

October-November 2020, Volume 15, Issue 4

Lived Experiences of Patients who Suffer from Chronic Low Back Pain

Babae Z¹, Dehghani M^{2*}, Babakhani B³, Najafi-Mehri S⁴

1- PhD Candidate of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of clinical psychology, Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. **(Corresponding author)**

Email: m.dehghani@sbu.ac.ir

3- Assistant Professor, Brain and Spinal Injury Repair Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 11 April 2020

Accepted: 19 Sep 2020

Abstract

Introduction: Chronic low back pain is a complex disorder with wide-ranging adverse consequences that can impact on people's lifestyles. It has been suggested that further research is needed to develop a better understanding of its impact and helped researchers to develop and adapt multicomponent interventions that will address patients needs. Thus, The purpose of this study was to examine the lived experience of chronic low back pain individuals in the Iranian culture.

Methods: A qualitative study using descriptive phenomenological approach was employed to conduct the study. The data collection method was semi-structured interview. 14 Chronic low back pain participants purposively recruited from Imam Khomeini Hospital in Tehran. In-depth interviews were taped and transcribed interviews were analyzed based on the Colaizzi approach.

Results: Result of the present study indicated that 209 initial codes, 11 subthemes and 4 main themes can be identified. The main concepts extracted from the experiences of the participants in the study including: personal and psychological consequences, social consequences, Economic consequences and coping strategies.

Conclusions: Based on our results, we concluded that chronic low back pain has a major determinantal effect in all areas including self, work, and interpersonal relationships. In addition, they experience significant psychological distress. these Findings improve our understanding of the patients experience and highlight the necessity of measuring the pain consequences in research and in clinical practice. Also, it is important to address patients needs when treating chronic low back pain patients. Accordingly, it would be beneficial to adopt more psychological and family based interventions.

Key words: Chronic low back pain, Lived experience, Descriptive phenomenological approach.

تجارب زیسته بیماران مبتلا به کمر درد مزمن

زهرا بابایی^۱، محسن دهقانی^{۲*}، بابک باباخانی^۳، سهیل نجفی مهری^۴

۱- کاندیدای دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۲-دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: m.dehghani@sbu.ac.ir

۳- استادیار، مرکز تحقیقات ترمیم ضایعات مغزی و نخاعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۲۳

چکیده

مقدمه: کمر درد مزمن اختلال پیچیده ای است و پیامدهای گسترده ای را به همراه دارد که می تواند بر سبک زندگی افراد تاثیر گذار باشد. از این رو مطالعات بیشتری نیاز است که فهم ما را از این تاثیرات افزایش داده و به پژوهشگران کمک کند تا مولفه های درمانی موجود را با توجه به نیازهای بیماران گسترش و انطباق دهند.

روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. روش جمع آوری داده ها مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. ۱۴ شرکت کننده مبتلا به کمر درد مزمن به صورت هدفمند از بیمارستان امام خمینی تهران انتخاب شدند. مصاحبه های عمیق ضبط شدند و سپس مصاحبه های پیاده سازی شده با روش کلایزی تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج حاصل از مطالعه حاضر شامل ۲۰۹ کد اولیه، ۱۱ خوشه فرعی و ۴ خوشه اصلی می باشد. مفاهیم اصلی استخراج شده از تجربه بیماران در این مطالعه عبارتند از: پیامدهای فردی و روان شناختی، پیامدهای اجتماعی، پیامدهای اقتصادی و راهبردهای مقابله.

نتیجه گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر، ما به این نتیجه رسیدیم که کمر درد مزمن اثرات تعیین کننده ای در حوزه های مختلف از جمله زندگی روزمره بیمار، شغل و روابط بین فردی افراد دارد. ضمن آنکه این افراد پریشانی روان شناختی قابل توجهی را تجربه می کنند. این یافته ها فهم ما را در رابطه با تجربیات بیماران افزایش می دهد و اهمیت ارزیابی پیامدهای ناشی از درد را در پژوهش و محیط بالینی برجسته می سازد. همچنین، مهم است که نیازهای بیماران به هنگام درمان کمر درد مزمن مورد توجه قرار گیرد. بر این اساس، شکل دادن مداخلات روانشناختی و خانواده محور نیز می تواند مفید واقع شود.

کلیدواژه ها: کمر درد مزمن، تجربه زیسته، رویکرد پدیدارشناسی توصیفی.

مقدمه

بیماران وابستگی زیادی به سیستم های بهداشت و درمان پیدا کرده اند. شواهد نیز حاکی از آن است که کمر درد مزمن فشارهای زیادی بر اقتصاد و سیستم های سلامت کشورها وارد می سازد (۱۰).

مدل زیستی روانی اجتماعی درد به این موضوع اشاره دارد که درد چگونه به صورت فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی تجربه می شود و چگونه این عوامل می تواند تظاهرات بالینی بیماری را تعدیل کرده و یا تشدید نماید. در واقع این مدل، درد و ناتوانی ناشی از درد را به صورت چندبعدی می نگرد که حاصل تعامل پویای عوامل فیزیکی، روانشناختی

کمر درد مزمن یکی از شایع ترین دردهای اسکلتی-عضلانی می باشد (۱،۲،۳). وضعیتی که در آن درد مداوم یا عودهای مکرر وجود دارد و به پریشانی و ناتوانی شدیدی در بیمار منجر می شود (۴). علاوه بر درد و ناتوانی، جنبه های اجتماعی و روانشناختی درد، اثرات معناداری بر زندگی افراد مبتلا به کمر درد مزمن دارد (۵،۶). جنبه های روانی کمر درد مزمن با پریشانی روانشناختی به ویژه اضطراب و افسردگی مرتبط است (۵،۶،۷،۸،۹). بنابراین با توجه به دوره طولانی کمر درد و همراهی آن با علائم روان شناختی و اجتماعی، برخی از

زهرا بابایی و همکاران

اخیراً مطالعات کیفی نشان داده اند که میان درد افراد، بافت اجتماعی و مفهوم آن‌ها از خود روابط پیچیده ای حاکم است (۲۰،۲۱). Osborn & Smith (۹) در مطالعه پدیدارشناسی تفسیری (Interpretative phenomenological analysis) خود به تجربه در هم آمیخته ای اشاره می کنند که در آن تجربیات فیزیکی و روانی با یکدیگر ادغام می شوند و رابطه پیچیده ای میان درد، بدن و مفهوم خود دیده می شود. نتایج پژوهش کیفی Baily و همکاران (۲۲) نیز حاکی از آن است که افراد به دلیل دشواری در انجام فعالیت های روزمره خود، ادراک منفی از خود دارند و هویت اجتماعی آنها به طور معناداری متاثر می گردد. هیجانات منفی مانند ناکامی، خشم، درماندگی، دشواری هایی در روابط بین فردی (۲۳)، ناتوانی در فهم موقعیت، ترس از آینده، کاهش عزت نفس، نگرانی از درک نشدن و انزوای اجتماعی نیز شناسایی شده است (۲۴). در مطالعه پدیدارشناسانه دیگری حفظ انسجام، ماهیت بحرانی درد و مدیریت درد به عنوان خوشه های برجسته شناسایی شدند (۲۱). نتایج حاصل از یک مطالعه فراترکیب (meta-syntheses) نیز به نارضایتی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن از رابطه با متخصصان حوزه سلامت و عدم قطعیت در رابطه با آینده بیماری اشاره دارد (۵،۲۵).

