

## تأثیر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن: پی گیری چهار ماهه

اسحق رحیمیان بوگر<sup>۱\*</sup> (Ph.D)، مریم طباطبائیان<sup>۲</sup> (Ph.D)

۱- دانشگاه سمنان، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، گروه روان شناسی بالینی

۲- دانشگاه هنر، مرکز مشاوره دانشجویی

### چکیده

سابقه و هدف: پژوهش های متعدد حاکی از این است که افسردگی به عنوان یک عامل خطر اساسی قابل تغییر در تداوم کمردرد نقش دارد. این پژوهش با هدف بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام گرفت.

مواد و روش ها: در یک بررسی آزمایشی با پیش آزمون، پی آزمون و پی گیری با گروه شاهد، تعداد ۳۵ بیمار با تشخیص کمردرد مزمن از مراکز درمانی مناطق ۱، ۲ و ۳ شهر تهران به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شده اند و نیز به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد گماشته شدند. آزمودنی های سه گروه، خرده مقیاس افسردگی مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری تکمیل کردند. درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی طی ۸ جلسه یک بار در هفته بر روی گروه های آزمایش اجرا شد.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش معنادار نمرات میانگین افسردگی گروه های آزمایش در مقایسه با گروه شاهد شد ( $P < 0.05$ ). نتیجه گیری: طبق نتایج این پژوهش، درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی روش مؤثری برای کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن است.

### واژه های کلیدی: کمردرد، شناخت درمانی، افسردگی

### مقدمه

خطر روان شناختی در پیدایش کمردرد مزمن مهم هستند [۶]. در اغلب موارد، عوامل جسمی باعث گزارش درد می شوند. اما، در درد مستمر و مزمن، عوامل روانی اجتماعی، روان پویایی و رفتاری قادرند درد را ادامه داده یا آن را تشدید نمایند و بر سازگاری با درد تأثیر بگذارند و در نهایت در ناتوانی بیمار سهیم باشند [۸،۷]. کمردرد مزمن به کمردردی اطلاق می شود که بیش تر از ۳ ماه طول کشیده باشد [۷]. ۶ تا ۱۰٪ افراد مبتلا، کمردرد پایدار یا راجعه دارند و این مشکل در ۱٪ تا ۲٪ موارد ناتوان کننده است و در نهایت منجر به از

کمردرد از شایع ترین شکایت بالینی بیماران است که شیوع طول عمر آن ۴۹٪ تا ۸۰٪ است [۱] و در ۲٪ تا ۷٪ موارد مسأله ای پایدار و مزمن است [۲]. طبق مطالعه اصغری مقدم [۳] میزان شیوع درد مزمن مستمر و درد مزمن عودکننده به ترتیب برابر با ۱۴٪ و ۱۵٪ بوده است. کمردرد اثر منفی برجسته ای بر امور اجتماعی، سلامت روانی و عمومی دارد [۴،۵،۶]. شواهد فزاینده ای نشان می دهند که انواعی از عوامل

شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران دچار کمردرد مزمن است.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری هم‌راه با گروه شاهد بود. بعد از شناسایی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن از میان بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی منطقه‌های ۱، ۲ و ۳ شهر تهران طی زمان اجرای پژوهش از اردیبهشت ماه تا مهر ماه ۱۳۸۹، تعداد ۴۱ نفر از این بیماران (مرد و زن) به عنوان نمونه به شیوه تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده و متناسب با حجم در گروه‌ها گماشته شدند. داده‌های مفقود مربوط به ۴ بیمار که پیش‌آزمون را تکمیل کردند اما روان‌درمانی گروه را به سرانجام نرساندند و ۲ بیمار که گروه درمانی را به سرانجام رساندند، اما پس‌آزمون را تکمیل نکردند به دلیل نداشتن اطلاعات لازم و ضروری کنار گذاشته شد و در نهایت حجم نمونه ۳۵ نفر بود. گروه‌های آزمایشی شامل یک گروه آزمایش مردان (۱۲ نفر)، یک گروه آزمایش زنان (۱۱ نفر) و یک گروه شاهد (۱۲ نفر) متشکل از دو جنس جای‌گزین شدند. مشارکت‌کنندگان ابزارهای پژوهش را قبل از اعمال مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و متعاقب آن چهار ماه بعد از پس‌آزمون تکمیل کردند. در بررسی‌های به عمل آمده مشخص شد که این شش مورد مفقود، ویژگی‌های برجسته‌ای نداشته‌اند که بتواند بر یافته‌های پژوهش اثر بگذارد. ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر عبارت بودند از:

- ۱- تشخیص منشاء پزشکی در معاینه پزشکی اولیه (در مقابل منشاء روان‌شناختی) برای درد؛ ۲- وجود آسیب‌شناسی روانی جدی (برای مثال، افکار خودکشی)، ۳- برخوردار بودن از تشخیص‌های مشکوک و نامعلوم و ۴- عدم توافق بیمار در مورد پروتکل درمانی. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- رنج بردن بیمار از کمردرد مزمن حداقل به مدت ۵ سال؛ ۲- حضور بیماران گروه‌های مداخله‌ای در تمامی جلسات روان‌درمانی گروهی (۸ جلسه)؛ ۳- تکمیل مقیاس‌ها

دست دادن شغل آنان می‌گردد [۹].

