

مقایسه اثربخشی دو مدل درمانی کم‌درد: درمان مبتنی بر مشارکت
همسر بیمار در مقایسه با درمان بیمار به تنهایی

Comparing Two Chronic Low Back Pain Intervention Models:
Spouse-Assisted vs. Patients-Oriented

M. Abbasi, M.S.

مریم عباسی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران

M. Dehghani, Ph.D. ✉

دکتر محسن دهقانی ✉

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

H. Jafari, Ph.D.

دکتر حسن جعفری

استادیار دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

H. Behtash, M.D.

دکتر حمید بهتاش

جراح و فوق تخصص ستون فقرات، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

J. Shams, M.D.

دکتر جمال شمس

روان‌پزشک مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه شهید بهشتی

L. Panaghi, Ph.D.

دکتر لیلی پناغی

استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۰/۲/۱۰

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۱/۲/۱۷

پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲۷

چکیده

Abstract

This study examined the comparative efficacy of a Spouse-Assisted Coping Skills Training protocol for patients undergoing a Multidisciplinary Pain Management Program (SA-MPMP) with conventional Patient-oriented Multidisciplinary Pain Management Program (P-MPMP).

این مطالعه اثربخشی مقایسه‌ای دو درمان زوج محور و بیمار محور را در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ۲۴ بیمار مبتلا به کم‌درد مزمن و همسرانشان به طور تصادفی در دو گروه درمانی مذکور جایگزین شدند. بیماران در گروه درمان زوج محور همراه با همسر خود در

✉Corresponding author: Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Tel: 021-22431814
Email: m.dehghani@sbu.ac.ir

✉نویسنده مسئول: تهران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی
تلفن: ۰۲۱۲۲۴۳۱۸۱۴
پست الکترونیکی: m.dehghani@sbu.ac.ir

24 married low back pain patients and their spouse were randomly assigned to each of the three conditions.

Patients in SA-MPMP together with their spouses, attended 7 weekly, 2-h group sessions of training in dyadic pain coping and couple skills which were delivered by a multidisciplinary team. Patients in P-MPMP condition received aforementioned trainings without their partner's participation and assistance. Data analysis revealed that SA-MPMP had significant improvements in Kinesiophobia and perceived negative spouse response to activity compared to P-MPMP. An intervention that combines spouse-assisted coping skills training with a multidisciplinary program can improve fear of movement and perceived spouse response in patients suffering from chronic low back pain.

Keywords: Randomized; Controlled trial; Low back pain; Spouse assisted coping skills training; Multidisciplinary.

جلسات هفتگی دو ساعته به مدت هفت هفته مشارکت کرده و آموزش‌هایی را پیرامون روش‌های مقابله با درد به شیوه دو نفره و مهارت‌های برقراری ارتباط حین درد دریافت کردند. بیماران در گروه بیمارمحور مهارت‌های مذکور را بدون حضور همسر و به صورت انفرادی دریافت کردند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد، گروه دریافت‌کننده مداخله زوج محور به طور معناداری در مقایسه با گروه بیمارمحور در ترس از حرکت و آسیب و پاسخ منفی همسر به فعالیت بهبود بیشتری داشته‌اند. می‌توان گفت درمان بین‌رشته‌ای که حضور همسر را به طور فعال ترغیب کند در بهبود برخی شاخص‌های مرتبط با بیمار نتیجه‌بخش خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: کمردرد مزمن، برنامه بین‌رشته‌ای، مشارکت همسر، مهارت‌های مقابله با درد

مقدمه

درمان مؤثر کمردرد به عنوان یکی از شایع‌ترین دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی، اکنون به مداخله‌ای بین‌رشته‌ای تبدیل شده، که در آن بر سهم عوامل روانی و اجتماعی به طور روزافزونی تأکید می‌شود (ودل، ۱۹۸۷). برای بسیاری از بیماران مبتلا به کمردرد، همسر منبع اصلی ارائه کمک و حمایت هیجانی تلقی می‌شود (گیسر، کانو و لئونارد، ۲۰۰۵). چنانچه این منبع حمایتی دچار ضعف باشد با پیامدهای منفی در سلامت جسمی - روانی بیمار همراه خواهد بود (کانو، گیلز، هینز، گیسر و فوران، ۲۰۰۴). به علاوه، نقش همسر بیمار در شکل‌گیری و تداوم درد مزمن نشان داده شده است (آهرن، آدامز و فولیک، ۱۹۸۵). این موارد در مجموع، ضرورت وارد کردن همسر بیمار را در مداخلات موجود آشکار می‌سازد (مرتایر، شولز، کیف و رودی و استارز، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸).

مطالعات نشان می‌دهند که وارد کردن همسر در مداخله می‌تواند در بهبود برخی شاخص‌ها در مبتلایان به اوستئو آرتروز مؤثر باشد (کیف، پورتر و لبن، ۲۰۰۶). برای مثال، کیف و همکاران (۲۰۰۴) اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های مقابله (با درد) با کمک همسر (SA-CST^۱) را با برنامه آموزش مهارت‌های مقابله معمول (با محتوای مشابه ولی بدون حضور همسر) مقایسه کردند. محتوای دو برنامه مشابه بود اما بیماران حاضر در گروه نخست و همسران تمرین‌های مربوط به مقابله با درد را به طور مشترک می‌آموختند و تمرین می‌کردند. نتایج نشان دادند، بیمارانی که SA-CST را دریافت کرده بودند پیشرفت بیشتری نسبت به بیماران حاضر در گروه CST در مقابله با درد و خودکارآمدی داشتند. در مطالعه دیگر، کیف و همکاران (۲۰۰۴) بعد تمرین‌های جسمانی (ET^۲) را به SA-CST افزود و تأثیر آن را با SA-CST به تنهایی، ET به تنهایی، و مداخله دارویی استاندارد (SMC^۳) مقایسه کرد. نتایج نشان دادند، علاوه بر بهبود خودکارآمدی بیمار و پیشرفت او در مقابله با درد، جزء تمرین جسمانی اضافه شده به SA-CST آمادگی جسمانی بیمار را فراتر از SA-CST ارتقا می‌بخشد. محققین به این نتیجه رسیدند که مداخله آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در ترکیب با تمرین آمادگی جسمانی می‌تواند به بیمار کمک کند. بنابراین رویکرد زوج‌محور به مداخلات بین‌رشته‌ای کمردرد، می‌تواند بر زوجین مؤثر بوده و به عنوان پیامد آموزش هر دو طرف درباره کمردرد و ارزش نهادن به تجارب آن‌ها در مواجهه با بیماری، توانایی آن‌ها را در مقابله با درد افزایش دهد.