با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می رسد درد چیزی فراتر از قلمروهای حسی و شناختی است و ساختارهای بین فردی، اجتماعی و عوامل فرهنگی را نیز در بر می گیرد (۱۶). بنابراین شناسایی تجربیات بیماران در بافت زندگی آن ها می تواند به شناسایی بیشتر نیازهای آن ها، توسعه روش های درمانی موجود و متناسب سازی برنامه های درمانی با نیازهای بیماران کمک نماید که به نوبه خود مدیریت موثر درد را ارتقا می دهد. روش های پژوهش کیفی از جمله جمع آوری داده ها، سازماندهی و تفسیر بافتی صحبت ها و مشاهدات بیشتر از روش های کمی به ما در فهم عمیق تجربه بیماران کمک می کند (۲۶) و دانش فزاینده ای در رابطه با تجربیات روانی اجتماعی بیماران فراهم می سازد که می تواند به شکل گیری مداخلات خاص و راهبردهای مدیریتی درد کمک نماید (۲۷). هدف مطالعه حاضر افزایش بینش ما در رابطه با تجربه درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن و شناسایی اثرات متعدد کمر درد مزمن بر جنبه های

اجتماعی می باشد و به طور متقابل بر روی یکدیگر اثر می گذارند که ماحصل آن تجربه پیچیده درد می باشد (۱۱،۱۲،۱۳). به همین دلیل است که رویکردهای چندرشته ای برای توانبخشی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن تدوین شده است (۱۳). با این وجود اگرچه مدل زیستی روانی اجتماعی در حوزه مراقبت های بهداشتی رشد روز افزونی داشته است اما به طور روشن پدیده درد و معنای ذهنی آن را توضیح نمی دهد. Sessle (۱۴) در مطالعه مروری اخیر خود خواستار افزایش آگاهی از درد و آموزش در زمینه بحران و مدیریت درد می باشد. فهم تجربه افراد از درد بسیار حائز اهمیت می باشد زیرا "زمانی که روایت های بیماران مبتلا به درد مزمن شنیده نمی شود و یا نادیده گرفته می شود، بخش مهمی از شواهد که می تواند به ما در شکل گیری تشخیص و درمان کمک کند، از دست می رود." (۱۵). «ماهیت ذهنی، پویا و چندبعدی پدیده درد» به این معنا است که به کمیت درآوردن آن کاری بس دشوار است. از این رو، پژوهشگران حوزه درد به طور مداوم در جست و جوی توسعه روش های موثرتر و خلاقانه تر برای مطالعه و فهم درد می باشند. به نظر می رسد رویکردهای کیفی می توانند در این مسیر بسیار کمک کننده باشند (۱۶). رویکرد هستی شناختی پژوهش کیفی بر ماهیت "بودن"، "وجود"، "واقعیت" و "بازنمایی شخصی افراد از پدیده" تاکید می کند (۱۷). رویکردهای کیفی به دنبال ارزیابی تجربه شخصی افراد از یک پدیده و دستیابی به تجربه درونی افراد می باشد. به عبارت دیگر، پژوهش کیفی به دنبال کشف یک واقعیت به اندازه کافی پایدار به منظور تعمیم آن به سایر جمعیت ها نمی باشد. بلکه به دنبال شناسایی معانی متصل به آن می باشد. در اصل، این رویکرد دنیای واقعی را به رسمیت می شناسد و آن را به اشتراک می گذارد اما اینگونه فرض می کند که دستیابی به آن تنها از طریق فرآیند ارزیابی و تفسیر دنیای شخصی - اجتماعی - فرهنگی - معنوی فرد امکان پذیر است (۱۸). به همین دلیل، مطالعات کیفی برای افزایش دانش موجود در رابطه با زندگی با درد مزمن تدوین شده اند و بیمار مبتلا به درد مزمن به عنوان یک واحد زیستی روانی اجتماعی در نظر گرفته می شود تا به این ترتیب تاثیر جنبه های فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی موثر بر بیمار مشخص گردد (۱۹).

این رو، طرح پژوهش کیفی پدیدارشناسانه برای فهم روایت های بیماران به کار گرفته می شود (۳۰). شرکت کنندگان تمامی بیماران مبتلا به کمر درد مراجع کننده به کلینیک درد بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۹۷ بودند که حداقل شش ماه از تجربه درد آنها می گذرد (۳۱). نمونه نهایی شامل ۱۴ شرکت کننده مبتلا به کمر درد مزمن، از جمله ۱۰ زن و ۴ مرد بودند که دامنه سنی آنها ۳۷ تا ۷۰ سال می باشد.

سابقه کمر درد مزمن برای حداقل ۶ ماه و پایه تحصیلی سوم راهنمایی یا معادل آن از ملاک های ورود به مطالعه بود. وجود درد به علت سرطان، میوپاتی، آسیب نخاعی یا موارد درد حاد مانند شکستگی و وجود بیماری های سایکوتیک، دانس، سابقه مصرف مواد و الکل از ملاک های خروج این مطالعه بودند. مراجعینی که ملاک های ورود به مطالعه را داشتند از سوی پزشک متخصص به پژوهشگر ارجاع داده شدند.

روش نمونه گیری در این مطالعه نمونه گیری هدفمند می باشد که به پژوهشگر این امکان را می دهد که شرکت کنندگان را براساس دانش تجربی خود انتخاب کند (۳۲). لازم به ذکر است که در پژوهش های کیفی بیش از تعداد نمونه ها، منابع غنی از اطلاعات حائز اهمیت است (۳۳). در مطالعه پدیدارشناسی، پژوهشگر نمونه گیری را تا زمان اشباع شدن ادامه می دهد. اشباع اطلاعات معمولاً راهنمایی است برای تصمیم گیری در مورد این که انجام چه تعداد مصاحبه کفایت می کند. به این صورت که چنانچه در زمان جمع آوری اطلاعات هیچ اطلاعات جدیدی اضافه نشود و پژوهشگر در زمان جمع آوری و تجدید اطلاعات استخراج شده تنها به مواردی برخورد نماید که مطالب قبلی را تایید و تصدیق نماید، به نمونه گیری پایان می دهد (۳۴). بر این مبنای پژوهشگر پس از مصاحبه با ۹ نفر به اشباع اطلاعاتی رسید که به جهت حصول اطمینان، مصاحبه ها تا ۱۴ نفر ادامه یافت.

در پژوهش پدیدارشناسی، مصاحبه به عنوان روش اصلی جمع آوری داده ها محسوب می شود (۳۵). ابزار مورد استفاده در این بخش مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته بود که با توجه به هدف پژوهش کیفی و با توجه به چالش های اولیه بیماران در مصاحبه های اولیه طرح ریزی و اجرا

گوناگون زندگی افراد می باشد. تاکنون، بیشتر مطالعات صورت گرفته در حوزه تجربیات زیسته بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در کشورهای توسعه یافته انجام شده است. در جامعه ایرانی تنها دو مطالعه به بررسی تجربیات زیسته بیماران مبتلا به کمر درد پرداخته است (۲۸، ۲۹) که تمرکز آنها بر جنبه خاصی از پیامدهای مرتبط با درد می باشد. دهکردی و همکاران (۲۸) در مطالعه خود به بررسی اثرات کمر درد مزمن بر عملکرد شغلی افراد در جامعه ایرانی پرداختند که به سه خوشه اصلی آشفتگی شغلی به دلیل کمر درد، دشواری در حرکت و ماندن در موقعیت ها و درگیری ذهنی مداوم با کمر درد خود دست یافتند. توافیان و همکاران (۲۹) در مطالعه خود در رابطه با تجربیات زنان مبتلا به کمر درد مزمن به باورهای افراد در رابطه با علت درد دست یافتند. خوشه هایی که این باورها را توصیف می کنند عبارتند از استرس، فقدان دانشی که منجر به رفتارهای پرخطر در رابطه با کمر درد می گردد و دلایل ارگانیک / زیست پزشکی. با این حال به دلیل گستردگی جامعه هدف، به نظر می رسد نیاز است که در پژوهشی جامع تر و با در نظر داشتن جنسیت و سنین مختلف به بررسی تجربیات این گروه از بیماران بپردازیم. در این مطالعه از رویکرد کیفی برای فهم توصیف بیماران از تجربه شان از درد و اثرات آن استفاده شده است. با تمرکز بر دیدگاه زیستی روانی اجتماعی و شناسایی پیامدهای مشابه در میان جمعیت های متفاوت این امکان برای ما فراهم می گردد تا پایه هایی را برای مداخلات مدیریت درد در محیط بالینی در نظر بگیریم که در کنار اقدامات و مداخله های پزشکی، سایر جنبه های متاثر در زندگی بیماران را نیز هدف قرار دهد. بنابراین هدف این مطالعه ارزیابی تجربیات زیسته بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در جامعه ایرانی می باشد.

