به کار رفته اند. در رویکرد شناختی- رفتاری در درمان درد مزمن فرض می شود که توجه به عوامل عاطفی و شناختی مؤثر بر رفتار درد منجر به بهبود و حفظ نتایج درمانی می شود. این فرض کاملاً با نظریه کنترل دروازه های درد که نشان می دهد ادراک درد برآیند تعامل پیچیده ی محرک های اوران از گیرنده های درد و عوامل واسطه ای مثل محرک های و ابران، حوادث محیطی، واکنش های هیجانی و شناخت ها می باشد، سازگار است [۱]. درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد به خانواده ای از مداخله های بالینی که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکزند اطلاق می شود. تمام روش های درمان شناختی- رفتاری در داشتن مجموعه ای از فرض های نظری درمورد تعامل بین رویدادهای محیطی، شناخت ها و رفتارهایی که بر دریافت ذهنی بروز آشکار درد تأثیر دارند، مشترک هستند. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی درمورد فیزیولوژی درد، نقش عوامل شناختی در احساس درد، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش تن آرامی، آموزش مهارت های مقابله با درد، آموزش چرخه فعالیت- استراحت، برنامه ریزی فعالیت می باشد.

با توجه به شیوع بالای افسردگی در میان مبتلایان به کمردرد مزمن، تداخل افسردگی با درمان و بهبود درد، و سرخوردگی روزافزون این بیماران از درمانهای تک

می‌باشد که عموماً توسط خود آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردد و علائم روانی را در ۹ بعد ارزیابی می‌نماید. این ۹ بعد مختلف عبارتند از: شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خشم یا پرخاشگری، ترس مرضی، عقاید و افکار پارانوئیدی و روانپریشی. برای محاسبه ثبات درونی این آزمون، SCL-90-R توسط ۲۱۹ داوطلب در ایالات متحده تکمیل گردید و سپس ضریب اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفا محاسبه شد و نتایج تمام ضرایب به دست آمده رضایت‌بخش بود. بیشترین ضریب همبستگی مربوط به افسردگی با ۰/۹ و کمترین آنها مربوط به بعد روانپریشی با ۰/۷۷ بود [۱۶]. در بررسی سیدهاشمی که این پرسشنامه در بین دانش‌آموزان دبیرستانی هنجاریابی شد، بیشترین ضریب اعتبار متعلق به افسردگی با ۰/۹۲ و کمترین آن متعلق به بعد افکار پارانوئیدی با ضریب ۰/۷۲ بود [۱۷]. درزمینه روایی همزمان دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۶) این آزمون را به همراه MMPI روی ۱۱۹ داوطلب اجرا نمودند. نتایج حاکی از همبستگی بالا بین دو آزمون بود. در این بررسی بالاترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰/۷۳ و کمترین میزان همبستگی مربوط به بعد ترس مرضی با مقدار ۰/۳۶ بوده است [۱۶].

در توصیف داده‌ها از شاخص آمار توصیفی، مانند میانگین و انحراف معیار و در تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

نمرات پیش‌آزمون، به عنوان متغیرهای هم‌پراش^۲ شناخته شده و تأثیر آن روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد.

پرسشنامه SCL-90-R^۱ در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط همکار پژوهشگر در دو گروه آزمایش و گواه اجرا و نمره‌گذاری شد. جلسه پیگیری دو ماه بعد از اتمام جلسات روان‌درمانی انجام شد. درمان شناختی رفتاری-مدیریت درد طی هشت جلسه هفتگی، به مدت دو ماه و به صورت گروهی توسط دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی روی اعضای گروه آزمایش انجام گرفت. اعضای گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند و پس از اتمام مرحله پیگیری از جلسات هفتگی گروه درمانی برخوردار گشتند. تکنیک‌های مورد استفاده در طول جلسات درمانی شامل بیان الگوی شناختی درد، معرفی نظریه کنترل دروازه‌ای درد، چرخه فعالیت-استراحت، آموزش شناسایی و مقابله با افکار خودآیند منفی، آموزش تکنیک تن آرامی، بازسازی شناختی، معرفی و بیان نقش خطاهای شناختی در ادراک درد و ایجاد افسردگی، آموزش مهارت‌های مقابله با درد بود. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و کنترل تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت درمانی آنها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت درمان شناختی رفتاری مدیریت درد بود.