جمعیت مورد مطالعه در پژوهش‌های موجود با انواعی از درد مواجه بودند که با ناتوانی کمتری در بیمار همراه است. بنابراین، شواهدی در این‌باره که SA-CST در بهبود شاخص‌های روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به دردهای مزمن ناتوان‌کننده مانند کمردرد مزمن و همسران مؤثر است، تا کنون وجود نداشته است. به علاوه هیچ مطالعه‌ای وجود ندارد که نشان دهد SA-CST می‌تواند پیامدهای درمانی مداخله بین‌رشته‌ای مورد نیاز برای دردهای ناتوان‌ساز را ارتقا بخشد. بر این اساس هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی برنامه مداخله‌ای SA-CST برای بیماران مشارکت‌کننده در درمان بین‌رشته‌ای کنترل درد (SA-MPMP^۴) می‌باشد. به علاوه، رابطه تغییرات به وجود آمده در متغیرهای سنجش فرایند درمان (یعنی متغیرهای ترس از حرکت، پاسخ همسر، و رضایت زناشویی) و متغیرهای سنجش پیامد (یعنی، آزمون عملکرد، شدت درد، ناتوانی و افسردگی-اضطراب-استرس) تحت تأثیر مداخلات ارائه شده نیز در دو گروه بررسی خواهد شد. SA-MPMP اطلاعات آموزشی پیرامون کمردرد مزمن و مهارت‌های مقابله با درد را با رویکردی شناختی رفتاری به زوجین ارائه می‌دهد. زوجین به اتفاق یکدیگر در جلساتی شرکت می‌کنند که هم به مسائل و نیازهای بیمار و هم به نیازهای همسر و رابطه دو نفره می‌پردازد و تمرین‌های مقابله با درد به طور مشترک انجام می‌شود. به علاوه، برمبنای نیازهای کلی و خاص، جلسات فردی و گروهی با حضور

جراح ارتوپد، فیزیوتراپیست، و روان‌پزشک برگزار می‌شود. اثربخشی SA-MPMP در مقایسه با مداخله بین‌رشته‌ای متمرکز بر بیمار (P-MPMP)^۵ بررسی شده است. مداخله اخیر، محتوای آموزشی مشابه با SA-MPMP را دارد، با این تفاوت که مطالب ارائه شده در آن تنها بر بیمار متمرکز شده، همسر بیمار در آن مشارکت ندارد. در مطالعه حاضر فرض شده SA-MPMP نسبت به P-MPMP به پیامدهای روانی - اجتماعی مطلوب‌تری در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن و همسرانشان منجر خواهد شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

شرکت‌کنندگان در این پژوهش را بیماران مبتلا به کمردرد مراجعه کننده به کلینیک فیزیوتراپی دانشکده بهزیستی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و یک مطب خصوصی ارتوپدی تشکیل می‌دادند. ثبت‌نام بیماران در یک دوره ۳ ماهه (اردیبهشت تا تیر ماه ۱۳۸۸) صورت گرفت. بیماران ۱۸ تا ۷۰ ساله که کمردرد آن‌ها بیش از ۶ ماه طول کشیده باشد واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند. معیارهای خروج عبارت بودند از: الف) درد در اثر ابتلا به بیماری‌هایی مثل سرطان و آرتروز، یا شکستگی مهره‌ها، بیماری‌های التهابی یا عفونت، آسیب در ریشه عصبی؛ ب) بارداری، ج) بیماری روماتوئیدی فعال. با توجه به پیشینه پژوهش و به دلیل محدودیت پژوهشگر، ملاک ورود و خروجی برای همسر بیمار در نظر گرفته نشد. در مجموع ۲۴ بیمار در مطالعه وارد شدند، و به طور تصادفی به دو گروه وارد شدند. از گروه SA-MPMP سه آزمودنی (دو نفر پیش از شروع درمان و یک نفر حین درمان و در جلسه چهارم) از مطالعه خارج شدند. در گروه P-MPMP ریزش نمونه وجود نداشت. مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت. به علاوه، شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه اخلاقی را مطالعه و امضا کردند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه علاوه بر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، طول مدت ازدواج، و تعداد فرزندان، موارد دیگری را نظیر تاریخ شروع درد، کیفیت درد، سابقه عمل جراحی و بستری شدن در رابطه با کمردرد، میزان مصرف دارو، تغییر شدت درد بعد از مصرف دارو، علت کمردرد، درمان‌های قبلی، و اقدامات تشخیصی صورت گرفته برای کمردرد (مثل ام آر آی، رادیوگرافی و اسکن استخوان) را نیز مورد بررسی قرار می‌داد.

پرسشنامه‌های سنجش پیامد درمان (RDQ): این پرسشنامه که توسط رولاند و موریس (۱۹۸۳) ساخته شده، شامل ۲۴ آیتم می‌باشد که به بیان حالات شخص می‌پردازد. از فرد آزمودنی

خواسته می‌شود جلوی جملاتی که توصیف‌کننده حالت امروز اوست علامت بزند. به ازای هر جمله علامت زده نمره یک و به ازای هر جمله علامت زده نمره صفر به فرد داده می‌شود. نمره نهایی فرد بین ۰ تا ۲۴ می‌باشد که نشان‌دهنده میزان ناتوانی است که درد در حال حاضر برای فرد ایجاد کرده است. این پرسشنامه ویژگی‌های سایکومتریک قابل قبولی دارد (دهقانی، شارپ و نیکلاس، ۲۰۰۳). ضریب آلفای نسخه فارسی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است (خطیبی، ۱۳۸۷). ضریب آلفای این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس دیداری شدت درد (VAS): یک مقیاس درجه‌بندی شده است که از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری شده و از فرد خواسته می‌شود تا شدت درد ادراک شده را بر روی محور به صورت دیداری علامت بزند. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر درد است. از فرد خواسته می‌شود میزان درد حال حاضر را بر روی محور مشخص نماید (ترک و ملزاک، ۲۰۰۱). این مقیاس در پژوهش‌های متعددی به کار رفته است (بلامی، کمپل و سایروتویک، ۱۹۹۹؛ بنیم و همکاران، ۲۰۰۷).

پرسشنامه‌های سنجش فرایند درمان (DASS): این مقیاس که توسط لووی بوند و لووی بوند (۱۹۹۵) ساخته شده شامل ۴۲ مورد می‌باشد که با مقیاس لیکرتی ۴ نقطه‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های حاصل از هر ۱۴ آیتم معرف یکی از سه سازه استرس، اضطراب و افسردگی است که به تفکیک نشان‌دهنده نمره آزمودنی در هر یک از این سازه‌هاست. آلفای کرونباخ ارائه شده خرده‌مقیاس استرس ۰/۹۰، برای خرده‌مقیاس اضطراب ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۹۱ گزارش شده است (بوستون و شارپ، ۲۰۰۵). ضریب آلفای زیرمقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی نسخه فارسی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ بود (خطیبی، ۱۳۸۷). ضریب آلفای زیرمقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۶۹ و ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس ترس از حرکت تمپا (TSK): این مقیاس که توسط کوری و میلر (۱۹۹۰) ساخته شده دارای ۱۷ ماده است که با مقیاس لیکرتی ۴ نمره‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. آیتم‌های ۴، ۸، ۱۲ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترس آزمودنی از حرکت به دلیل ادراک درد است. آلفای کرونباخ ارائه شده ۰/۸۰ می‌باشد (رونلوفز، پیتروزو ولاین، ۲۰۰۳). ضریب پایایی آلفای کرونباخ نسخه فارسی این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است (خطیبی، ۱۳۸۷). ضریب آلفای این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۵۷ به دست آمد.