روش کار

با توجه به هدف اصلی پژوهش مبنی بر چگونگی تجارب زیسته بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، روش پدیدارشناسی جهت نیل به هدف پژوهشی بعنوان رویکرد مناسب مورد استفاده قرار گرفت. پدیدارشناسی به دنبال فهم چگونگی دنیای ذهنی افراد و نگرستن به تجربه افراد از دید آنها می باشد. چنین تجربیاتی، معانی را برای افراد به همراه دارد و از

زهرا بابایی و همکاران

پژوهش کیفی مسلط بود، قرار گرفت و پیشنهادهای آنها در روند کدگذاری اجرا و در یک جلسه مشترک نظرات مختلف جمع بندی گردید. سپس با توجه به درک مشابه یافته ها، همخوانی مورد تایید قرار گرفت و به این ترتیب هم اطمینان پذیری (Dependability) داده ها و هم قابلیت تایید (Confirmability) را امکان پذیر گردید. علاوه بر آن، پژوهشگر سعی کرد مراحل پژوهش را در طول انجام مطالعه با دقت ثبت و گزارش کند تا در صورت نیاز امکان انجام مطالعه توسط دیگران فراهم شود و با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش قابلیت اطمینان پذیری این پژوهش را تضمین نماید (۳۸،۳۴).

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت نمودند. پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت کنندگان، از آنان درخواست نمود تا فرم مشخصات جمعیت شناسی و رضایتنامه آگاهانه را تکمیل نمایند. پیش از شروع مصاحبه، از آن ها برای استفاده از ضبط صوت و یادداشت برداری اجازه گرفته شد و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف پژوهش استفاده می شود و در اختیار افرادی غیر از تیم پژوهش قرار نمی گیرد. همچنین به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که در هر مرحله ای از پژوهش می توانند انصراف خود را از شرکت در پژوهش اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول پژوهش و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. همچنین به آنها گفته شد که در صورت تمایل می توانند از نتایج کلی مطالعه آگاه گردند و در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل مصاحبه ها دوباره به آنها مراجعه شود. این پژوهش به تایید کمیته اخلاق در پژوهش های زیستی دانشگاه شهید بهشتی (کد اخلاق IR.SBU. ICBS.98/1016) رسیده است.

یافته ها

۱۴ بیمار مبتلا به کمر درد مزمن با میانگین سنی ۵۲/۴۲ (انحراف استاندارد=۱۰/۸۴) در این مطالعه شرکت نمودند. (جدول ۱) ویژگی های دموگرافیک هریک از شرکت کنندگان را به تفصیل نشان می دهد.

گردید. از آن جا که این مصاحبه نیمه ساختار یافته بود، با توجه به پاسخ ها و در صورت لزوم به منظور روشن تر شدن مفهوم پاسخ های ارائه شده، سوالات دیگری نیز طرح شد. هر مصاحبه با یک سوال کلی در رابطه با تجربه و تاریخچه درد بیمار آغاز گردید که با سوالات دیگر پیگیری می شد. مدت هر مصاحبه بین ۳۰-۷۰ دقیقه بود و در پایان هر مصاحبه بلافاصله مصاحبه های صورت پذیرفته تایید شد و با استفاده از نرم افزار MAXQDA طبقه بندی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا، سه مصاحبه اولیه انتخاب و همخوانی کدها در میان اعضای تیم بررسی گردید. در مواردی که ناهمخوانی وجود داشت اعضای تیم، در رابطه با تحلیل ها بحث کردند تا همخوانی محقق گردید و مصاحبه ها مجدداً تجزیه و تحلیل شدند.

در این پژوهش برای تحلیل اطلاعات مستخرج از یافته ها از روش هفت مرحله ای کلایزی به شرح زیر استفاده شده است (۳۶). در مرحله اول چندین بار متن مصاحبه ها به منظور دستیابی به ادراک کلی از داده ها مورد مطالعه قرار گرفت. مرحله دوم، کلمات یا عباراتی که نشان دهنده افکار و یا مفاهیم کلیدی مرتبط با پدیده مورد مطالعه بودند، مشخص شدند. در مرحله سوم کدهای اولیه استخراج شدند. مرحله چهارم مفاهیم تدوین شده به زیر خوشه و در مرحله پنجم نتایج به خوشه های اصلی تبدیل شدند. در مرحله ششم یک توصیف جامع و بدون ابهام از پدیده تدوین شد و در مرحله هفتم برای تامین "اعتمادپذیری یا قابلیت اعتماد (Trustworthiness)" مطالعه کیفی از معیارهای چهارگانه گوبا و لینکلن (Lincoln & Guba) استفاده شد (۳۷). براساس معیارهای گوبا و لینکلن (۳۷)، پژوهشگر با مطالعه طولانی مدت عمیق با پدیده مورد نظر و بررسی مکرر داده ها همچون مشاهده یادداشت های خود و موارد ضبط شده و مرور و بازنگری داده ها، حفظ و گسترش ارتباط با مشارکت کنندگان تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها سعی در افزایش باورپذیری (Credibility) داده ها نمود. برای تضمین قابلیت اعتماد یا اعتمادپذیری، یافته های مطالعه به شرکت کنندگان ارائه شد و نظرات آنها در رابطه با یافته ها ارزیابی شد. همچنین متن مصاحبه ها و کدهای استخراج شده در اختیار اساتید تیم پژوهش و یک دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی که به

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

کد شرکت کننده	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	مدت درد	محل درد	اقدامات تشخیصی	مصرف مسکن	درمانهای انجام شده
۱	زن	۷۰	فوق دیپلم	بازنشسته	۲۴ ماه	کمر/ زانو	MRI/EMG	بلی/ به ندرت	فیزیوتراپی
۲	زن	۶۳	لیسانس	بازنشسته	۳۶ ماه	کمر	CT/ MRI	خیر	فیزیوتراپی
۳	مرد	۳۷	سیکل	آزاد	۸۴ ماه	کمر/ پا	MRI	خیر	جراحی باز
۴	زن	۳۷	لیسانس	خانهدار	۲۴ ماه	کمر/ پا	MRI	بلی/ هر روز	-
۵	زن	۵۳	دیپلم	بازنشسته	۱۲ ماه	کمر/ گردن	عکسبرداری/ MRI	خیر	کایروپراکتیک/ فیزیوتراپی
۶	زن	۵۷	دیپلم	خانهدار	۲۴ ماه	کمر/ زانو/ کتف	عکسبرداری/ MRI	گاهی در صورت درد شدید	تزریق اوزون
۷	زن	۴۹	سیکل	خانهدار	۳۶ ماه	کمر	MRI	بلی	جراحی
۸	مرد	۶۳	دیپلم	بازنشسته	۶۰ ماه	کمر/ پا	MRI	خیر	تزریق اوزون
۹	مرد	۵۴	دیپلم	طراح صنعتی	۱۱ ماه	کمر/ پا	CT/MRI	بله	جراحی باز
۱۰	زن	۵۵	سیکل	خانهدار	۳۶ ماه	کمر/ پا	EMG/MRI	بله	جراحی باز
۱۱	زن	۶۷	دیپلم	خانهدار	۷۲ ماه	کمر/ پا	CT/MRI	بله	فیزیوتراپی
۱۲	زن	۴۳	سیکل	خانهدار	۶ ماه	کمر	/EMG عکسبرداری	بله	فیزیوتراپی
۱۳	زن	۴۳	کارشناسی ارشد	کارمند	۴۸ ماه	کمر	MRI	بله	تزریق/ نوکلئوپلاستی
۱۴	مرد	۴۳	دیپلم	آزاد	۳۶ ماه	کمر/ پا	MRI/EMG	بله	فیزیوتراپی

راهبردهای مقابله می باشد. علاوه بر ارائه توصیفات شرکت کنندگان و استخراج جملات مهم و دسته بندی مطالب، کلیه عقاید و مفاهیم استخراج شده به صورت یک توصیف جامع و کامل مطابق با مرحله پنجم روش کلایزی به صورت زیر ارائه می شود.

در روند تجربه و تحلیل داده ها ۲۰۹ کد اولیه به دست آمد. در مراحل بعدی، پس از ادغام آنها در هم ۱۱ خوشه فرعی و ۴ خوشه اصلی حاصل شدند. خوشه های اصلی استخراج شده از تجارب شرکت کنندگان شامل ۴ مفهوم پیامدهای فردی و روانشناختی، پیامدهای اجتماعی، پیامدهای اقتصادی و

جدول ۲: خوشه های اصلی و فرعی مستخرج از تجربیات بیماران مبتلا به کمر درد مزمن

خوشه اصلی	خوشه فرعی
پیامدهای فردی و روانشناختی	افت عملکرد فیزیکی
	تجربیات هیجانی
	آسیب شان خود
پیامدهای اجتماعی	پیامدهای مربوط به رابطه با همسر
	دشواری در تعاملات اجتماعی
	وابستگی به اطرافیان
پیامدهای اقتصادی	مشکلات شغلی
	هزینه های درمان
	راهبردهای فعال
راهبردهای مقابله	راهبردهای منفعلانه
	پذیرش درد

زهرای بابایی و همکاران

یه نفر یه لیوان آب میاورد میداد دستم، شوهرم بود، ولی غصه دنیا می گرفتم، گریه ام می گرفت، راضی نبودم و می گفتم خدایا نمی خوام. یا بکشم بمیرم یا پاشم کارامو خودم بکنم. من اینا، خیلی اذیتم می کنه."