ابزار:

ابزار مورد استفاده پژوهش حاضر زیرمقیاس افسردگی آزمون SCL-90-R بود. این آزمون در زمینه‌های روانپزشکی و برای تشخیص افراد سالم از افراد بیمار به کار می‌رود. کاربرد وسیع، و اعتبار و روایی قابل قبول این ابزار را به عنوان یکی از شناخته شده‌ترین ابزارها در زمینه تحقیق و تشخیص معرفی کرده است. به علت اجرا و نمره‌گذاری راحت‌تر و شفافیت سؤالات نسبت به دیگر آزمون‌های تشخیصی مانند MMPI-2 در تحقیقات بیشتر مورد استقبال قرار گرفته است. آزمون SCL-90-R در دهه ۱۹۸۰ توسط دروگاتیس و همکارانش معرفی و سپس مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون یک ابزار خودسنجی شامل ۹۰ سؤال

2- Covariate variable

1- Symptom Check List-90-Revised

یافته‌ها

درد در بهبود افسردگی شرکت کنندگان در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۰/۹۹ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات افسردگی شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پیگیری معنادار می‌باشد ($P < 0/01$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۳۲۹ بوده است. بنابراین، آموزش شناختی- رفتاری مدیریت درد در بهبود افسردگی شرکت کنندگان در مرحله پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۰/۸۶ حاکی از دقت آماری قابل قبول است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که تحصیلات ۷۴ درصد آزمودنیها دیپلم به بالا و طول مدت ابتلا به کمردرد در بیشتر آنها بین ۳ تا ۳۰ ماه بود. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بعد از مهار متغیر هم‌پراش در جدول ۱ آمده است. جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های نمرات افسردگی مبتلایان به کمردرد دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲/۸۳	۳/۷۴
	پس‌آزمون	۱۸/۰۰	۱/۴۸
	پیگیری	۱۹/۵۸	۱/۰۸
کنترل	پیش‌آزمون	۲۴/۰۰	۳/۶۹
	پس‌آزمون	۲۲/۹۱	۲/۵۰
	پیگیری	۲۲/۰۰	۲/۲۱

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۶/۳۶	۰/۰۲۰	۰/۲۳۳	۰/۶۷
	عضویت گروهی	۱	۲۲/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۰/۹۹
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲/۷۰۷	۰/۱۱۵	۰/۱۱۴	۰/۳۴
	عضویت گروهی	۱	۱۰/۳۰	۰/۰۰۴	۰/۳۲۹	۰/۸۶

بحث

این چرخه باعث می‌شود تا فرد کنترل کمتری بر شرایط خود احساس کند. بنابراین فرد حس می‌کند که نه تنها بر بیماری خود کنترلی ندارد، بلکه بیماری زندگی او را تحت کنترل خود قرار داده است. احساس عدم کنترل بر درد منجر به افسردگی در فرد می‌شود. در این شرایط فرد قادر نخواهد بود تا هیچ تغییری در شرایط ایجاد کند.

به نظر می‌رسد در این بیماران خشم، افسردگی و افکار منفی از قبیل "من نمی‌توانم بیش از این با دردم کنار بیایم" بر طبق مکانیسم کنترل دروازه‌ای باعث افزایش میزان درد در آنها می‌شود. به این صورت که اینگونه پریشانی‌های روان شناختی منجر به افزایش تنش سایکوفیزیولوژیک و فشار روانی می‌گردد. این تنش نیز به نوبه خود بر آستانه درد و وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی تأثیر می‌گذارد و موجب افزایش تغییرات هیجانی در فرد می‌گردد. هدف رویکرد شناختی رفتاری در وهله‌ی اول کمک به بیماران برای دستیابی به مفهومی تازه از درد خود و توانایی‌شان برای کنترل درد است. شرح و بیان آناتومی کمر، بیان فیزیولوژی درد و علل کمردرد و راه‌های درمان آن، بیان نظریه کنترل دروازه‌ای درد و نقش افکار و هیجانات در باز و بسته نگه‌داشتن دروازه‌ی درد می‌تواند درجهت کاهش تعبیر و تفسیرهای غلط، فاجعه آفرینی و غیرقابل کنترل دانستن درد اثرگذار باشد. پس از بیان جنبه‌های فیزیولوژی درد و افزایش سطح شناخت بیماران از سازوکار زیستی و چگونگی استمرار دردشان، تلاش در جهت اصلاح باورهای مخرب که نقش اصلی را در ایجاد افسردگی ایفا می‌کنند، نقش به‌سزایی در درمان افسردگی ایفا می‌کند. به عنوان مثال در درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده علائم بیماری و افسردگی شناسایی شوند و بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماری‌اش بینش یابد و افکار صحیح‌تری را جایگزین آنها نماید. از آنجا که