مدل‌های شناختی-رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطر بسیار مفیدند [۱۱،۱۰،۷،۶]. طبق مفروضه بنیادی مدل‌های شناختی-رفتاری، تفکرات و ادراک‌های بیماران، هیجانات و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهند [۱۲،۷]. فنون متعدد شناختی-رفتاری نظیر درمان شناختی برای افسردگی در مدیریت درد مزمن مورد استفاده هستند و از حمایت تجربی قوی برخوردارند [۱۴،۱۳،۶]. درمان شناختی رفتاری در مدیریت درد بر اصلاح جنبه‌های احساسی، عاطفی، شناختی و رفتاری تجربه درد تمرکز می‌نماید [۷]. پژوهش‌های حوزه درد نشان می‌دهند که مدل‌های شناختی رفتاری به شیوه گروهی در مدیریت درد و کاهش عوارض و پیامدهای منفی آن سهم ارزنده‌ای دارند [۱۶،۱۵،۷]. بر اساس پژوهش‌های مروری منظم، عوامل خطر روان‌شناختی / رفتاری و اجتماعی نسبت به عوامل خطر جسمی هم‌راه با آغاز اولیه درد، اثر میان‌جی بر سطوح فعالیت بیمار دارند و در پیدایش ناتوانی مرتبط با کمردرد مزمن مهم‌تر هستند [۱۹،۱۸،۱۷]. افسردگی با ایجاد بی‌احساسی، بی‌انگیزشی و خلق پایین عامل خطر مهمی در پیدایش و گسترش کمردرد مزمن است [۲۱،۲۰،۶]. رفع افسردگی به عنوان عامل خطر مهم به بهبود پیامدهای بالینی منجر می‌شود [۲۴،۲۳،۲۲]. درمان‌های شناختی-رفتاری با تکیه بر فنون مبتنی بر شواهد توان بالایی در کاهش و مهار افسردگی دارند [۷]. وکیلی و همکاران [۲۵] نشان دادند که درمان شناختی رفتاری مدیریت درد در کاهش افسردگی بیماران زن مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر است. مطالعات پولادی‌ریشهری و همکاران [۲۶] و اصغری‌مقدم و همکاران [۲۷] نیز نشان دادند که فنون درمان شناختی-رفتاری در کاهش عوامل خطر روان‌شناختی و بهبود درد مزمن مؤثر است. در واقع، درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی علاوه بر مقرون به صرفه بودن، درمان مؤثری برای بیماران مبتلا به درد مزمن فراهم می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی درمان

به اعضای گروه بود. در این مطالعه، روان‌درمانی شناختی-رفتاری به شیوه گروهی توسط یک نفر روان‌شناس بالینی/سلامت سطح دکتری صورت گرفت.

محتوی پروتکل درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی به ترتیب جلسات عبارت بود از: جلسه اول: الف- سنجش و اخذ شرح حال مشکلات فعلی و باورهای راه‌انداز در مورد کم‌درد و فعالیت؛ تعیین اهداف به گونه مشارکتی و تدوین برنامه آغاز فعالیت هدف؛ انتخاب ورزش‌ها و تمرین‌های جسمانی به طور مشارکتی و آموزش انجام آن‌ها؛ و بحث در مورد پیش‌رفت کار. ب- شناخت درد و فعالیت گروهی برای نشان دادن صدمه و آسیب؛ فهم علل توجهی درد مزمن؛ بحث در مورد تجربه گروه از درمان‌های جای‌گزین برای کم‌درد با استناد به شواهد پژوهشی و نیاز به خود‌مدیریتی درد. جلسه دوم: الف- مزایای ورزش و تمرین‌های جسمانی و بحث در مورد اثر بی‌حرکی یا تغییر فعالیت و چگونگی تأثیر این تغییرات بر درد (سندرم عدم استعمال)؛ بحث در مورد اثرات فعالیت/ ورزش؛ معرفی مدل عوامل نگه‌دارنده و تداوم‌دهنده کم‌درد مزمن به بیماران. ب- نوسانات درد و توضیح دادن چرخه بیش‌فعالی/کم‌فعالی و تناوب آن‌ها؛ استفاده از حرکات آهسته؛ حل مسأله گروهی برای یک تکلیف خاص و تکراری؛ برای مثال خم شدن برای بلند کردن چیزی بر روی زمین. جلسه سوم: الف- تعیین نقطه شروع ورزش‌ها یا فعالیت‌ها و توضیح چگونگی استفاده از موقعیت خط پایه. ب- چگونگی تعیین اهداف با استفاده از نظام SMART برای دستیابی به یک هدف مفروض در گروه؛ بازخورد به گروه در مورد چگونگی پیش‌رفت به سوی اهداف از مرحله سنجش؛ حل مسأله گروهی در مورد اهداف. جلسه چهارم: تفکرات و احساسات ناسودمند از جمله فاجعه‌سازی درد؛ رابطه تفکرات ناسودمند با رفتارهای مضر؛ شناسایی تفکرات ناسودمند، حل مسأله گروهی برای چالش با تفکرات ناسودمند. جلسه پنجم: بحث در مورد شیوه‌های آرام‌سازی و مزایای آن‌ها؛ تمرین چهار سبک آرمیدگی تنفس، تمرین تنش/آرمیدگی، آرمیدگی تصویری و آرمیدگی خودزاد. جلسه ششم: شروع مجدد