۱-۲- تجربیات هیجانی/پیشانی روان شناختی

کدهای مرتبط با توصیف های هیجانی بسیار متنوع بودند از جمله تجربه خشم، افسردگی، شرم، ترس از بیماری، بی کفایتی، ناکامی، ناامیدی، از دست دادن هویت، تحریک پذیری، انزوا، تغییرات خلق، شرم. در واقع، به نظر می رسد که پاسخ های هیجانی یکی از ویژگی های معنادار در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می باشد به طوری که بسیاری از شرکت کنندگان حداقل به کاهش خلق یا خشم اشاره دارند. کاهش خلق الزاماً در بیماران مبتلا به درد مزمن پاتولوژیک نیست بلکه پاسخ هیجانی مورد انتظار در این موقعیت می باشد. اگرچه برخی شرکت کنندگان این احساسات را برای مدت طولانی تری تجربه میکنند و بر روابط، انگیزه و عزت نفس آنها اثرات منفی دارد. برای این افراد احساس اضطراب و افسردگی می تواند به شکل گیری افسردگی بالینی و ناتوانی بیشتر و افزایش کناره گیری اجتماعی منجر شود (۲۱).

برای مثال شرکت کننده شماره ۱ عنوان می کند "خیلی زود رنج می شوم، گرفته می شوم و خیلی روحیه خوبی ندارم."

شرکت کننده شماره ۳ اینگونه مطرح می کند که "راستش رو بخواهید من دیگه خسته شدم خانم دکتر، اصلاً وقتی که عمل کردم و بهتر نشدم دیگه کلاً ناامید شدم. زخم میگفت عمل کنم بهتر میشم ولی وقتی عمل کردم و بهتر نشدم دوباره، دیگه آدم ناامید میشه." یا در جایی دیگر عنوان می کند که "اکثراً حرف نمیزنم و اگر هم کسی باهام حرف بزنه ناراحت و عصبانی می شم بیشتر. دوست ندارم اون موقع ها اصلاً کسی با من حرف بزنه چون حوصله شنیدنش رو ندارم. بعضی موقع ها هم سرم میخواد باهام صحبت کنه داد میزنم سرش."

یک موضوع بسیار مهم، اشاره افراد به رابطه میان شدت درد و وضعیت روحی آنها می باشد. به طوری که در شرایط استرس آور تجربه آنها از شدت درد بیشتر می شود. برای مثال شرکت کننده شماره ۵ به این موضوع اشاره می کند "وقتی حالم بده دردهارو بیشتر حس میکنم و وقتی از نظر روحی یه ذره بهم ریخته ام بیشتر حس میکنم چون من

۱- پیامدهای فردی و روانشناختی

یکی از خوشه های به دست آمده از توصیفات شرکت کنندگان پژوهش، پیامدهای فردی و روانشناختی در نتیجه مزمن شدن کمر درد می باشد که به خوشه های فرعی افت عملکرد، تجربیات هیجانی و آسیب شان خود تقسیم می شود.

۱-۱- افت عملکرد

افت عملکرد، توانایی انجام فعالیت ها را تضعیف می کند. چرا که منجر به محدودیت در فعالیت و حرکت افراد، نیاز به استراحت های طولانی مدت و اجتناب از فعالیت به دلیل ترس از درد و ناتوانی می گردد.

برای مثال شرکت کننده شماره ۴ اظهار می دارد که "بالاخره زندگی من رو مختل کرده دیگه. فکر کنید می رم جلسه ی مدرسه پسر، همه نشستن ولی من حتی نمی تونم اون تایمی که قراره بشینم رو بشینم. هی مجبورم بلند شم، بایستم، راه برم یا بشینم دوباره. فکر کنید هر چیزی رو توی زندگی من تحت تاثیر قرار می ده دیگه."

بیشترین تاثیر آن بر روی فعالیت های مربوط به خانه، فعالیت های تفریحی ارزشمند، خواب و استراحت و نیاز به انجام فعالیت هایی به منظور مقابله با درد می باشد.

شرکت کننده شماره ۵ عنوان می کند "مخصوصاً از بعد عید سال گذشته کم کم دردم بیشتر شد، من مسافرت خارج از کشور داشتم شهریورماه. رفتم ولی سریع برگشتم، انقد حالم بد بود اونجا، که فقط میخواستم سریع برگردم که بدتر نشم، دیدم اصلاً نمیتونم، اصلاً نمیتونم راه برم. اصلاً نمیتونم کاری بکنم تا صبح با ناله میخوابیدم، الانم تا صبح تقریباً بیدارم به خاطر دردهام، مراقبم که درست بخوابم درد زیاد نشه، میخوابم و بلند میشم به پاهام فشار نیاد، با اینکه من هفته ای دوبار کارگر میاد خونم، با اینکه کارم خیلی سبکه. ولی با این وجود خیلی اذیتم."

شرکت کنندگان دشواری هایی را در رابطه با احساس غمگینی و نارضایتی خود به دلیل افت عملکرد شخصی و از دست دادن کارکردهایی که دیگر اکنون در دسترس نیست گزارش می کنند.

برای مثال شرکت کننده شماره ۷ این گونه مطرح می کند "من تو خانواده، چه طرف خودم چه طرف شوهرم، برای خونه داری، برای تمیزی، تک بودم. کسی کاری برام انجام نداده، کار هیچ کس به دلم نبوده، بعضی وقتا بهم می گفتن وسواسی. ولی الان که تو رختخواب بودم، مثلاً

یا شرکت کننده شماره ۵ مطرح می کند که " الان دلم نمیخاد توی جمع زیاد باشم. اصلاً دوست ندارم توی جمع زیاد باشم که من رو اینطوری ببینن این باعث منزوی شدن من شده."

دیگه نمیتونستم مثل قبل ورزش کنم، پیاده روی برم، کارهای خونم رو به خوبی قبل انجام بدم.

شرکت کنندگان ناتوانی خود در انجام نقش هایشان را به عنوان از دست دادن بخشی از هویت خود تعبیر می کنند همه شرکت کنندگان در واقع با این واقعیت که زندگی گذشته آنها از دست رفته است مواجه می شوند که برای آنها بسیار دردناک و پذیرش آن فرآیندی دشوار است. به طور کلی به نظر می رسد وابستگی، شرم، درماندگی، کناره گیری اجتماعی، عزت نفس آسیب دیده با آسیب نقش های اجتماعی، خانوادگی و کاری مرتبط می باشد که از خوشه های برجسته حاصل از تحلیل داده ها می باشد که در ادامه به معرفی آنها می پردازیم.

۲- پیامدهای اجتماعی

تعداد زیادی از شرکت کنندگان بر رابطه میان کمر درد و زندگی اجتماعی خود به ویژه رابطه با دوستان و اعضای خانواده تاکید می کنند. زیر خوشه هایی که این آسیب ها را توصیف می کنند شامل پیامدهای مربوط به رابطه زوجی، دشواری در تعاملات اجتماعی و وابستگی به اطرافیان می باشند.

۲-۱- دشواری در تعاملات اجتماعی

محدودیت فعالیت، پیامدهای منفی برای روابط دارد و افراد به دلیل درد از فعالیت های جمعی اجتناب می کنند. برای مثال بیمار کد ۱ بیان میکند که " رفت و آمدمون خیلی کم شد و برنامه های بیرون رفتن خودم هم کم شد، خیلی مهمونی های دوره ای داشتم و خیلی با دوستانم در رفت و آمد بودم که الان دیگه اونا رو ندارم." شرکت کننده کد ۷ مطرح می کند که " من کلا از سه سال پیش از همه جا بریدم. نمی تونم نه ختمی، نه فاتحه ای، نه عروسی، چون ما فامیلامون شهرستانن و ما تهرانیم؛ یعنی زیاد نمی رم. برمم با بدبختی."