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد بر افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن پرداخته است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد باعث کاهش افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های سلا [۱۸]، جانسون، دال، یلنرت، ملین و اندرسون [۱۹]، اسپین‌هون، کویل، کل‌سنیچدرس، منسفلد، اودن، ولاین [۲۰]، سکیدمور، مک‌کی و پیتر [۲۱]، هافمن، پاپاس، پات‌کاف و کرنس [۲۲] همخوانی دارد. همانطور که ذکر شد عاملی که منجر به افسردگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود تجربه درد نیست، بلکه به نظر می‌رسد عوامل روانی- اجتماعی و به خصوص نظام شناختی باورها و نگرش‌های فرد در مورد درد بیش از عوامل جسمی با وجود افسردگی در این بیماران مرتبط است. وجود افکار خودآیند منفی درباره درد و پیامدهای آن، تفسیر درد به عنوان پدیده‌ای مرموز و غیرقابل فهم، تحریف‌های شناختی همچون فاجعه آفرینی، تعمیم افراطی و انتزاع انتخابی، ارزیابی بیماران از تأثیر درد بر زندگی‌شان، احساس عدم کنترل بر درد، عدم کفایت، به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه از جمله عواملی هستند که بیش از درد منجر به احساس درماندگی و افسردگی در این بیماران می‌شود. باورهای منفی خاص درباره درد منجر به روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، تشدید درد و رنج و ناتوانی ناشی از آن می‌گردد. معنای درد به عنوان پدیده‌ای مرموز و اعتقاد به استمرار درد به تلاش‌های منفعلانه در جهت سازگاری با درد می‌انجامد.

درد مزمن منجر به کاهش توانایی فرد در انجام طیف وسیعی از فعالیت‌ها مانند کار، تعامل با اعضای خانواده و دوستان می‌شود. این شرایط بر جسم فرد تأثیر می‌گذارد و منجر به احساس درد بیشتر می‌شود. ادامه

استفاده از تکنیک تن آرامی یکی از روش‌های مؤثر مقابله با فشارها و استرس‌های روزانه که در تشدید درد نقش زیادی را برعهده دارند، است. بیماران آموزش دیدند تا با بروز اضطراب از فنون آرام سازی استفاده کنند و در واقع این تکنیک با کاهش اضطراب باعث بهبود بیمار می‌شود.

آموزش چرخه فعالیت- استراحت نیز روشی است که به بیمار کمک می‌کند تا با شروع موزون و آهسته یک فعالیت و سپس افزایش تدریجی میزان آن، درد خود را کنترل کند. چرخه فعالیت- استراحت با وابسته کردن فعالیت به زمان، و نه به درد، عمل می‌کند. بیماران برای مدتی معقول فعالیتی را انجام می‌دهند و به دنبال آن استراحت کوتاهی می‌کنند. به موازات انجام این چرخه پس از مدتی بیماران متوجه می‌شوند که دردشان کاهش یافته و میزان تحمل آنها برای فعالیت زیاد شده است. افزایش فعالیت منجر به کاهش مشکلات مالی و خانوادگی، افزایش شادابی فرد، بهبود عملکرد اجتماعی و کاهش درد در فرد می‌شود که این عوامل به نوبه خود باعث بهبود افسردگی فرد بیمار می‌گردند.