قبل و بعد از مداخله توسط تمامی آزمودنی‌ها؛ ۴- برخورداری از حداقل سه مورد سابقه ارجاع به متخصصان سلامت روان برای مدیریت درد توسط پزشکان معالج، ۵- پی‌گیری چهار ماه بعد از پس‌آزمون و ۶- امضای فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و پذیرش شرکت در درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی. رضایت آگاهانه برای پژوهش به صورت کتبی اخذ شد و ضوابط اخلاقی پژوهش از جمله حفاظت از آزمودنی‌های انسانی رعایت شد.

درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی متغیر مستقل پژوهش و نمرات پس‌آزمون و پی‌گیری در مقیاس افسردگی متغیر وابسته بود. آزمودنی‌ها به مدت ۸ هفته با پروتکل روان‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری تحت درمان قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها در ابتدای شروع پژوهش توسط پزشک معاینه شدند و از لحاظ شدت و مدت درد در ابتدای پژوهش تقریباً وضعیت مشابهی داشتند. هم‌چنین، تمامی بیماران داروی ضددرد مصرف می‌کردند که مقدار مصرف داروی آنان، مدت مصرف دارو طی شبانه روز و نوع داروی مصرفی آنان طی انجام پژوهش به استثنای ۴ مورد، بین مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون ثابت باقی مانده بود. در ۴ مورد از بیماران که طی فواصل پس‌آزمون- پی‌گیری، مقادیر دارویی و نوع دارو عوض شده بود و یا در پس‌آزمون دارویی مصرف نمی‌کردند بر اساس ملاحظات انجام گرفته خدشه‌ای بر نتایج مداخله وارد نمی‌شد. تمامی بیماران توسط پزشک برای درمان روان‌شناختی ارجاع داده شده بودند. داده‌ها طی روان‌درمانی گروهی ۸ هفته‌ای و پی‌گیری ۴ ماهه به‌دست آمد. مداخله درمانی در این مطالعه، درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بود که متشکل از ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و بر اصول آموزش آزمایشی مهارت‌های مدیریت کم‌درد هنسن، دایکن و لمب [۶] مبتنی بود. منطبق با راهنمای درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی برای کم‌درد مزمن، ساختار هر جلسه گروه‌درمانی، شامل چهار جزء تعیین دستورالعمل درمان، بازبینی تکالیف خانگی جلسات قبل و ارائه تکالیف خانگی برای جلسه بعد، ارائه موضوعات جلسه و راحتی دادن

مقیاس از طریق جمع نمره‌هایی که وی در هر عبارت به دست آورده است، حاصل می‌گردد. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس افسردگی DASS-42 در جمعیت غیربالیینی ۰/۹۱ [۲۸] و در جمعیت بالینی برابر با ۰/۹۶ است [۲۹]. ضرایب بازآزمایی مقیاس‌های پرسش‌نامه با فاصله زمانی دو هفته در نمونه‌ای ۲۰ نفری از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی بین ۰/۸۱ - ۰/۷۱ گزارش شد [۲۹]. روش تحلیل عاملی اکتشافی نیز ساختار سه عاملی مقیاس‌های DASS-42 را تأیید کرده است [۲۸، ۳۰]. با استفاده از یک نمونه غیربالیینی ایرانی (تعداد ۴۲۰ نفر) اعتبار سازه، اعتبار ملاکی، اعتبار هم‌زمان و پایایی نسخه بلند DASS-42 مورد بررسی قرار گرفته است [۳۱]. در نسخه فارسی DASS-42 در حالی که مقیاس استرس دارای ۱۴ عبارت است، مقیاس‌های افسردگی و اضطراب هر یک دارای ۱۲ عبارت است. در مطالعه اصغری مقدم و همکاران [۳۱] ضرایب هم‌سانی درونی و ضرایب بازآزمایی (با فاصله ۳ هفته) مقیاس افسردگی به ترتیب عبارت بود از: ۰/۹۳ و ۰/۸۴. علاوه بر این، هم‌بستگی درون طبقه‌ای بین دو بار اجرا برای مقیاس افسردگی برابر با ۰/۷۸ به دست آمد. تمام این یافته‌ها پایایی مطلوب مقیاس مذکور را نشان می‌دهند [۳۲] داده‌های پژوهش به کمک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از SPSS-16 تجزیه و تحلیل شد.