از یک سو افراد خودشان را افرادی اجتماعی توصیف می کنند و از سوی دیگر، احساس ناراحتی را در رابطه با فعالیت اجتماعی تجربه می کنند مانند نگرانی در رابطه با اینکه توسط دیگران چگونه دیده می شوند و ترس از تحمل درد برای مدت طولانی. چنین ترس هایی منجر به کناره گیری

سال گذشته اگر دردم خیلی بیشتر شد یه شوک عصبی داشتم و مسائلی تو زندگیم پیش اومده بود."

یا شرکت کننده کد ۶ عنوان می کند که " خب اینو قبول کردم که دیگه تو سنی هستیم که یواش یواش دردامون بیشتر می شه. اولش خیلی برامون سخته ولی بعد اون درد دیگه چون عضوی از زندگی شده، باید باهاش کنار بیایم. ولی استرس و اینا خیلی روش تأثیر می زاره." از دست دادن کنترل خود روی زندگی و آینده نامعلوم افراد را بسیار می ترساند.

برای مثال شرکت کننده شماره ۷ به این موضوع اشاره دارد که " ترس از اینکه، به موقع نیفتیم از دست و پا، خیلی ترس داشتیم. کمم نه خیلی. آره، تنها نگرانیم همین بود." یا شرکت کننده شماره ۴ عنوان می کند که " گاهی وقتا از آینده میترسم. میگم الان اوضاع اینه، یکی از چیزایی که میترسم اینه که میگم نکنه اوضاع بدتر بشه (گریه)."

۱-۳- آسیب به شان خود

کمر درد مزمن به دلیل ناتوان کردن و تضعیف بیمار، احساس امنیت و احساس مثبت در رابطه با خود را متاثر می سازد. در واقع تجربه درد به دلیل مزمن بودن، منجر به تغییر سبک زندگی و شخصیت بیمار می گردد. برای مثال شرکت کننده شماره ۲ مطرح می کند که " خوب از زمانی که دکتر عمل کرده، خانواده رعایت می کنند، خرید می کنند، من کمتر پشت ماشین میشینم، احساس می کنم که ناتوانم و این ناتوانی اذیتم میکنه."

از این روست که احساس شان شرکت کنندگان به واسطه عملکرد آسیب دیده مورد تهدید قرار می گیرد. برای مثال شرکت کننده شماره ۴ بیان می کند که " خوب شاید هیچ وقت ازش نپرسیدم ولی فکر می کنم بالاخره زندگی کردن با کسی که تا بیم های مختلف توی روز احساس درد داشته باشه و بی حوصله باشه شاید یه ذره کسالت بار باشه."

بنابراین شرکت کنندگان احساس از دست دادن ارزشمندی خود را به افزایش محدودیت های کارکردی خود نسبت می دهند که با احساس ناکامی، خشم و افسردگی همراه می باشد.

برای مثال شرکت کننده شماره ۴ بیان می کند " شاید بعد از این نتونم کار کنم، نتونم همسر خوبی واسش باشم. بالاخره وقتی مشکل جسمی به وجود میاد قاعدتاً روح آدم هم درگیر میشه، ممکنه روی روابط زناشویی تأثیر بذاره. همه اینها هست دیگه"

زهرای بابایی و همکاران

حمایت از سوی افراد نزدیک، و در عین حال تمایل به خود مختاری در انجام کارهای خود دارند. برای مثال شرکت کننده کد ۵ بیان می کند که "در مورد خودم تا اونجا که تونستم فقط سعی میکنم که بارم روی دوشون نباشه با اینکه خودشون خیلی همکاری میکنن مثلاً همسرم خیلی آدم خوب و معقول و درستی هست. مثلاً اون اوایل خیلی کمکم میکرد ولی الان که بهتر شدم دیگه سعی میکنم خودم کارمو انجام بدم. خودمم دوس ندارم که بار کار روی دوش کسی دیگه باشه."

برخی دیگر احساس می کنند که از آنها حمایت نمی شود. برای مثال شرکت کننده شماره ۱۴ بیان می کند "احساس میکنم اذیت میشن، انگار عادیه براشون. انگار دردمو خودم میدونم جز من کسی نمیتونه متوجه بشه." در حالی که برخی دیگر سطح بالایی از وابستگی به دیگران را گزارش می کنند.

برخی افراد از فعالیت های مشترک با خانواده اجتناب می کنند چرا که می ترسند تجربه لذت بخش آنها را خراب کنند (نقل قول ۵). باری بر روی دوش آنها باشند.

برخی از افراد از وابستگی به دیگران می ترسند برای مثال: "از خدا میخوام تا اونجایی که میشه کمکم کنه روی پای خودم باشم و کسی به من کمک نکنه. اگه قراره اینطور باشه نباشم. ترجیح میدم اینجوری باشه. چون دیدم افرادی رو که چقدر سخته هم دیگران اذیت شدن و حوصله دیگران رو سر بردن و هم خودشون درد و رنج میکشن، مورد توهین و اهانت قرار میگیرند دوست ندارم اصلاً." شرکت کننده کد ۱۳ بیان می کند که "یکی همین فکر که اگه یه روز زمین گیر بشم کسی نیست که مراقب من باشه."

۳- پیامدهای اقتصادی

شرکت کنندگان بر نیاز به تغییر فعالیت های کاری خود، ترس های مربوط به از دست دادن شغل تاکید می کنند. مواردی همچون اضطراب هزینه-های درمانی، تغییر فعالیت های کاری و نگرانی های مالی شناسایی شده است.

۱-۳- مشکلات شغلی

بسیاری از افراد نگران از دست دادن شغل خود می باشند. دادن زمان کافی برای بهبودی، تغییر مهمی است اگرچه نیازمند زمانی برای فراغت از کار است. برای مثال شرکت کننده کد ۳ بیان می کند که "دیگه نمیتونستم سر کار برم. مثلاً یک هفته کار می کردم باید ۱۰-۲۰ روز می خوابیدم. الانم حدوداً سه سال هست که نمیتونم برم سر کار."

و انزوا می گردد. برای مثال شرکت کننده شماره ۴ بیان می کند که "وقتی قراره بریم جایی مهمونی من این اعتماد به نفس رو ندارم که بتونم اونجا خیلی راحت بشینم یا بتونم اون تایم مهمونی رو دووم بیارم."

۲-۲- پیامدهای مربوط به رابطه زوجی

در برخی موارد، رابطه زناشویی به قدری تحت تاثیر قرار می گیرد که زندگی مشترک دشوار می گردد. اثرات درد مزمن منجر به تجربه های هیجانی منفی در همسران، افزایش مسئولیت های همسر بیمار، کاهش فعالیت های مشترک و کاهش روابط جنسی می شود. برای مثال شرکت کننده شماره ۳ عنوان می کند که "همسرم نگران میشه و خودشم سردردش شروع میشه، نه اینکه از من خسته بشه، نگرانم میشه به خاطر همین من بیشتر درد رو پنهان میکنم و نمیگم بهش." شرکت کننده شماره ۱۰ بیان می کند "همسرم بعضی موقع ها عصبانی میشه، گاهی موقع ها احساس خستگی میکنه، گاهی وقتا هم همدردی میکنه." شرکت کننده کد ۱۲ به این موضوع اشاره دارد که "آره دیگه. خب مجبور بودیم دیگه، خب ما دو نفر بودیم دیگه. دیگه کسی نبود دوتا بچه داریم، که اونام رفتن سر خونه زندگیشون. از لحاظ کارای خونه، بعد از یک هفته دیگه همش همسرم بود."

شرکت کننده کد ۱۰ بیان می کند که "رو زندگی شخصیم نه، چون خب هر کی کار شخصی خودشو انجام میده. ولی روی زندگی مشترکمون تاثیر بدی داشت، ما هر دو با هم می رفتیم پیاده روی، پیاده روی طولانی، دوی آروم، دور پارک، مثلاً ما ۶ دور می دویدیم که، برای آدمای دیگه تعجب برانگیز بود. دوست داشتم پا به پای هم راه بریم ولی بعد از درد پیاده رویمون قطع شد و این خیلی بد شد. رو من اثر منفی گذاشت."