محققان نشان داده‌اند که در مطالعه‌ی بیماران مبتلا به درد مزمن با استفاده از روش شناختی- رفتاری مدیریت درد کاهش باور بیمار مبنی بر اینکه فرد ناتوانی است با کاهش شدت درد و ناتوانی جسمی و افسردگی همراه است [۲۳]. سلا گزارش کرد که درمان شناختی- رفتاری سطح افسردگی، اضطراب، درونگرایی اجتماعی در افراد را نیز کاهش می‌دهد [۱۸]. 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 و بهبود کنترل بر زندگی و سطح فعالیت اثربخش بوده است [۲۴]. استورانگ 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 کمردرد شود [۲۵]. همچنین در

وجود درد باعث خلق منفی و نگرانی بیماران می‌شود در جریان درمان این بینش به بیماران داده می‌شود که آنها نسبت به درمان بیماری و سیر درمان بیماری افکار فاجعه‌آمیز و نادرستی دارند که باعث می‌شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سلامتی و سیر بهبودی خود نشان دهند. به این منظور با استفاده از تکنیک بازسازی شناختی به فرد بیمار آموزش داده شد تا افکار ناکارآمد منفی درباره درد را شناسایی نماید، آنها را به چالش کشیده و با افکار مثبت جایگزین کند. مثلاً به بیماری که هنگام برخاستن از رختخواب با احساس درد شدید کمر مواجه می‌شود یاد داده می‌شود به جای این فکر ناکارآمد منفی که «امروز درد وحشتناکی دارم. این درد هیچگاه بهبود نخواهد یافت» فکر مثبت «امروز را با فعالیت‌های سبک‌تر آغاز می‌کنم» را جایگزین کند. بسیاری از خطاهای شناختی همچون فاجعه آفرینی، احساس عدم کنترل بر درد و عدم کفایت در کنترل درد ناشی از افکار خودآیند منفی هستند. بنا براین با استفاده از این تکنیک بیماران به آرامش روانی و کنترل بیشتر بر درد و بهبود افسردگی دست می‌یابند.

یکی دیگر از اهداف درمان شناختی رفتاری مدیریت درد آموختن مهارت‌های مقابله‌ای فعال به بیمار در جهت کنترل بهتر درد و بهبود افسردگی است. راهبردهای مقابله‌ای فعال مانند تلاش برای انجام فعالیت علیرغم وجود درد و عدم توجه به درد را با آموزش چرخه فعالیت استراحت، تکنیک برنامه‌ریزی فعالیت و استفاده از راهبردهای انحراف توجه، می‌توان جایگزین راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه مانند وابسته شدن به دیگران جهت کنترل درد و محدود کردن فعالیت‌ها کرد. استفاده از چرخه فعالیت استراحت، راهبردهای انحراف توجه و برنامه‌ریزی فعالیت، عدم توجه به درد و ادامه دادن به فعالیت‌های روزمزه منجر به افزایش احساس کنترل درد، کاهش افکارمنفی ناخودآیند و افزایش احساس کفایت در فرد می‌شود که در نهایت منجر به کاهش افسردگی در بیماران می‌گردد.

۵- هاریسون تی آر. اختلالات دستگاه ایمنی و روماتولوژی. ترجمه مجید ترابی، حمیدرضا دبیرزاده، نادر مولوی. تهران: انتشارات آینده‌سازان؛ ۱۳۷۰.

6- Dionne CE, Koepsell TD, Von Korff M, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Predicting long-term functional limitations among back pain patients in primary care setting. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1997; 50: 31-43.

7- Dresh J, Gatche R, Polatine PB. Chronic spinal disorders and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 1: 88-94.

8- Sullivan MJ, Reesor K, Mikail S, Fisher R. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain*. 1992; 38: 5-13.

9- Currie SR, Wang D. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. 2004; 107: 54-60.

10- Sinel MS, Deardorff WW, Goldstein TB. *Win the Battle Against Back Pain: An Integrated Mind-Body Approach*. New York: Bantam-Doubleday-Dell; 1996.

11- Mok LC, Lee LF. Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17: 1471-1480.

12- Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002; 27: E109-E120.