## نتایج

دامنه سنی آزمودنی‌ها ۳۰ تا ۵۰ سال با میانگین سنی ۳۹/۱۴ سال بود. از لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی ۱۰ نفر (۲۸/۶٪) دارای وضعیت بالا، ۱۱ نفر (۳۱/۴٪) دارای وضعیت متوسط و ۱۴ نفر (۴۰٪) دارای وضعیت پایین اجتماعی-اقتصادی بودند. از لحاظ شغل، ۷ نفر (۲۰٪) بیکار، ۱۳ نفر (۳۷/۱٪) دارای شغل پاره‌وقت-آزاد و ۱۵ نفر (۴۲/۹٪) دارای شغل تمام‌وقت بودند. عوامل درون‌گروهی شامل سه نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری و عوامل بین‌گروهی شامل یک گروه آزمایش مردان (۱۲ نفر)، یک گروه آزمایش زنان (۱۱ نفر) و یک گروه شاهد (۱۲ نفر) بود.

فعالیت‌ها یا سرگرمی‌ها و بحث در مورد فعالیت‌های راه‌انداز درد؛ توضیح چرخه ترس-اجتناب؛ حل مسأله گروهی برای خروج از چرخه ترس-اجتناب؛ تدوین اهداف خاص مرتبط با شروع فعالیت‌ها. جلسه هفتم: مدیریت تجربه آشفتگی و نگرانی حاصل از درد و توضیح دادن اثر توجه بر درد از طریق فعالیت گروهی؛ استفاده از چرخه گوش به زنگی برای ارتباط دادن تفکرات ناسودمند با رفتارهای مضر؛ حل مسأله گروهی برای خروج از چرخه گوش به زنگی؛ بحث در مورد استفاده از داروها، توجه برگردانی و دیگر فعالیت‌های جای‌گزین. جلسه هشتم: مدارا با شعله‌ور شدن درد و بحث در مورد عوامل تشدید درد؛ طرح‌ریزی برنامه خروج از دوره‌های تشدید درد؛ بازیابی موضوعات جلسات و سؤالات قبلی.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه داده‌های جمعیت‌شناختی و مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) بود.

پرسش‌نامه داده‌های جمعیت‌شناختی: بیماران با استفاده از یک پرسش‌نامه محقق ساخته اطلاعات خود را در مورد سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه درد، محل درد، درمان‌های دریافت شده برای درد، و نیز تعداد روزهایی که طی ۳ ماه گذشته نتوانسته‌اند به دلیل درد، کار و فعالیت‌های روزمره خود را انجام دهند، گزارش کردند.

مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): در این پژوهش از خرده‌مقیاس افسردگی مجموعه مقیاس‌های افسردگی اضطراب و استرس DASS-42 [۲۸] استفاده شد. این مقیاس‌ها از عبارات مرتبط با عواطف منفی/افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس افسردگی خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، لذت نبردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت شدت/فراوانی علامت مطرح شده، در عبارت مذکور را طی هفته گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰-۳) درجه‌بندی کند. هر یک از مقیاس‌های DASS-42 دارای ۱۴ عبارت است. نمره آزمودنی در هر

میانگین نمره‌های افسردگی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون به طور معناداری تغییر کرده است، در حالی که میانگین‌های گروه شاهد در سه مرحله تغییر معناداری ندارد. در گروه آزمایش مرد و زن میانگین افسردگی در پس‌آزمون و پی‌گیری بعد از مداخله کاهش یافته‌اند (جدول ۱). بررسی نتایج آزمون M باکس (۲۹/۵۶۸) در مورد تساوی ماتریس‌های کواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه هم‌گنی ماتریس واریانس- کواریانس برقرار است و ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده‌ی متغیرهای وابسته در تمامی گروه‌ها مساوی است ( $F(12, 4873/779) = 2/124, P = 0/013$ ) هم‌چنین، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود (برای پیش‌آزمون  $F(2, 32) = 0/294, P = 0/747$  برای پس‌آزمون  $F(2, 32) = 2/620, P = 0/088$ ) و برای پی‌گیری  $F(2, 32) = 4/009, P = 0/028$ ). بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون‌موردی اندازه‌گیری نمره افسردگی در ۳ بار متوالی و عامل بین‌موردی گروه (برای اثرات بین‌گروهی و تعامل) انجام شد که نتایج آن نشان داد اندازه‌گیری‌های نمره افسردگی در سه زمان تفاوت معناداری با هم دارند. به عبارتی، بین نمره‌های عامل افسردگی