سیاهه پاسخ همسر (SRI): این ابزار توسط شوارتز، جنسن، و رومانو (۱۹۹۶) برای ارزیابی همسر به رفتارهای درد و نیز رفتارهای مناسب بیمار پدید آمده است. قسمت اول شامل دو زیرمقیاس است که پاسخ‌های توأم با دلواپسی و منفی دیگران را به تظاهرات درد بیمار می‌سنجد. قسمت دوم، دو زیرمقیاس تسهیل‌کننده و منفی دیگران مهم را به رفتارهای مناسب مثل فعالیت

بیمار می‌سند. این مقیاس از اعتبار و پایایی قابل قبولی (پایایی درونی بالاتر از ۰/۸۰ برای همه زیرمقیاس‌ها، پایایی آزمون - بازآزمون از ۰/۷۳ تا ۰/۸۴) برخوردار است. ضریب آلفای این مقیاس در پژوهشی که توسط محقق روی نمونه‌ای ۷۴ نفری به طور هم‌زمان اجرا شد به دست آمد (پاسخ منفی به رفتار درد، ۰/۷۶؛ واکنش توام با دلواپسی به رفتار درد، ۰/۹۳؛ واکنش تسهیلگرانه به فعالیت، ۰/۸۸؛ واکنش منفی به فعالیت؛ ۰/۸۳). به علاوه پایایی آزمون - بازآزمون هر یک از زیرمقیاس‌های مذکور به ترتیب، ۰/۷۰، ۰/۶۶، ۰/۷۶، ۰/۵۲ به دست آمد. ضریب آلفای زیرمقیاس‌های مذکور در مطالعه حاضر نیز به ترتیب، ۰/۵۳، ۰/۹۱، ۰/۹۵ و ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی (MAT) (لاک و والاس، ۱۹۵۹؛ به نقل از مظاهری، زیرچاپ):

این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارشی کوتاه است که به منظور اندازه‌گیری کارکرد ازدواج طراحی شده و رایج‌ترین ابزار اندازه‌گیری به کار برده شده در این زمینه می‌باشد. این پرسشنامه با ۱۵ ماده نشان می‌دهد تا چه حد پاسخ‌دهنده با همسر خود در خصوص تعدادی از فعالیت‌هایی که در سازگاری زناشویی نقش بنیادین دارند، موافق است (هریس و وستویس، ۱۹۸۹؛ به نقل از مظاهری، حیدری و پوراعتقاد، ۱۳۸۱). مقیاس بایستی به وسیله هر یک از زوجین به طور جداگانه تکمیل شود و بدین ترتیب امکان اندازه‌گیری کلی سازگاری زناشویی بر پایه ادراک بین‌فردی از روابط زناشویی را فراهم می‌آورد. گستره نمرات این آزمون می‌تواند از ۲ تا ۱۵۸ باشد که نمرات پایین نارضایتی و نمرات بالا رضایت را نشان می‌دهند و نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ نشان‌دهنده تنیدگی در روابط زناشویی است. میانگین نمرات سازگاری زناشویی لاک و والاس در ادبیات روان‌شناختی به عنوان ابزاری معتبر برای اندازه‌گیری رضایت از ازدواج شناخته می‌شود (کلمن و میلر، ۱۹۷۵؛ به نقل از مظاهری، ۱۳۸۱). MAT با کاربرد روش دو نیمه کردن پایایی بسیار بالا (۰/۹۰) را نشان داده است. همچنین این آزمون با ایجاد تمایز واضح و آشکار بین همسرانی که به خوبی سازش یافته‌اند و آن‌هایی که در زناشویی خود دچار تنیدگی هستند، اعتبار بسیار بالایی را نشان داده است. اعتبار و روایی MAT توسط گراس و شارپلی (۱۹۸۱؛ به نقل از مظاهری و همکاران، ۱۳۸۱) مجدداً واری و تأیید شد. آلفای کرونباخ این مقیاس توسط صادقی (زیر چاپ) ۰/۸۲ و اعتبار آزمون - بازآزمون آن ۰/۵۴ گزارش شده است. ضریب آلفای این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

شیوه اجرا

بسته‌های اجرای مداخله (زوج‌محور و بیمارمحور) مورد استفاده در این مطالعه بر اساس بسته‌های مرتایر و کیف (۲۰۰۱) بود که این مداخلات را برای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و اوستئو آرتریت به کار برده بودند. به منظور تهیه اصل این بسته با پروفسور فرانسیس کیف در دانشگاه دوک آمریکا از طریق پست الکترونیک مکاتبه و بسته از همین طریق دریافت شد. با اخذ اجازه رسمی از

سازنده اصلی، مرحله بعد یعنی ترجمه این بسته از زبان انگلیسی به فارسی آغاز شد. این کار با دو فرد مسلط به زبان انگلیسی به دقت مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت و محتوای آن به گونه‌ای ویرایش شد که مناسب استفاده برای جمعیت مبتلایان به کمردرد مزمن باشد. مسئله اصلاح محتوای مطالب با سازنده، اصلی این بسته در میان گذاشته شد و سازنده این اصلاحات در محتوای مطالب را بلا مانع ارزیابی کرد و معتقد بود بسته‌های درمانی مذکور برای دامنه وسیعی از دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی قابل اجرا است. با توجه به دستور سازنده امکان ضمیمه کردن بسته اجرای مداخله به این مطالعه وجود ندارد.

روش تصادفی کردن: تصادفی سازی به صورت پرتاب سکه (شیر و خط) انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به درمان خود، آگاه و به درمان گروه‌های دیگر آگاه نبودند، اما، پژوهشگران و درمانگران نسبت به این موضوع آگاه بودند.

جلسات درمان

الف) برنامه بین‌رشته‌ای بیمار محور در مدیریت کمردرد: این درمان رویکردی بین‌رشته‌ای برای ارتقای کارکرد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن بود. جلسات آموزش مهارت‌های مقابله با درد به صورت هفتگی هر هفته یک روز به مدت ۲ ساعت و به صورت گروهی برگزار می‌شد. محور اصلی جلسات، آموزش مهارت‌های مقابله طبق بسته اجرای مداخله مرتایر و کیف (۲۰۰۱) بود که با افزودن اجزای آموزشی هماهنگ با حوزه‌های پزشکی مختلف توسط متخصصین حوزه‌های ارتوپدی، روان‌پزشکی، فیزیوتراپی به برنامه‌ای با ماهیت بین‌رشته‌ای ارتقا داده شد. به این صورت که جراح ستون فقرات درباره آناتومی نخاع و ستون فقرات به زبان قابل فهم، سازوکارهای بدنی مرتبط با کمردرد آموزش می‌داد (قسمتی از جلسه دوم) و متخصص روان‌پزشک درباره پیامدهای روانی کمردرد مزمن صحبت می‌کرد و در این راستا به طور مشترک جلسات سوم، چهارم و پنجم را همراه با روان‌شناس درد برعهده داشت. همچنین برای ارتقای ظرفیت عملکردی و افزایش تحمل در برابر فعالیت، قسمتی از جلسات (در مجموع ۲ ساعت از کل زمان ۱۴ ساعته برنامه) به آموزش و تمرین حرکات اصلاحی، تمرین‌هایی برای تقویت عضلات کمر، وضعیت صحیح در ایستادن، نشستن و خوابیدن اختصاص یافت. به علاوه به هر یک از بیماران فرصتی یک ساعته برای ملاقات با فیزیوتراپیست داده شد. در این جلسه که به طور فردی تنظیم شده بود بیمار ارزیابی‌های صورت گرفته از کمر (اعم از ام.آر.آی، رادیوگرافی، تراکم استخوان، نوار عصب و عضله) را به همراه می‌آورد و فیزیوتراپ با بررسی آن‌ها آگاهی‌های لازم را درباره مشکل موجود ارائه می‌کرد. به علاوه تمرین‌های کششی و تقویتی و حرکات اصلاحی متناسب با نیاز بیمار را به او ارائه می‌داد. تغییر دیگری که در بسته اجرای مداخله اصلی پدید آمد تلفیق مطالب برخی جلسات با یکدیگر بود به گونه‌ای که برنامه