توانایی داشتن یک رابطه جنسی خوب برای برخی افراد بسیار مهم می باشد و فقدان رابطه جنسی ناشی از کمر درد با آسیب در رابطه زناشویی مرتبط است. بیمار کد ۱ بیان می کند که "فکر می کنم اگر رابطه داشته باشیم بیشتر کمرم درد میگیره" در واقع ترس از شروع کمر درد، رابطه جنسی افراد را متاثر می سازد. برای مثال شرکت کننده کد ۷ مطرح می کند که "آره، آره، من الان می ترسم، چون می ترسم، میگم یه موقع کمرم اذیت نشه."

۳-۲- وابستگی به اطرافیان

شرکت کنندگان نوعی تمایل یا نیاز متناقض به دریافت

که " من درد و اینا خیلی دارم. خونه ام تنها، میگم که بچه هام نبودن، تنها بودم. تنهاییم همش با تلویزیون سر می رفت. از درد و از هرچی حواس خودم رو پرت می کردم. یا با صلوات یا با آیه الکرسی، چه می دونم زیارت عاشورا، همینجوری دراز کش، با اینا سر کردم تا آروم می شدم که حواسم پرت بشه. ولی آمپول مورفین، ترامادول و اینا خیلی زد. اون موقع که خیلی درد داشتیم که یه ذره آروم می شدم."

۲-۴- راهبردهای فعال

برخی افراد از راهبردهای خود مدیریتی مانند ورزش کردن، آب درمانی، اتخاذ وضعیت های متفاوت تر به هنگام درد استفاده می کنند. تمرینات روزانه بخش جدایی ناپذیر پذیرش نقش فعال در روند زندگی خود و انجام اقداماتی برای تغییر سبک زندگی می باشد (۴۰، ۴۱).

شرکت کننده کد ۸ بیان می کند که " حدوداً نزدیک ۳ ماه، درگیر بودم که بعد دیگه دنبال کردیم و نوار عصب رو دنبال کردیم و بعد از اونم، خودم اصولاً آدم پیگیری ام یعنی، وقتی یه حرکتی رو می کنم، دیگه دنبال می کنم. به همین خاطر یا به نتیجه می رسونمش یا اگه به نتیجه نرسه، میگم به نتیجه نرسید. ولی دنبال می کنم. در رابطه با، بعد از داستان آب درمانی، از دکتر خواستم که من آب درمانی کنم، گفت بکن، دیگه یک روز درمییون، آب درمانی دارم میرم و خیلی هم برام خوبه، خیلی برام خوبه. تمام ساعت ها راه میرم و دیگه، اول دکتر گفته بود، ۴۵ دقیقه بیشتر راه نرو، بعد ازش خواستم که دیگه من، واقعا ۴۵ دقیقه راه برم یا می تونم بیشتر راه برم، گفت دیگه هر چقدر دلت می خواد راه برو، دیگه ۳ ساعت، ۴ ساعت آب درمانی بود."

در جایی دیگر بیمار کد ۹ مطرح می کند که " ورزش می کردم، نرمش هایی که بهم داده بودن را می کردم، گه گذاری استخر می رفتم، و آروم می شد و باز دوباره که این شدت می گرفت، همین کارها رو میکردم."

برخی از بیماران به هنگام درد سعی می کنند به جای اجتناب از حرکت از راهبردهای انطباقی تری استفاده نمایند برای مثال شرکت کننده شماره ۱۲ بیان می کند که سعی می کنم روزانه ورزش هایی که دکتر گفته اند رو انجام بدم ورزش های دکتر ویلیامز و اینا." در واقع این شرکت کننده سعی می کند که به طور روتین با تمرینات خود از درد پیشگیری کند.

شرکت کننده کد ۹ بیان می کند که " توی زندگی مشکل خاصی نداشتم، فقط توی کارم مشکل داشتم. فشار کاری روی خود من بود و همش نگران این بودم که نتوم کار کنم، کارم یخورده به مشکل خورده بود، همش این درد منو نگران می کرد که نتونم کار کنم، خب امورات زندگیمو بگذرونم، و همش نگران همین مسئله بودم، دایماً نگران بودم."

۲-۳- هزینه های درمانی

برخی افراد در رابطه با هزینه های درمانی نگران هستند برای مثال شرکت کننده شماره ۱۰ بیان می کند که " اما آدم خرج کنه نتیجه بگیره ناراحت نمی شه، نتیجه بگیره اون موقع درد بزرگیه برای آدم. الان خدا و کیلی من هر چی بوده هزینه کردم، الان اگه پسر بزرگم کمک نکنه ما شب نون نداریم بخوریم."

۴-۳- راهبردهای مقابله

بیماران به دنبال استفاده از انواع راهبردها هستند که درد خود را تسکین دهند. برخی بیماران از شیوه های فعال و برخی دیگر از شیوه های غیرفعال برای مدیریت این موضوع بهره می گیرند. ضمن آن که به نظر می رسد پذیرش نیز مولفه ای حائز اهمیت در فرآیند انطباق با درد مزمن می باشد.

۴-۱- راهبردهای منفعلانه

رایج ترین شیوه مقابله با درد استفاده از داروهای تجویز شده و مسکن ها می باشد. شرکت کننده شماره ۱۲ عنوان می کند که " به محض اینکه دردم شروع میشه کار دیگه ای از دستم بر نیامد جز اینکه قرص بخورم و بخوابم." برخی افراد از راهبردهای مقابله ای مانند استراحت طولانی در کنار دارو درمانی برای تسکین درد خود استفاده می کنند. این راهبردها در طولانی مدت انطباق با درد را دشوار می سازد. چرا که راهبردهای اجتنابی، مواجهه با موقعیت ها را کاهش داده و به نوبه خود به انزوای اجتماعی و افسردگی منجر می گردد (۷).

برخی دیگر، از راهبردها همچون دعا کردن، نادیده گرفتن درد و پرت کردن حواس بهره می برند تا بتوانند سبک زندگی عادی خود را حفظ نمایند (۳۹). برای مثال شرکت کننده کد ۶ مطرح می کند که " وقتی که می گم کمرم درد می کنه و اصلاً خوب نمیشه بدتره. اصلاً خودمو می زنم به بی خیالی، شاید اگه بتونم این کار و بکنم این یادم بره." در جایی دیگر شرکت کننده کد ۷ عنوان می کند

زهرا بابایی و همکاران

کمر درد مزمن بیشتر با ناتوانی جسمانی مرتبط است تا با مرگ، و افراد بایستی با دردی که همیشه همراه آنهاست زندگی کنند. از این رو به نظر می رسد پذیرش نقش فعال، عاملی تعیین کننده در پیمودن این مسیر می باشد.

۳-۴- پذیرش درد

پذیرش درد و زندگی با درد نسبت به سایر راهبردهای مقابله ای از برجستگی کمتری برخوردار بود. با این حال به نظر می رسد آن دسته از افرادی که چشم انداز خود را تغییر می دهند، بیشتر قادر خواهند بود که با درد مقابله کنند و از جمله موضوعاتی می باشد که به چگونگی زندگی با درد و به دست آوردن مجدد کنترل شخصی کمک شایانی می نماید.

برای مثال شرکت کننده کد ۵ عنوان می کند "به خودم میگم که باید تلاش خودمو بکنم که در واقع مغلوب این دردها نباید بشم. یعنی زندگی روزمره من باید ادامه پیدا بکنه و حتی اگه درد باشه. الان احساس میکنم که تواناییم یه مقدار در برابر درد بیشتر شده نه اینکه از بین رفته باشه کاملاً."

با این حال این فرآیند دشوار به نظر می رسد. چرا که بایستی علی رغم حضور مداوم درد، احساس هدفمندی و فعال بودن خود را حفظ نماید. برای مثال شرکت کننده شماره ۱۴ عنوان می کند: "سعی کردم تمام کارهایی را که از دستم بر می آید برای بهتر شدن خودم انجام دهم و با تغییرات کوچک هم خوشحال شوم."