(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در نشانه‌های افسردگی با میزان  $F(31, 2) = 43/684$  برای لاندای ویلکز تفاوت معناداری به دست آمد ( $P < 0/01$ ). هم‌چنین، بین نمره‌های عامل افسردگی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در نشانه‌های افسردگی با میزان  $F(62, 4) = 8/450$  برای لاندای ویلکز تعامل معناداری مشاهده شد ( $P < 0/01$ ). این نتایج بیانگر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در بهبود افسردگی است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پی‌گیری در مقایسه با پیش‌آزمون، در میزان افسردگی گروه‌های درمانی (آزمایش) به‌طور معناداری تغییر کردند. مجذور اتای  $0/738$  و  $0/353$  و نیز توان آماری  $0/99$  حاکی از دقت معناداری این تأثیرات هستند.

طبق نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره افسردگی در گروه‌های درمانی و شاهد، بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchly's Test) با  $P = 0/009$  برقراری شرط کرویت را، همان‌گونه که آماره‌های چند متغیره نیازمند رعایت کرویت نیستند، رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین‌هاس - گیشر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون عامل نمره افسردگی در ۳ بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون با میزان  $F(2) = 20/449$  وجود تفاوت معنادار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را تأیید می‌کند ( $P < 0/01$ ).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سه بار اندازه‌گیری نمره افسردگی در گروه‌های آزمایش و شاهد

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	آزمایش مردان	۱۲	۶/۴۷۳	۲۰/۵۸	۱۰/۸۳	۲/۶۹۱	۱۲/۵۸	۳/۵۰۲
	آزمایش زنان	۱۱	۵/۸۸۹	۲۳/۰۹	۱۲/۱۸	۳/۱۸۸	۱۲/۸۱	۲/۹۲۶
	شاهد	۱۲	۵/۵۹۴	۲۶/۷۵	۲۶/۳۳	۷/۲۰۲	۲۵/۰۸	۷/۳۱۶
	کل	۳۵	۶/۳۷۷	۲۳/۴۸	۱۶/۵۷	۸/۵۷۹	۱۶/۹۴	۷/۷۰۷

شناختی-رفتاری به شیوه گروهی در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر بوده

## بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج پژوهش حاضر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش افسردگی گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه شاهد شده است. این نتیجه در پژوهش‌های قبلی [۳۵،۳۴،۲۵،۳۳] با روش‌های متفاوت بررسی و نیز با نمونه‌های متعددی گزارش شده است. با توجه به این که در مطالعات قبلی، تاثیر شیوه گروهی به کاهش افسردگی مبتلایان به کمردرد نشان داده شده است. جنبه جدید بودن این مطالعه استفاده از مدل گروهی درمان متناسب شده شناختی-رفتاری درد مزمن، استفاده از گروه شاهد برای مقایسه تأثیرات مداخله، بررسی افسردگی به عنوان یک متغیر پیامد مهم و توجه به نقش آن در بهبودی از درد مزمن، پی‌گیری اثرات مداخله و نیز مطالعه‌ای جدید بر روی یک نمونه داخلی بوده است. پژوهش‌های قبلی تقریباً از چنین جنبه‌های مفیدی کم‌تر برخوردار بوده‌اند. این پژوهش نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی-رفتاری، افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن را کاهش می‌دهند. چندین تبیین احتمالی برای کارآیی درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن وجود دارد. همان‌طور که اشاره شد تجربه درد عامل اصلی ایجاد افسردگی در بیماران مبتلا به کمردرد نیست، بلکه عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری به خصوص نظام باورهای بیمار و نگرش‌های او در مورد درد و مهار آن بیش از عوامل فیزیولوژیکی و جسمی با بروز افسردگی و تداوم آن در این دسته از بیماران مرتبط است. تفکرات ناسودمند، تفسیر غیرانطباقی از درد، تحریف‌های شناختی راجع به درد نظیر فاجعه‌سازی درد، تعمیم‌دهی افراطی و ترس از انجام فعالیت‌ها و اجتناب‌های شناختی-رفتاری مرتبط با شرایطی که احتمال درد می‌رود، استفاده از راه‌بردهای مقابله‌ای منفی و احساس عدم کنترل بر درد عواملی هستند که بیش از تجربه صرف درد منجر به احساس درمان‌دگی و افسردگی این بیماران می‌گردند.