اصلی شامل ۱۰ جلسه به ۷ جلسه کاهش یافت. هر جلسه با حضور ۴ تا ۸ بیمار مبتلا به کمردرد برگزار می‌شد. همسر، دوست یا عضو خانواده بیمار، هیچ یک اجازه حضور در جلسات را نداشتند. بیماران در این گروه تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند که زیربنای آن مدل ملزاک و وال، نظریه دروازه کنترل درد، بود. مفهوم کلیدی در این مدل این است که درد، تجربه‌ای پیچیده است که توسط افکار و احساسات و رفتار تحت تأثیر قرار می‌گیرد. محور اصلی فعالیت گروه، دستیابی به مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله با درد است. این مهارت‌ها به سه دسته تقسیم می‌شوند. مهارت‌های منحرف کردن توجه^۵، مهارت‌های فعالیت‌مدار^۶، و مهارت‌های مقابله‌ای - شناختی^۸.

شرکت‌کنندگان در پایان هر جلسه هفتگی خلاصه مطالب آن جلسه و نیز برگه‌هایی را برای ثبت تمرین مهارت‌های آموخته شده دریافت می‌کردند و در جلسه بعد ارائه می‌دادند. در ابتدای جلسه بعد زمانی به مرور تمرین‌های انجام شده در منزل پرداخته می‌شد و بیماران گزارش خود را برای اعضای گروه ارائه می‌دادند و بازخورد دریافت می‌کردند. در صورتیکه موفق به اجرای تمرین‌ها نشده بودند موانع بررسی می‌شد و برای رفع مشکل از اعضای گروه و متخصصان، راهنمایی می‌گرفتند. گرداننده اصلی گروه دارای مدرک دکترای تخصصی در حوزه روان‌شناسی درد و تجربه و مهارت کافی در این حوزه و در کار با بیماران مبتلا به کمردرد بود. اعضای دیگر گروه عبارت بودند از: یک نفر فوق تخصص و جراح ستون فقرات، روان‌پزشک دارای تجربه در حوزه کمردرد مزمن، یک نفر دکترای فیزیوتراپی دارای تجربه در حوزه کمردرد مزمن، کارشناس ارشد روان‌شناسی (خانواده درمانی) به عنوان کمک درمانگر. این متخصصان برای تبادل اطلاعات راجع به بیماران، بررسی وضعیت پیشرفت بیماران و رفع مشکلات احتمالی به طور هفتگی با یکدیگر ملاقات داشتند. به علاوه کمک درمانگر بین جلسات با بیماران برای بررسی وضعیت اجرای تمرین‌ها تشویق و تقویت اجرای مهارت‌های مقابله‌ای یکبار تماس تلفنی داشت.

ب) برنامه بین‌رشته‌ای زوج‌محور در مدیریت کمردرد: این برنامه نیز بر مبنای مرتایر و کیف (۲۰۰۱) برای بیماران مبتلا به ورم مفاصل بود و همه اجزای موجود در بسته بیمارمحور را دارا بود اما موضوعات آن تا حد ممکن مسئله کمردرد را به عنوان موضوعی زوجی معرفی می‌کرد و تمرین مهارت‌های مقابله‌ای در آن به‌گونه‌ای تنظیم شده که مشارکت همسر در اجرای آن‌ها لازم بود و لذا همسر بیمار می‌بایست در تمام جلسات حضور می‌یافت. جلسات همان اجزای برنامه بیمارمحور را در برداشت که به صورت مسئله‌ای زوجی گسترده شده بود (مرتایر و کیف، ۲۰۰۱) و آموزش مهارت‌های زوج نیز برای تقویت کاربرد مهارت‌های مقابله با درد در بسته مذکور تدوین شده بود. این مهارت‌ها عبارت بودند از: مهارت‌های ارتباطی^۹، تمرین رفتاری^{۱۰}، هدفگذاری مشترک^{۱۱}، تمرین مشترک در منزل^{۱۲}، و آموزش حفظ مهارت^{۱۳}. مطالب این بسته در ۱۲ جلسه تنظیم شده بود. تغییرات محتوایی ذکر شده در بالا در مورد این بسته نیز اجرا شد و اجرای جلسات آن نیز از ۱۲ به

۷ جلسه کاهش یافت. جلسات زوج نیز هماهنگ با روش بیمارمحور با حضور متخصصان مذکور اجرا شد. برخی از جلسات گروه، ضبط و توسط متخصصان مرور شد تا اطمینان حاصل شود طبق بسته اجرای مداخله اجرا شده‌اند و مطالب ارائه شده خاص روش زوج‌محور در جلسات بیمارمحور مطرح نشده باشند. نمره میانگین مشارکت بیماران در گروه بیمارمحور ۶/۱۶ جلسه ($SD=0/۸۳$) و در گروه زوج‌محور ۶ جلسه ($SD=1/۳$) بود. ۴ نفر از اعضای گروه بیمارمحور در ۷ جلسه، ۷ نفر در ۶ جلسه، ۱ نفر در ۴ جلسه شرکت کردند. در گروه زوج‌محور ۵ نفر در ۷ جلسه، ۲ نفر در ۶ جلسه، و ۱ نفر در ۳ جلسه حضور یافتند. به بیماران گفته شد می‌توانند درمان‌های معمول پزشکی خود را ادامه دهند. تحلیل‌های دو در مورد متغیر دفعات مصرف دارو تفاوت معناداری را در سطح پایه بین دو گروه نشان نداد.

تحلیل آماری داده‌ها

ابتدا تفاوت بین گروه‌ها در متغیرهای جمعیت‌شناختی، اطلاعات مربوط به درد پیش از درمان و مقیاس‌های سنجش پیامد و فرایند به تناسب نوع متغیر (کمی یا کیفی) با استفاده از تحلیل‌های دو و آزمون تی مستقل مورد ارزیابی قرار گرفت. روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه تأثیرات دو مداخله در طول زمان و تحلیل همبستگی برای سنجش رابطه میان متغیرهای سنجش فرایند و پیامد درمان اجرا شد. تحلیل‌های جداگانه‌ای با همین روش برای داده‌های مربوط به همسران مبتلایان به کمردرد صورت گرفت. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمایش می‌دهد.