13- The psychological management of chronic pain [homepage on the internet]. California: counseling ED courses on the internet; 2004-08. Available from: <http://www.ContinugEDCourses.Net/>.

14- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-Analysis of psychological intervention for chronic low back pain. *Health Psychology*. 2007; 27: 1-9.

15- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelinck B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61: 714-719.

۱۶- مختاری ستاره. بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز (ام.اس) [پایان نامه کارشناسی ارشد]. اصفهان: دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۴.

۱۷- سیدهاشمی حسین. هنجاریابی پرسشنامه‌ی SCL-90-R در دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه شهرستان زرین شهر [پایان نامه کارشناسی ارشد]. اصفهان: دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۷۹.

18- Sela RA. Chronic low back pain and cognitive behavioral therapy [Dissertation]. Canada: University of Alberta; 1990.

پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان بیوفیدبک در درمان کمردرد مزمن نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری به اندازه بیوفیدبک در بهبود عقاید ناسازگارانه درباره درد و سطح افسردگی مؤثر است. پیگیری ۶ ماهه حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش افسردگی پس از درمان است [۲۶]. که با یافته‌های پژوهش حاضر نیز همخوانی دارد.

این بررسی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. با توجه به این نکته که در انتخاب نمونه پژوهش، ملاک‌های ورود خاصی لحاظ گردید، در تعمیم نتایج به افراد خارج از این محدوده باید محتاط بود. از جمله محدودیت‌های قابل ملاحظه پژوهش حاضر، عدم برخورداری گروه کنترل از جلسات مشاوره معمولی به منظور حذف اثر پلاسیبویی گروه درمانی است که به دلیل محدودیت امکانات ممکن نبود. لیکن پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی این نکته را مورد توجه قرار دهند تا بتوان یافته‌های پژوهش را با اطمینان بیشتری به تأثیر متغیر روان‌درمانی نسبت داد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های روان‌درمانی که اثر بخشی آن در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد تأیید شده است، به صورت مقایسه‌ای استفاده شود. همچنین بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت درد بر بهبود دیگر اختلالات روان شناختی همراه با کمردرد پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- ۱- گچل ارجی، ترک دیسی. روان شناسی درد. ترجمه محمدعلی اصغری مقدم، بهمن نجاریان، سیدمحمدحسین محمدی، محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۱.
- 2- Anderson GBL. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet*. 1999; 342: 581-585.
- 3- May C, Doyle H, Chew-Graham C. Medical Knowledge and the intractable patient: the case of chronic low back pain. *Social Science & Medicine*. 1999; 48: 523-534.
- 4- Ferreira ML, Ferreira PH, Latimer J, Herbert R, Maher C. Dose spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain?. *Aust Journal Physiology*. 2002; 48: 277-282.

- 19- Johansson C, Dahl JA, Yanner M, Melin L, Anderson G. Effects of a cognitive behavioral pain management program. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 1996; 36: 915-931.
- 20- Spinhoven P, Kuil MT, Kole-snijders MJ, Mansfeld MH, Ouden DD, Vlaeyen WS. Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *European journal of pain*. 2004; 8: 211-219.
- 21- Skidmore J, McKee K, Pither C. Cognitive-behavioral approaches treatment outcomes and gender in chronic low back pain: result of a multidisciplinary pain management program. *Pain*. 2004; 5(3 suppl): 90.
- 22- Haffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-Analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *The Journal of Health Psychology*. 2007; 26: 1-9.
- 23- Jenson HP, Turner JM. Changes in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69: 655-662.
- 24- Johansson C, Dahl J, Jannert M, Melin L, Andersson G. Effect of a cognitive-behavioral pain-management program. *Behavioral Research Therapy*. 1998; 36(10): 915- 930.
- 25- Storang J. Incorporating cognitive-behavioral therapy with occupational therapy: A comparative study with patients with low back pain. *Journal of occupational Rehabilitation*. 1998; 8(1): 61-71.
- 26- Newtonjohn TRO, Spence SH, Schotte D. Cognitive- behavioral therapy versus EMG biofeedback in the treatment of chronic low-back-pain. 1995; 33(60): 691-697.