هم‌چنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در نشانه‌های افسردگی با میزان  $F(1) = 62/944$  تفاوت معناداری به دست آمد ( $P < 0/01$ ). هم‌چنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در نشانه‌های افسردگی با میزان  $F(3) = 12/477$  تعامل معناداری مشاهده شد ( $P < 0/01$ ). این نتایج بیانگر این است که درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی در بهبود افسردگی اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس‌آزمون به پی‌گیری اثر نداشته است. بنابراین، آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پی‌گیری در مقایسه با پیش‌آزمون، در میزان افسردگی گروه‌های درمانی (آزمایش) به‌طور معناداری تغییر کردند. مجذور اتای  $0/663$  و  $0/438$  توان‌های آماری ۱ و  $0/97$  حاکی از دقت معناداری در این روابط هستند.

به دنبال معنادار شدن تفاوت ۳ نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه‌های آزمایش ( $P < 0/01$ )، بررسی دو به دو تفاوت معنادار بین سه نمره مرحله‌ی قبل از مداخله، بعد از مداخله و چهار ماه بعد، بین دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد از طریق مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها «I-J») با آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در سطح  $P < 0/05$  میانگین‌های گروه آزمایش مردان و گروه شاهد ( $I-J = 11/388$  و  $Sig = 0/001$ ) و میانگین‌های گروه آزمایش زنان و گروه شاهد ( $I-J = 10/25$  و  $Sig = 0/001$ ) به‌طور معناداری متفاوت بود و در بقیه مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت میانگین بین گروه آزمایشی مردان و زنان معنادار نبود ( $I-J = 1/363$  و  $Sig = 0/790$ ). تفاوت میانگین افسردگی سه گروه طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه شده است (شکل ۱).

تفاوت میانگین افسردگی در سه گروه طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد که میانگین افسردگی در دو گروه آزمایش مردان و زنان در مقایسه با گروه شاهد در دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معناداری یافته است. بدین معناست که درمان

تداوم‌دهنده اثرات این درمان‌ها در کاهش خلق افسرده و غم‌ناک بعد از درمان است. بنابراین، می‌توان استدلال نمود که توجه به هیجانات و نگرش‌های منفی راه‌انداز خلق افسرده هم‌راه با تقویت رفتارهای فعال و کارآمد فرد افسرده در جهت افزایش خودکارآمدی او در درمان شناختی- رفتاری، تغییر شناخت‌های ناکارآمد وی را به هم‌راه دارد که در نهایت منجر به تغییر خلق ناشاد به خلق متعادل می‌گردد.

پژوهش‌های انجام گرفته تقریباً به‌طور هم‌راستا بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش آشفتگی روان‌شناختی نظیر افسردگی و در نهایت بهبود درد مزمن تأکید دارند. همان‌گونه که سلا [۳۳] اشاره نمود درمان شناختی- رفتاری سطح افسردگی را کاهش می‌دهد. مک کراکن و تورک [۳۷] در پژوهشی دیگر نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راه‌بردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌گردد. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مورلی، اکلستون و ویلیامز [۳۸] نیز نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در رفع عواطف ناخوشایند و بهبود پیامدهای درد کارآمد و اثربخش است. هم‌چنین، اسپکنز و همکاران [۳۹] نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری در حالت گروهی در بهبود باورهای غیرمنطقی و سطح افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مؤثر است. در واقع، این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد که بر کارایی و اثربخشی درمان شناختی- رفتاری درد مزمن در کاهش افسردگی تأکید دارند.

نتایج نهایی حاکی از آن بود که در مجموع درمان شناختی- رفتاری در بهبود افسردگی بیماران دچار کم‌رود مزمن اثربخش است و باعث کاهش افسردگی در آنان شده است. این نتیجه برای موقعیت‌های آموزشی و بالینی دارای پیامدهای کاربردی است. این بررسی با محدودیت‌هایی انجام گرفته است. ملاک‌های خاص ورود به پژوهش تعمیم نتایج به افراد خارج از پژوهش را با مشکل مواجه می‌سازد. عدم برخورداری گروه شاهد از جلسه‌های مشاوره معمولی به