یافته‌ها

گروه‌های درمان به لحاظ متغیرهای دموگرافیک و نیز نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری نشان ندادند.

در مورد همسران بیماران، آزمون‌های دو و تی به ترتیب تفاوت‌های معناداری در ویژگی‌های دموگرافیک و مقیاس‌های مربوطه (با اصلاح بون‌فرونی^{۱۴}، $P<0/005$) نشان نداد. به علاوه آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس معناداری آماری را نشان نداد، بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس برای اجرای تحلیل واریانس برقرار است. برای بررسی میزان تأثیر دو پروتکل در بهبود شاخص‌های روانی - اجتماعی بیماران و همسران آن‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نویسندگان جهت رعایت ایجاز در ارائه نتایج تنها به یافته‌های مربوط به تعامل زمان در گروه اکتفا نمودند.

جدول ۱: میانگین نمرات آزمودنی‌ها در شاخص‌های روانی اجتماعی

مقیاس	گروه	میانگین پیش آزمون (انحراف استاندارد)	میانگین پس آزمون (انحراف استاندارد)
افسردگی	SA-MPMP	بیمار ۱۸ (۳/۳۵)	۹ (۲/۹۱)
		همسر ۴/۹ (۳/۷)	۷/۴ (۲/۷)
	P-MPMP	بیمار ۲۳ (۳/۰۶)	۱۴ (۲/۶۶)
		همسر ۵/۴ (۵/۲)	۶/۸ (۳/۸)
اضطراب	SA-MPMP	بیمار ۷/۸۰ (۱/۵۷)	۴/۵ (۱/۶۴)
		همسر ۲/۷ (۱/۸)	۳ (۱/۲)
	P-MPMP	بیمار ۱/۴۳ (۱/۱۴۱)	۸/۳۳ (۱/۵۰)
		همسر ۲ (۲/۵)	۳ (۱/۷)
استرس	SA-MPMP	بیمار ۱۵/۹۰ (۲/۷۰)	۱۰/۶۰ (۲/۱۶)
		همسر ۸/۲ (۲/۳)	۹/۴ (۲/۵)
	P-MPMP	بیمار ۱۹/۶۶ (۲/۴۷)	۱۳/۹۱ (۱/۹۷)
		همسر ۶/۰۰ (۳/۳)	۸/۶ (۳/۵)
رضایت زناشویی	SA-MPMP	بیمار ۱۰۲/۷۷ (۸/۵۹)	۱۱۷/۶۶ (۸/۳۵)
		همسر ۹۸ (۶/۱)	۹۹/۳۳ (۶/۹)
	P-MPMP	بیمار ۷۳/۱۶ (۷/۴۴)	۸۸/۰۰ (۷/۲۳)
		همسر ۷۰/۳۳ (۷/۵)	۸۷/۵۰ (۸/۵)
ناتوانی ناشی از درد	SA-MPMP	۱۱/۲۰ (۱/۵۰)	۵/۴۰ (۱/۱۶)
	P-MPMP	۱۱/۴۱ (۱/۳۶)	۵/۸۳ (۱/۰۶)
شدت درد	SA-MPMP	۵/۰۰ (۰/۷۰)	۲/۷ (۰/۵۷)
	P-MPMP	۴/۵۸ (۰/۶۴)	۲/۵۸ (۰/۵۲)
ترس از حرکت	SA-MPMP	۲۷/۸۰ (۱/۸۸)	۱۷/۴۰ (۱/۷۷)
	P-MPMP	۲۱/۴۱ (۱/۷۱)	۱۸/۳۳ (۱/۶۲)
پاسخ منفی همسر به فعالیت	SA-MPMP	۲/۰۰ (۰/۳۲)	۱/۳۵ (۰/۲۷)
	P-MPMP	۱/۳۱ (۰/۳۰)	۱/۴۱ (۰/۲۵)
پاسخ تسهیل‌گرانه همسر به فعالیت بیمار	SA-MPMP	۲/۷۴ (۰/۳۴)	۲/۷۴ (۰/۲۳)
	P-MPMP	۰/۸۸ (۰/۳۱)	۱/۱۷ (۰/۲۱)
پاسخ منفی همسر به رفتار درد	SA-MPMP	۰/۱۹ (۰/۷۴)	۰/۱۷ (۰/۳۸)
	P-MPMP	۰/۱۷ (۱/۰۸)	۰/۱۶ (۰/۹۰)
پاسخ توأم با نگرانی همسر به رفتار درد	SA-MPMP	۲/۵۸ (۰/۲۹)	۲/۰۳ (۰/۲۲)
	P-MPMP	۱/۶۱ (۰/۲۶)	۱/۳۳ (۰/۲۰)

همان‌گونه که در جدول ۲ و نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده، در دو مقیاس، پاسخ منفی همسر به فعالیت و مقیاس ترس از حرکت تعامل زمان و گروه معنادار بوده است ($P=0/05$). به این معنا که نوع درمان در ایجاد تفاوت بین دو گروه در دو مقیاس مذکور به لحاظ آماری اثربخشی معناداری داشته است. به علاوه تأثیر نوع درمان در تغییرات رضایت زناشویی و آشفتگی روانی همسر بیمار به لحاظ آماری معنادار نبوده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه دو درمان زوج‌محور و بیمارمحور (اثرات تعاملی گروه و زمان)

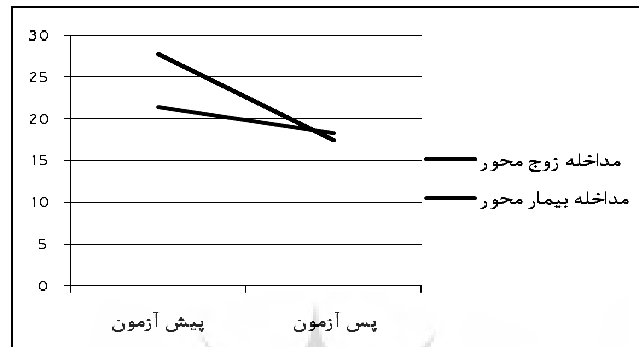
مقیاس	تعامل زمان در گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
افسردگی	بیمار	۰/۰۳۷	۱	۰/۰۱	۰/۹۸
	همسر	۲/۰۱	۱	۰/۰۵	۰/۸۲
اضطراب	بیمار	۰/۱۳	۱	۰/۰۸	۰/۹۲
	همسر	۰/۸۱	۱	۰/۰۸	۰/۷۸
استرس	بیمار	۰/۵۵	۱	۰/۱	۰/۹۰
	همسر	۳/۲۶	۱	۰/۱	۰/۷۸
رضایت زناشویی	بیمار	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۱	۰/۹۹
	همسر	۰/۴۵۱	۱	۲/۹۰	۰/۱
ناتوانی ناشی از درد					
شدت درد					
ترس از حرکت					
پاسخ منفی همسر به فعالیت					
پاسخ تسهیل‌گرانه همسر به فعالیت بیمار					
پاسخ منفی همسر به رفتار درد					
پاسخ توأم با نگرانی همسر به رفتار درد					

مجموعه‌ای از تحلیل‌های همبستگی برای بررسی رابطه تغییرات متغیرهای سنجش فرایند درمان (یعنی متغیرهای ترس از حرکت، پاسخ همسر، و رضایت زناشویی) و متغیرهای سنجش پیامد (یعنی، شدت درد، ناتوانی و افسردگی - اضطراب - استرس) انجام شد. نمرات تغییر^{۱۵} محاسبه شده برای هر یک از مقیاس‌های سنجش فرایند و پیامد با کم کردن نمرات پیش‌آزمون از نمرات پس‌آزمون محاسبه شد. تحلیل همبستگی برای سنجش رابطه بین تغییر در این مقیاس‌ها برای هر یک از دو گروه انجام گرفت.