اشاره شده است (۲۳،۲۵،۴۶). یکی از مهمترین خوشه های به دست آمده در مطالعه حاضر، تجربیات هیجانی منفی بسیار در میان بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می باشد. شرکت کنندگان توصیف می کنند که واکنش های هیجانی یکی از مهمترین پیامدهای درد جسمی می باشد. شواهد تجربی زیادی در طول دهه های گذشته نیز به رابطه میان وضعیت خلقی و درد مزمن اشاره داشته است (۴۷،۱۳). اغلب شرکت کنندگان در این مطالعه به رابطه فشار روانی، استرس و وضعیت خلقی خود و شدت کمر درد اشاره داشته و معتقدند که از یک سو مزمن شدن درد منجر به تغییرات خلقی و افسردگی در آنها شده است و از سوی دیگر وضعیت روانشناختی آنها در کاهش یا افزایش شدت درد موثر می باشد. اگرچه عوامل روانشناختی اغلب به عنوان عاملی ثانویه نسبت به درد و در واقع واکنشی نسبت به آن در نظر گرفته می شوند با این حال شواهد پژوهشی از یک رابطه قوی دوسویه میان وضعیت خلقی و درد مزمن حمایت می کنند (۴۸). بنابراین مزمن شدن درد، احتمال ابتلا به اضطراب، افسردگی و پریشانی را افزایش داده و از طرفی پیش بینی کننده قوی در تبدیل درد حاد به درد مزمن می باشد (۵۱،۵۰،۴۹). به دلیل رابطه قوی میان وضعیت خلقی و شدت درد، به نظر می رسد درمان های موثر بایستی علاوه بر کاهش فراوانی و شدت درد، تاثیرات مثبتی نیز بر وضعیت عاطفی بیماران داشته باشند (۵۳،۵۲). از طرفی به نظر می رسد رابطه میان بیماران و افراد مهم زندگی هم می تواند روند سازگاری با درد را تسهیل نماید

بحث

نتایج حاکی از آن است که کمر درد مزمن علاوه بر اثرات جسمی درد، بهزیستی روانشناختی افراد، روابطشان با دیگران و زندگی آینده آنها را تغییر می دهد. در واقع شرکت کنندگان روشن ساختند که درد در مرحله حاد تنها بدن آنها را متاثر می سازد در حالی که وقتی این درد مزمن می شود به تدریج به جنبه های مختلف زندگی فرد رسوخ کرده و آسیب ها، ترس ها و پریشانی های بیشتری را به همراه خواهد داشت. از این رو، زندگی با درد مزمن، در نهایت زندگی توأم با هیجانات منفی از جمله اضطراب و افسردگی، ناامیدی و کناره گیری از دیگران خواهد بود و به معنای مختل شدن سبک زندگی قبلی و تجربه از دست دادن دامنه گسترده ای از روابط، کارکردها و شغل می باشد و چالش های بسیاری را برای زندگی فردی، اجتماعی

خودشان است و نقش فعال تری را در این مسیر بر عهده داشتند، پیامدهای ناشی از درد کمتری را گزارش می کردند. شباهت های بسیاری در تجربه کمر درد مزمن در مطالعات مختلف دیده می شود. به طور کلی کمر درد مزمن علاوه بر درد، احساس افراد در رابطه با خودشان را متاثر می سازد. از طرفی بر ارتباطات افراد با دیگران، چگونگی دریافت حمایت از سوی آنها و نحوه مقابله افراد با درد نیز تاثیر می گذارد. در مداخلات طراحی شده برای این دسته از بیماران بایستی رابطه با افراد مهم و هیجانات منفی تجربه شده را مدنظر قرار داد با و ارائه راهبردهایی برای مدیریت درد چه به صورت خودمدیریتی چه از طریق مداخله های درمانی به بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران کمک نمود. نتایج حاصل از مطالعه فعلی حاکی از آن است که تجربه درد در میان جمعیت ها و فرهنگ های مختلف شباهت های بسیاری دارد. از این رو مطالعات آتی بایستی به دنبال طراحی مداخلاتی در زمینه مدیریت درد باشند که این تم های به دست آمده در مطالعات مختلف را در پروتکل های درمانی خود بگنجانند. بنابراین نیاز به مطالعات کنترل شده تصادفی برای مداخلاتی است که از دل این پژوهش های کیفی به دست آمده اند. برای مثال مداخلات ابراز هیجان که شرکت کنندگان را قادر می سازد بتوانند هیجانات خود را شناسایی و ابراز نمایند و به این طریق بر تجربیات هیجانی خود کنترل بیشتری پیدا کنند در کنار مداخلاتی که ذهن آگاهی و پذیرش را ارتقا می دهند؛ می توانند در مسیر آموزش راهبردهای مقابله فعال و مدیریت موثر درد و تاثیرات آن بر زندگی افراد موثر واقع شوند.

نتیجه گیری

در مجموع، بیشترین اثرات درد مزمن در رابطه با نحوه مقابله با آسیب ها، بیماری و پریشانی روانشناختی ناشی از تغییر ایجاد شده در زندگی می باشد. بنابراین پرداختن به درد جسمی بدون در نظر گرفتن پیامدهای روان شناختی همراه آن کارآمد نمی باشد. چرا که درد، فرد را به عنوان یک کل متاثر می سازد که بایستی در سیستم های بهداشتی و درمانی مد نظر قرار گیرد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و هم سو با مدل زیستی- روانی اجتماعی به نظر می رسد عوامل حاصل از مطالعه حاضر هم می توانند به عنوان عامل خطر و هم به عنوان عامل محافظت کننده در راستای احتمال شکل گیری و مزمن شدن درد و هم

و هم می تواند این مسیر را با مشکلاتی مواجه سازد (۵۴،۵۵). نتایج مطالعه ما روشن ساخت که روابط اجتماعی و بین فردی می تواند اثرات مهمی بر پیامدهای مرتبط با درد از جمله انزوا و گوشه گیری و کاهش تعاملات اجتماعی به همراه داشته باشد. شرکت کنندگان توصیف می کنند بدترین پیامدهای مرتبط با درد آسیب شان خود، دشواری هایی در روابط با اطرافیان و مشکلات شغلی می باشد. این موضوع نیاز به توانمندی های شناختی برای مدیریت هویت و سبک زندگی تغییر یافته را برجسته می سازد. از این رو، بسیار حائز اهمیت است که به بیماران و اعضای خانواده آموزش دهیم که چگونه اثرات درد را به طور شناختی مدیریت نمایند. چرا که افراد اغلب به دلیل افت عملکرد، خود را بی ارزش و ناتوان قلمداد می کنند که این موضوع به نوبه خود بر عزت نفس و هویت آنها اثرات منفی بر جای می گذارد. این موضوع هم راستا با نتایج سایر پژوهش ها می باشد (۵۶،۲۱).

اگرچه به موضوع پذیرش درد نسبت به سایر موضوعات کمتر اشاره شد با این حال موضوع حائز اهمیتی است که نمی توان از آن چشم پوشی کرد. پیامدهای کمر درد مزمن یک رنج مداومی را همراه با درد فیزیکی به زندگی بیمار می افزاید که میزان این رنج به نحوه تجربه درد توسط افراد و نحوه مقابله آنها با درد بستگی دارد. بنابراین به نظر می رسد آموزش مناسب به افراد در راستای متمایز کردن میان درد جسمی از معنایی که افراد به درد می دهند، می تواند در پذیرش درد موثر واقع شود.

برخی افراد درد رابخشی از زندگی خود پذیرفته اند و خود را در این مسیر تشویق می نمایند که با شرایط جدید زندگی خود را منطبق سازند و هویت جدیدی را شکل دهند. مطالعات آتی در زمینه پذیرش درد می تواند به شکل دادن چارچوب جدیدی از وضعیت کمر درد کمک نماید تا افراد بتوانند علی غم تجربه پریشانی به زندگی خود ادامه دهند و پیامدهای ناشی از درد را مدیریت نمایند. اگرچه چارچوب های نظری پذیرش و تاب آوری می تواند به رشد این دیدگاه کمک نماید ولیکن لازم است که این چارچوب ها با وضعیت کمر درد مزمن انطباق یابند (۵۷،۵۸).

از طرفی به نظر می رسد راهبردهای مقابله فعال با درد مزمن مولفه بسیار مهمی در روند درمان غیردارویی آن می باشد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که آن دسته از شرکت کنندگانی که باور داشتند دردشان تحت کنترل

شامل یک تیم چند رشته ای باشد که اهمیت ارزیابی سلامت روان و عملکرد روانی اجتماعی را در فرآیند ارزیابی و درمان کمر درد مزمن برجسته سازد و از این طریق به افراد در شناسایی معنای شناختی درد و مدیریت پیامدهای درد مزمن کمک نماید.