در نهایت، کاهش توانایی در انجام وظایف و نقش‌های اجتماعی به دلیل استمرار درد هم‌راه با احساس عدم کنترل بر درد منجر به پیدایش افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌گردد. از آن‌جا که هدف درمان‌های شناختی- رفتاری کمک به بیماران برای دستیابی به برداشت منطقی از درد و نیز درک درستی از توانایی‌شان در کنترل درد است، نقش سودمندی در درمان افسردگی هم‌بود با درد خواهد داشت. هم‌چنین، به کمک درمان‌های شناختی- رفتاری بسیاری از تحریف‌های شناختی مرتبط با تجربه درد نظیر فاجعه‌سازی درد، عدم کفایت در کنترل درد، پیش‌گویی‌های منفی و خودکامروابخش می‌توانند مورد هدف درمان قرار گرفته و اصلاح یا تعدیل شده و به‌طور آرمانی به کلی تغییر یابند. از این گذشته، از آن‌جا که هدف دیگر درمان‌های شناختی- رفتاری به خصوص در حالت گروهی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فعال و حل مسأله در مدیریت درد مزمن و بهبود افسردگی است، لذا مهارت یافتن بیماران در این دو دسته مهارت به‌واسطه درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی منجر به افزایش احساس کنترل درد، کاهش افکار ناکارآمد و افزایش احساس کفایت در بیمار می‌گردد که در نهایت افسردگی این بیماران را کاهش می‌دهد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تأثیر فعال‌سازی رفتاری (Behavioral activation) بر کاهش افسردگی نیز اشاره نمود. فعال‌سازی رفتاری به عنوان جوهره درمان‌های شناختی- رفتاری تحت تأثیر آموزش‌های روانی نظیر آموزش آرمیدگی، آموزش چرخه فعالیت- استراحت و آموزش راه‌بردهای مقابله فعال قرار می‌گیرد و از آن‌جا که بیمار یاد می‌گیرد به جزء جزء رفتارهای سودمند خود توجه نماید و به آن‌ها ارزش بدهد، بدون تردید سیمایه‌های منفی افسردگی با افزایش رفتارهای سودمند بیمار و بهبود نگرش او به تدریج محو خواهد شد. در تبیینی دیگر در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش عود افسردگی در مرحله پی‌گیری دابسون و همکاران [۳۶] معتقدند که وجود مؤلفه مهم فعال‌سازی رفتاری هم‌راه با درمان‌های شناختی نسل سوم عامل کاهش افسردگی در ابتدای درمان و نیز عامل

epidemiology and cost of back pain. London: HMSO; 1994. P. 103.

[5] Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG. Psychiatric illness and chronic low-back pain. the mind and the spine—which goes first? *Spine* 1993; 18: 66-71.

[6] Hansen Z, Daykin A, Lamb SE. A cognitive-behavioural programme for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in the Back Skills Training Trial. *Physiotherapy* 2010; 96: 87-94.

[7] Rahimian Boogar I. Clinical health psychology: manual of prevention, formulation and treatment for health psychologists, clinical psychologists and physicians. Tehran Danjeh Public 2009; P. 45-73. (Persian).

[8] Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 678-690.

[9] Braddom RL, Buschbacher RM, Dumitra D. Physical medicine rehabilitation. Vol 2. Philadelphia: W.B. Saunders. 2004; P. 11-19.

[10] Sanders SH. Operant conditioning with chronic pain: Back to basics. In D.C. Turk & R.J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management* (2nd ed). New York: Guilford Press. 2002; P. 124.

[11] Magnussen L, Rognsvag T, Tveito TH, Eriksen HR. Effect of a brief cognitive training programme in patients with long-lasting back pain evaluated as unfit for surgery. *J Health Psychol* 2005; 10: 233-243.

[12] Beck JS. Cognitive therapy, basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995; P. 18-34.

[13] Gatchel RJ, Turk DC. Interdisciplinary treatment of chronic pain patients. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: Guilford Press. 1999; P. 100-231.

[14] Turk DC. Management of pain: Best of times, worst of times? *Clin J Pain* 2001; 17: 107-109.

[15] Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or suboptimal option? *Behav Cogn Psychother* 2001; 29: 311-332.

[16] Vlaeyan JW, de Jong J, Sieben J, Crombez G. Graded exposure in vivo for pain-related fear. In D. Turk, R.J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. (2nd ed.). New York: Guilford Press. 2002; P. 65-72.

[17] 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: E109-120.

[18] Bakker EW, Verhagen AP, van Trijffel E, Lucas C, Koes BW. Spinal mechanical load as a risk factor for low back pain: a systematic review of prospective cohort studies. *Spine* 2009; 34: 281-293.

[19] Waddell G. The back pain revolution. Oxford: Churchill Livingstone; 2004;

[20] Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: Relations with current and future disability and work status. *Pain* 2001; 94: 7-15.

[21] Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP. Fear avoidance and prognosis in back pain – a systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 3999-4010.

[22] Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychol Bull* 1996; 119: 95-110.

[23] Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression: toward a cognitive behavioral mediation model. *Pain* 1988; 35: 129-140.

[24] Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995; 61: 93-101.

[25] Vakili N, Neshat Dost HT, Asghari K, Rezaei F, Najafi MR. The effect of cognitive-behavioral pain management group therapy on depression of the women with chronic low back pain. *J Clin Psychol* 2009; 1: 11-19. (Persian).

[26] Poladi Rishari A, Najarian B, Shokrkon H, Mehrabzadeh Honarmand M. Effectiveness of cognitive therapy, relaxation training, behavioural training on improvement of chronic low back pain in man teachers of Ahvaz. *J Educ Psychol* 2000; 3: 49-72. (Persian).