نمودار ۱: مقایسه دو مداخله بیمارمحور و زوج‌محور در تغییرات زیرمقیاس پاسخ منفی همسر به فعالیت طی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

الف) رابطه بین تغییر در مقیاس‌های سنجش فرایند و پیامد برای مداخله بیمارمحور: ارزیابی همبستگی در مورد مداخله بیمارمحور نشان داد برای بیماران تحت شرایط این مداخله کاهش واکنش منفی همسر به فعالیت بیمار با کاهش استرس بیمار ($r=0/69$, $P=0/01$) کاهش واکنش منفی همسر به رفتار درد با کاهش ناتوانی بیمار ($r=0/48$, $P=0/01$) همراه است. به علاوه کاهش ترس از حرکت پس از درمان با کاهش شدت درد پیش‌بینی شده در هفته آتی ($r=0/58$, $P=0/04$) و کاهش افسردگی ($r=0/72$, $P=0/008$) رابطه داشت.



نمودار ۲: مقایسه دو مداخله بیمارمحور و زوج‌محور در تغییرات مقیاس ترس از حرکت طی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

ب) رابطه بین تغییر در مقیاس‌های سنجش فرایند و پیامد برای مداخله زوج‌محور: نتایج تحلیل همبستگی در این شرایط درمانی نشان داد کاهش واکنش منفی همسر به رفتار درد با کاهش افسردگی بیمار ($r=0/60$, $P=0/05$) و کاهش استرس بیمار ($r=0/60$, $P=0/05$) همراه است. به علاوه کاهش واکنش‌های توأم با دلواپسی همسر نسبت به رفتار درد با کاهش شدت درد گزارش شده در هفته گذشته بیمار ($r=-0/62$, $P=0/05$)، کاهش شدت علائم افسردگی ($r=-0/66$, $P=0/03$) مرتبط است. در حالی‌که افزایش رفتار تسهیل‌گرانه همسر نسبت به فعالیت بیمار با کاهش علائم افسردگی پس از درمان در بیمار ($r=-0/65$, $P=0/04$) همراه است. به‌علاوه همبستگی رفتار تسهیل‌گرانه همسر به فعالیت با کاهش ناتوانی بیمار به معناداری آماری نزدیک بود ($r=-0/53$, $P=0/1$).

بحث

هدف اصلی از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی برنامه مداخله‌ای SA-CST برای بیماران مشارکت‌کننده در درمان بین‌رشته‌ای کنترل درد (SA-MPMP) در مقایسه با برنامه مشابه بیمارمحور (P-MPMP) بود. نتایج نشان دادند درمان زوج‌محور و توأم با مشارکت فعال همسر می‌تواند در کاهش ترس از حرکت و آسیب بیماران و نیز کاهش پاسخ منفی همسران مشارکت‌کننده به فعالیت بیمار

منجر شود. نتایج پژوهش حاضر نشان دادند بیماران در هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری را در علائم افسردگی تجربه کردند و نوع مداخله در کاهش علائم بیماران پس از درمان تأثیر چشمگیری نداشت. این نتایج با یافته‌های کیف و همکاران (۱۹۹۶)، کول - اسنیجر و همکاران (۱۹۹۹) هماهنگ بود.

یافته‌های پژوهش حاضر در مقیاس ترس از حرکت نشان داد، مداخله بین‌رشته‌ای که با مشارکت همسر بیمار صورت گیرد برتری واضحی را بر مداخله بین‌رشته‌ای بیمارمحور دارد. این یافته به لحاظ بالینی اهمیت بسیاری دارد. ترس از حرکت عامل مهمی در بازداری بیمار از فعالیت است، و این امر به نوبه خود بر ناتوانی جسمانی بیمار مؤثر است (ولاین و لیتون، ۲۰۰۰). مداخله بین‌رشته‌ای زوج محور اگرچه از نظر محتوای مطالب آموزشی و تکالیف ارائه شده در جهت افزایش فعالیت مشابه بودند اما آن‌چه برتری مداخله زوج‌محور را آشکار می‌سازد مشارکت دادن همسر بیمار در اجرای این تکالیف است. یافته‌ها به علاوه حاکی از آن است که افزایش واکنش منفی همسر به فعالیت بیمار با افزایش ترس از حرکت همراه است. بنابراین برنامه زوج‌محور با اصلاح این نوع واکنش به طور غیرمستقیم به بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می‌تواند کمک کند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند، واکنش منفی همسر به فعالیت بیمار با شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی بیمار مرتبط است (لئونارد، کانو و یوهانسون، ۲۰۰۶). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد مداخله زوج‌محور در کاهش پاسخ منفی همسر به فعالیت به طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌کند. براساس محتوای آموزشی ارائه شده در جلسات مداخله که بر تشویق و تقویت کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای متوسط تأکید داشت، انتظار می‌رفت این نوع واکنش در همسران بیماران این گروه کاهش یابد. نتایج تحلیل داده‌ها برای مداخله بیمارمحور در متغیر پاسخ منفی همسر به فعالیت، اندکی افزایش را در این نوع پاسخ نشان داد. بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت مداخله زوج‌محور بیش از مداخله بیمارمحور قابلیت اصلاح واکنش‌های همسران بیماران مبتلا به کمردرد را دارد که همین امر به نوبه خود به طور بالقوه بر شاخص‌های پیامد درمان مؤثر خواهد بود.

با توجه به یافته‌های جانبی حاصل از تحلیل‌های همبستگی برای ارزیابی رابطه میان تغییرات در ابزارهای سنجش فرایند با پیامد، می‌توان گفت در گروه تحت مداخله بیمارمحور، کاهش ترس از حرکت با کاهش علائم افسردگی مرتبط است. یعنی بیمارانی که در این گروه با وجود درد به فعالیت خود ادامه می‌دهند کمتر مستعد داشتن علائم افسردگی هستند. عناوین آموزشی در گروه بیمارمحور که به کاهش ترس از حرکت بیمار کمک می‌کرد عبارتند از چرخه فعالیت - استراحت و برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های خوشایند. بنابراین می‌توان گفت این اجزای درمان با تأثیر بر میزان ترس از فعالیت بیمار به طور غیرمستقیم بر کاهش افسردگی بیماران مؤثر بوده است. البته با توجه به ماهیت تحلیل همبستگی نمی‌توان جهت درست را برای این رابطه تعیین کرد و نتیجه‌گیری

دقیق در این رابطه مستلزم اجرای روش تحلیل پیچیده‌تر (مثل رگرسیون و تحلیل مسیر) و کارآزمایی‌های بالینی دیگر در این زمینه می‌باشد.