در راستای شدت پیامدهای مرتبط با درد از جمله ناتوانی، موفقیت و عدم موفقیت مسیرهای درمانی عمل نمایند. نکته حائز اهمیت آن است که پزشکان، فیزیوتراپیست ها و روانشناسان فعال در حوزه درد بایستی مفاهیم و فرآیندهای روانشناختی را در کنار مفاهیم و فرآیندهای فیزیولوژیکی به طور جدی مورد توجه قرار دهند. در واقع توانبخشی بایستی

References

- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012;64(6):2028-37. <https://doi.org/10.1002/art.34347>
- Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011;11(1):1-5. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(SUPPL. 2):192- 300. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>
- Bunzli S, Watkins R, Smith A, Schütze R, O'Sullivan P. Lives on hold: A qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. *Clin J Pain*. 2013;29(10):907-16. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31827a6dd8>
- Snelgrove S, Liossi C. Living with chronic low back pain: A metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illn*. 2013;9(4):283-301. <https://doi.org/10.1177/1742395313476901>
- Vroman K, Warner R, Chamberlain K. Now let me tell you in my own words: Narratives of acute and chronic low back pain. *Disabil Rehabil*. 2009;31(12):976-87. <https://doi.org/10.1080/09638280802378017>
- Stisen DB, Tegner H, Bendix T, Esbensen BA. The experience of patients with fear-avoidance belief hospitalised for low back pain - A qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2016;38(4):307-14. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1037465>
- Osborn M, Smith JA. Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: An interpretative phenomenological analysis. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(2):216-22. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00399.x>
- Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000;84(1):95-103. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00187-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00187-6)
- Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry*. 1979;1(2):156-65. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90062-8)
- Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain. *Am Psychol*. 2014;69(2):105-18. <https://doi.org/10.1037/a0035641>
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychol Bull*. 2007;133(4):581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Sessle BJ. The pain crisis: What it is and what can be done. *Pain Res Treat*. 2012;1-6. <https://doi.org/10.1155/2012/703947>
- Monsivais DB, Engebretson JC. Cultural cues: Review of qualitative evidence of patient-centered care in patients with nonmalignant chronic pain. *Rehabil Nurs*. 2011;36(4):166-71. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00085.x>
- Osborn M, Rodham K. Insights into Pain: A Review of Qualitative Research. *Rev Pain*. 2010;4(1):2-7. <https://doi.org/10.1177/204946371000400102>
- Reid K, Flowers P, Larkin M. Exploring lived experience. *Psychologist*. 2005;18(1):20-3.
- Ashworth P. Conceptual Foundations of Qualitative Psychology. In: Smith, Jonathan A, editor. *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods*. London: SAGE Publications; 2008. p. 4-25.
- Gallagher S, Zahavi D. An introduction to philosophy of mind and cognitive science and

- phenomenology. In: *The Phenomenological Mind*. USA & Canada: Routledge Taylor & Francis Group; 2008. p. 1-244. <https://doi.org/10.4324/9780203086599>
20. Smith JA, Osborn M. Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychol Heal*. 2007;22(5):517-34. <https://doi.org/10.1080/14768320600941756>
 21. Snelgrove S, Lioffi C. An interpretative phenomenological analysis of living with chronic low back pain. *Br J Health Psychol*. 2009;14(4):735-49. <https://doi.org/10.1348/135910709X402612>
 22. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Fautrel B, Gossec L. The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: a qualitative study of 25 patients. *Osteoarthr Cartil*. 2014;22:437-441. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.02.828>
 23. Froud R, Patterson S, Eldridge S, Seale C, Pincus T, Rajendran D, et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15(1):50-64. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-50>
 24. Osborn M, Smith JA. The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *Br J Health Psychol*. 1998;3(1):65-83. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1998.tb00556.x>
 25. MacNeela P, Doyle C, O'Gorman D, Ruane N, McGuire BE. Experiences of chronic low back pain: a meta-ethnography of qualitative research. *Health Psychol Rev*. 2015;9(1):63-82. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840951>
 26. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
 27. Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufreton C, Legrand E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Fam Pract*. 2011;28(1):12-21. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq072>
 28. Dehkordi F, Khankeh HR, Mehraban AH, Hosseini SA. The impact of chronic low back pain on daily occupations: A qualitative study in Iranian context. *Iran Rehabil J*. 2016;14(1):15–22.
 29. Tavafian SS, Gregory D, Montazeri A. The experience of low back pain in Iranian women: A focus group study. *Health Care Women Int*. 2008;29(4):339–48.
 30. Carpenter C, Suto M. *Qualitative research for occupational and physical therapist*. Oxford: Wiley; 2008.
 31. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. IASP Pain Terminology. 1994. 240 p.
 32. Smith, Jonathan A, Osborn M. *Interpretative Phenomenological Analysis*. In: *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. CA: SAGE Publications; 2007.
 33. Beck CT. *Phenomenology: Its use in nursing research*. *Int J Nurs Stud*. 1994;31(6):499–510.
 34. Juliet M, Corbin AS. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: SAGE Publications; 2007.
 35. Wimpenny P, Gass J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: Is there a difference? *J Adv Nurs*. 2000;31(6):1485–92.
 36. Shosha GA. Employment of Colaizzi's Strategy in Descriptive Phenomenology: a Reflection of a Researcher. *Eur Sci J*. 2012;8(27):31–43.
 37. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalist inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications. 1985.
 38. Gerdeman JL, Lux K, Jacko J. Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(1):11-7. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.05.009>
 39. Busch H. Appraisal and coping processes among chronic low back pain patients. *Scand J Caring Sci*. 2005;19(4):396-402. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00348.x>
 40. Cooper K, Smith BH, Hancock E. Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy*. 2009;95(1):43-50. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2008.08.005>
 41. Hush JM, Refshauge K, Sullivan G, De Souza L, Maher CG, McAuley JH. Recovery: What does this mean to patients with low back pain? *Arthritis Care Res*. 2009;61(1):124-31. <https://doi.org/10.1002/art.24162>
 42. De Souza L, Oliver Frank A. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disabil Rehabil*. 2011;33(4):310-8. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.490865>

43. Strunin L, Boden LI. Family consequences of chronic back pain. *Soc Sci Med.* 2004;58(7):1385-93. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00333-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00333-2)
44. Larsen EL, Nielsen CV, Jensen C. Getting the pain right: How low back pain patients manage and express their pain experiences. *Disabil Rehabil.* 2013;35(10):819-27. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.709302>
45. Tengland PA. The concept of work ability. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):275-85. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9269-x>
46. Sim J, Madden S. Illness experience in fibromyalgia syndrome: A metasynthesis of qualitative studies. *Soc Sci Med.* 2008;67(1):57-67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.003>
47. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(3):678-90. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.678>
48. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *J Pain.* 2016;17(9):T70-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
49. Asmundson GJG, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. *Depress Anxiety.* 2009;26(10):888-901. <https://doi.org/10.1002/da.20600>
50. Naylor MR, Krauthamer GM, Naud S, Keefe FJ, Helzer JE. Predictive relationships between chronic pain and negative emotions: A 4-month daily process study using Therapeutic Interactive Voice Response (TIVR). *Compr Psychiatry.* 2011;52(6):731-6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.11.008>
51. Linton SJ, Nicholas MK, MacDonald S, Boersma K, Bergbom S, Maher C, et al. The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *Eur J Pain.* 2011;15(4):416-22. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.08.009>
52. Lewandowski Holley A, Law EF, Zhou C, Murphy L, Clarke G, Palermo TM. Reciprocal longitudinal associations between pain and depressive symptoms in adolescents. *Eur J Pain (United Kingdom).* 2013;17(7):1058-67. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00272.x>
53. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: A 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain.* 2011;12(9):964-73. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.03.003>
54. Burns JW, Gerhart JI, Bruehl S, Post KM, Smith DA, Porter LS, et al. Anger arousal and behavioral anger regulation in everyday life among people with chronic low back pain: Relationships with spouse responses and negative affect. *Heal Psychol.* 2016; 35 (1):29-40. <https://doi.org/10.1037/hea0000221>
55. Burns JW, Peterson KM, Smith DA, Keefe FJ, Porter LS, Schuster E, et al. Temporal associations between spouse criticism/hostility and pain among patients with chronic pain: A within-couple daily diary study. *Pain.* 2013;154 (12):2715-21. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.053>
56. Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A. Chronic pain affects the whole person - A phenomenological study. *Disabil Rehabil.* 2015;37(4):363-71. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
57. Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: A new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(2):105-12. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0095-9>
58. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain.* 2011; 152 (3): 533-42. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>