منظور حذف اثر پلاستیسیته گروه‌درمانی از دیگر محدودیت‌ها است که در واقع این امر چاره‌ناپذیر بود و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به این موضوع توجه شود تا بتوان یافته‌ها را مطمئن‌تر به عامل روان‌درمانی نسبت داد. هم‌چنین استفاده از یک مقیاس خودگزارشی برای سنجش افسردگی نوعی محدودیت بوده است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های آمیخته کمی/کیفی استفاده شود تا نتایج پربارتری حاصل آید. پیشنهاد می‌شود رویکردهای درمانی دیگر نیز در این زمینه مورد بررسی قرار گیرند تا امکان مقایسه اثربخشی رویکردها در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن فراهم گردد. هم‌چنین، بررسی‌های آزمایشی بر دیگر آشفتگی‌های روان‌شناختی-رفتاری توأم با کم‌درد مزمن انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود موضوع پیش‌گیری از افسردگی و هم‌چنین پیش‌گیری از عود آن در بین بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن بیش‌تر مورد توجه پژوهش‌گران و متخصصان بالینی قرار گیرد تا بدین نحو بتوان تصمیمات مناسبی اتخاذ کرد و در جهت رفع مشکلات اقدامات مداخله‌ای مناسب را انجام داد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش با مشارکت بیماران سرپایی مبتلا به کم‌درد در درمانگاه‌های مناطق ۱، ۲ و ۳ شهرداری تهران انجام گرفته است. از مسئولین و اعضای محترم درمانگاه‌ها، همکاران اجرایی و سایر بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

## منابع

- [1] Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84: 95-103.
- [2] Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, et al. How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005; 19: 541-555.
- [3] Asghari-Moghadam M. Prevalence rate of recurrent and constant chronic pain and effects on social performance and life in staffs of great industrial units in tehran. psychometric characteristics of the depression anxiety stress scales (DASS) in patients with chronic pain. *J danesh raft* 2003; 4: 1-14. (Persian).
- [4] Coyle D, Richardson G. The cost of back pain. clinical standards advisory group (CSAG). *Epidemiology review: the*

- [34] Skidmore J, Mckee K, Pither C. Cognitive-behavioural approaches treatment outcomes and gender in chronic low back pain: results of a multidisciplinary pain management program. *Pain* 2004; 5: 90- 98.
- [35] Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: A critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 205-215.
- [36] Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, chmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 468-477.
- [37] McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: Outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine* 2002; 27: 2564-2573.
- [38] Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
- [39] Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: A randomised controlled trial. *BMJ* 1995; 311: 1328-1332.
- [27] Asghari-Moghadam M, Bisadi Z, Partoy S, Haidari S, Rezaei M, Zekri M, et al. The role of strategies and coping effectiveness in experience of pain in mammography. *J Psychol* 2005; 9: 366-386. (Persian).
- [28] Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33: 335-343.
- [29] Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlowv D. Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther* 1997; 35: 79-89.
- [30] Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. The utility of the short version of the depression anxiety stress scales (DASS-21) in elderly patients with persistent pain: does age make a difference? *Pain Med* 2010; 11: 1780-1790.
- [31] Asghari-Moghadam M, Mehrabian N, Pak Nejad M, Saed F. Psychometric characteristics of the depression anxiety stress scales (DASS) in patients with chronic pain. *J Educ Psychol* 2010; 40: 13-42. (Persian).
- [32] Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. 3rd ed. New York: Mc Graw-Hill. 1994.
- [33] Sela RA. *Chronic low back pain and cognitive-behavioural therapy* [dissertation]. Canada: University of Alberta; 1990.

# Effect of cognitive-behavioral group therapy on depression of the patients with chronic low back pain: A 4-months follow up

Isaac Rahimian Boogar (Ph.D)<sup>\*1</sup>, Maryam Tabatabaeian (Ph.D)<sup>2</sup>

1 - Dept. of Clinical Psychology, School of educational and psychology, Semnan University, Semnan , Iran

2- Students counseling center, Art University, Tehran, Iran

(Received: 09 Jan 2011 Accepted: 04 Sep 2011)

**Introduction:** Various researches showed that depression is a key modifiable risk factor in maintaining of low back pain. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression reduction of the patients with chronic low back pain.

**Materials and Methods:** In an experimental study including pre-test, post-test, and following up the control group, thirty-five patients with diagnosis of low back pain compliance randomly selected in clinical centers of one, two and three regions of Tehran and randomly assigned to two experimental groups and one control group. All subjects completed depression subscale of the depression anxiety stress scales (DASS) in three phases of pre-test, post-test and follow-up. Cognitive-behavioral group therapy carried out on the experimental groups 8 sessions once a week.

**Results:** The results of variance analysis with repeated measurements showed that cognitive-behavioral group therapy significantly reduced the depression mean scores of the experimental groups as compared to the control group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the findings, cognitive-behavioral group therapy is an effective method in decreasing depression in patients with chronic low back pain.

**Key words:** Low back pain, Cognitive therapy, Depression

---

\* Corresponding author: Fax: +98 98 232 3625554; Tel: +98 98 232 3623300  
eshaghrhimian@yahoo.com