یافته‌ها در مورد گروه بیماران تحت مداخله زوج‌محور نیز نشان داد، کاهش علائم افسردگی در این گروه با کاهش واکنش منفی همسر به رفتار درد، کاهش واکنش توأم با دلوپسی و افزایش رفتار تسهیل‌گرانه نسبت به فعالیت بیمار مرتبط است. می‌توان گفت تأثیر درمان زوج‌محور بر کاهش علائم افسردگی غیرمستقیم بوده و با تأثیر بر نوع پاسخ همسر اعمال می‌شود و اثربخشی درمان بین رشته‌ای زوج‌محور در کاهش علائم افسردگی به تأثیر آن بر تغییر نحوه واکنش همسر به رفتار درد و فعالیت وابسته است. این یافته هماهنگ با پیشینه پژوهشی (کانو و همکاران، ۲۰۰۴؛ لئونارد، کانو و یوهانسن، ۲۰۰۶) است. در مجموع با توجه به آن‌چه ذکر شد می‌توان گفت اگرچه نوع مداخله (بین‌رشته‌ای زوج‌محور، بین‌رشته‌ای بیمارمحور) در کاهش علائم افسردگی پس از درمان تأثیر معناداری نداشت، در هر گروه متغیرهای سنجش فرایند متفاوتی این کاهش علائم را در بیماران توضیح می‌داد.

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در مورد زیرمقیاس علائم اضطراب نشان داد هر دو نوع درمان به کاهش علائم اضطراب در بیماران کمک معناداری می‌کنند. این نتایج با یافته‌های کیف و همکاران (۱۹۹۶، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴)، کول - اسنیجر و همکاران (۱۹۹۹) هماهنگ بود. روند کاهشی این علائم در گروه بیمارمحور و زوج‌محور تقریباً یکسان بود. به نظر می‌رسد وارد کردن همسر بیمار در مداخله تغییری در میزان کاهش علائم اضطرابی در بیماران پدید نمی‌آورد. این مسئله شاید به این علت باشد که مداخلات متمرکز بر کاهش اضطراب در برنامه درمانی فردی و زوجی مداخلاتی هستند که اجرای آن‌ها اغلب به صورت انفرادی (مثلاً تن آرامی یا تمرین تنفس) صورت می‌گیرد و مانند تکالیف زوجی (مثل برنامه‌ریزی برای فعالیت خوشایند یا برقراری ارتباط) مشارکت همسر در آن‌ها ضروری نیست. لذا دو بسته درمانی در اثرگذاری بر میزان اضطراب بیماران به صورت مشابهی عمل می‌کنند.

نتایج تحلیل واریانس در مورد زیرمقیاس استرس نشان داد که درمان‌های زوج‌محور و بیمارمحور، استرس ادراک شده را در بیماران به طور معناداری کاهش می‌دهند. کاهش استرس در بیماران تحت شرایط این مداخله با کاهش واکنش منفی همسر به رفتار درد همراه است و در مورد بیماران گروه مداخله بیمارمحور، کاهش واکنش منفی همسر به فعالیت بیمار با کاهش استرس بیمار مرتبط است. می‌توان گفت کاهش استرس بیماران گروه زوج‌محور با آگاهی همسر از نحوه برخورد با رفتار درد و چگونگی برقراری ارتباط با بیمار برای اجرای مقابله مناسب مرتبط است. در حالی که در بیماران تحت مداخله فردی آگاهی بیمار از نحوه مقابله مناسب با درد، رفتارهای درد (مثل ناله کردن، شکایت کردن از درد) را کاهش داده و این کاهش رفتار درد به نوبه خود به کاهش دفعات واکنش

منفی همسر به رفتار درد منجر شده و گزارش بیمار را از واکنش منفی همسر به رفتار درد تحت تأثیر قرار داده است و در نهایت استرس بیمار است که با کاهش واکنش منفی همسر کاهش می‌یابد. بیماران هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون، کاهش معناداری را نسبت به سنجش خط پایه در میزان ناتوانی تجربه کردند و نوع مداخله، تأثیری بر پیامد درمان نداشت. این یافته مشابه یافته‌های جنسن، ترنر و رومانو (۱۹۹۴) ملین، هارکاپا، هاری و جاویکوفسکی (۱۹۹۰) و مرتایر و همکاران (۲۰۰۷) بود. بررسی تحلیل همبستگی در مورد مقیاس‌های سنجش فرایند در دو گروه مداخله زوجی و فردی نشان داد، افزایش واکنش تسهیل‌گرانه همسر به فعالیت بیمار که یکی از اهداف اساسی آموزش همسران در برنامه درمانی زوج‌محور بود و نیز کاهش واکنش‌های توأم با دلواپسی همسر به رفتار درد بیمار با کاهش ناتوانی بیماران تحت این درمان همراه بود. به علاوه رفتار توأم با دلواپسی که غالباً به غلط رفتار مناسبی در میان زوجین تصور می‌شود در پیشینه پژوهشی به عنوان عامل مهمی در افزایش ناتوانی بیمار محسوب می‌شود. کاهش این واکنش در گزارش بیماران تحت درمان زوج‌محور با کاهش ناتوانی آنان همراه بوده است. رفتار توأم با دلواپسی در مرحله پیش از درمان ممکن است ناشی از کمبود آگاهی همسر از مهارت‌های مقابله‌ای باشد که پس از درمان با افزایش آگاهی او از این مهارت‌ها و یافتن جایگاه خود در یاری رساندن به فرد بیمار کاهش یافته است.

از سوی دیگر کاهش واکنش منفی همسر به رفتار درد در گروه درمان بیمارمحور با کاهش ناتوانی این بیماران مرتبط بود. در مورد این متغیر نیز غنی شدن مهارت‌های مقابله با درد در بیمار ممکن است رفتار درد را کاهش داده و در نتیجه دفعات واکنش همسر نیز به این رفتارها کاهش می‌یابد. کاهش دفعات واکنش منفی به رفتار درد با کاهش ناتوانی بیمار همراه است. این رابطه در پیشینه پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است (برای مثال، ترک، کرنز و روزنبرگ، ۱۹۹۹؛ اسمیت، کیف، کالدول، رومانو و باکوم، ۲۰۰۴). مرور نتایج همبستگی متغیرهای سنجش فرایند با متغیرهای پیامد استرس و ناتوانی در مداخله بیمارمحور نشان می‌دهد کاهش رفتار منفی همسر است که با پیامد مناسب در بیمار همراه است و مجهز شدن همسر به مهارت خاص (رفتار تسهیل‌گرانه) عامل این پیامد مناسب نبوده است. اما در گروه زوج‌محور رفتار تسهیل‌گرانه به عنوان دستاورد درمان به کاهش ناتوانی در بیمار کمک کرده است. رفتار توأم با دلواپسی که غالباً به غلط رفتار مناسبی در میان زوجین تصور می‌شود در پیشینه پژوهشی به عنوان عامل مهمی در افزایش ناتوانی بیمار محسوب می‌شود. کاهش این واکنش در گزارش بیماران از رفتار همسرانشان با کاهش ناتوانی آنان همراه بوده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر دو نوع مداخله در کاهش شدت درد کنونی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر است. مداخله زوج‌محور و بیمارمحور با کاهش شدت درد واضح در بیماران همراه

بودند. مدل رفتاری عامل برای توضیح نقش خانواده و به خصوص همسر در طولانی شدن درد، بر نحوه پاسخگویی همسر به تظاهرات درد بیمار (یعنی رفتارهای درد) متمرکز است. بر اساس این مدل نوع رفتار همسر ممکن است نمایش رفتارهای درد را در آینده تحت‌تأثیر قرار دهد. این باور وجود دارد که رفتارهای درد تحت کنترل پیامدهای تقویت‌کننده محیطی هستند (مثل توجه یا هم‌دردی از سوی همسر، اجتناب از استرس یا تعارض و...) و ممکن است تحت‌تأثیر این پیامدها حفظ شوند. این فرایند، توضیحی برای ناتوانی و نقص در کارکرد بلندمدت برخی بیماران مبتلا به درد مزمن مطرح شده است، خصوصاً مواردی که در آنها آسیب‌شناسی جسمی حداقل، اما سطوح ناتوانی بالاست (فوردایس، ۱۹۷۶). در این مدل، سه نوع پاسخ از سوی همسر، کارکرد بیمار مبتلا به درد مزمن را می‌تواند تحت‌تأثیر قرار دهد: توأم با دلواپسی^{۱۶}، منفی^{۱۷} و تسهیل‌گرانه^{۱۸}. مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که پاسخ‌های توأم با نگرانی همسر (مثل رفتار توأم با دلواپسی) به رفتارهای بیمار با افزایش درد و ناتوانی بیمار همراه است (لئونارد، کانو و یوهانسون، ۲۰۰۶).

یافته‌های پژوهش حاضر در پاسخ توأم با دلواپسی همسر به رفتار درد بیمار نشان داد، طبق گزارش بیماران واکنش توأم با دلواپسی به رفتار درد از سوی همسر در هر دو گروه کاهش یافته است. اما میانگین این تغییرات در گزارش بیماران تحت مداخله زوج‌محور نسبت به گروه تحت مداخله بیمارمحور به طور معناداری بیشتر بود. می‌توان کاهش بیشتر میانگین این مقیاس در گروه زوج‌محور نسبت به گروه تحت مداخله بیمارمحور را به محتوای آموزشی بسته درمان زوج‌محور و مشارکت همسران در جلسات درمان نسبت داد. از آنجا که همسران شرکت‌کننده در جلسات مداخله با مهارت مقابله با درد همسر خود آشنا می‌شوند، نگرانی آنها درباره بروز درد و چگونگی مقابله با آن کاهش می‌یابد و ممکن است کم شدن میزان این نوع واکنش در همسران به افزایش احساس کارآمدی همسر در مقابله با درد بیمار مربوط باشد، آنچه که در مطالعات پیشین نشان داده شده است (کیف و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴).

واکنش منفی همسر به رفتار درد بیمار در هر دو گروه به طور معناداری کاهش یافته بود و تفاوت معناداری بین گروه‌ها در میانگین کاهش این واکنش وجود نداشت. این یافته هماهنگ با یافته‌های مرتایر و شولز (۲۰۰۷) مرتایر و همکاران (۲۰۰۸) است. همان‌طور که مقایسه گروه‌ها پیش از درمان نیز نشان داد گروه تحت مداخله بیمارمحور کمترین میزان رضایت زناشویی و گروه زوج‌محور بیشترین میزان رضایت زناشویی را داشتند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند متغیر رضایت زناشویی به عنوان متغیر بافتی مهم، پاسخ همسران را به درد تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. کاهش چشمگیر در پاسخ منفی به رفتار درد در گزارش بیماران تحت مداخله زوج‌محور و کمتر بودن تغییرات این متغیر در دو مرحله ارزیابی برای گروه تحت مداخله بیمارمحور می‌تواند به تفاوت میزان رضایت زناشویی در سطح پایه بستگی داشته باشد.

تغییرات در پاسخ تسهیل‌گرانه همسر به فعالیت بیمار در گروه بیمارمحور افزایش و در گروه زوج‌محور بدون تغییر بود. این یافته با یافته مرتایر و همکاران (۲۰۰۸) همسو بود. این روند تغییرات را می‌توان به تفاوت‌های سطح پایه دو گروه در این مقیاس نسبت داد. به نظر می‌رسد، چنانچه میانگین این رفتار در سطح پایه گزارش بیماران بالا باشد مداخله زوج‌محور تغییر معناداری را در این رفتار پدید نمی‌آورد. توضیح دیگر می‌تواند به این واقعیت مرتبط باشد که اکثر شرکت‌کنندگان در گروه مداخله بیمارمحور را زنان تشکیل می‌دهند. شاید ایجاد رفتارهای حمایت‌گرانه مردان سخت‌تر از اصلاح رفتار منفی در آن‌ها (مثل واکنش منفی به رفتار درد یا فعالیت بیمار) باشد. همچنین ممکن است اصلاح ادراک بیمار زن از رفتارهای تسهیل‌گرانه همسر چالش برانگیز باشد (مرتایر، ۲۰۰۸). می‌توان گفت افزایش فعالیت و کاهش رفتار درد در بیماران تحت مداخله فردمحور می‌تواند نحوه واکنش همسر را در گزارش بیماران تحت تأثیر قرار دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد هر دو گروه افزایش رضایت زناشویی را پس از درمان تجربه می‌کنند. این یافته با یافته‌های کیف و همکاران (۱۹۹۶، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴)، مور و چانی (۱۹۸۵)، مرتایر، لوستیگ، شولز و میلر و هلگسن (۲۰۰۴) همسو بود. عدم وجود تفاوت بین گروه‌ها از نظر تغییرات این متغیر را می‌توان به تفاوت‌های معنادار موجود بین گروه‌ها در سطح پایه نسبت داد. نکته مهمی که از مقایسه این یافته و یافته به دست آمده از زیرمقیاس‌های سیاهه پاسخ همسر می‌توان برداشت کرد، این است که مقیاس رضایت زناشویی با اعمال برآوردی کلی درباره رابطه زناشویی تغییرات پدید آمده در روابط زوجین پس از درمان، نمی‌تواند برآورد دقیقی را از این تغییرات به دست دهد. به بیان دیگر این مقیاس به تغییرات خاص پدید آمده در روابط زوجین که با مشکل درد مرتبط هستند، حساس نیست.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات زوج‌محور و بیمارمحور با افزایش اضطراب و افسردگی و استرس در همسران بیماران مبتلا به کمردرد همراه بود. افزایش استرس ادراک‌شده در گروه‌های مداخله بین‌رشته‌ای برخلاف یافته‌های مرتایر (۲۰۰۷) بود. بر اساس نظریه سیستم‌ها، خانواده در برابر تغییر، مقاومت می‌کند و به دنبال تعادل حیاتی است (نیکلز و شوارتز، ۲۰۰۳). این نظریه بیان می‌کند که بعضی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به درد مزمن به نوعی، خانواده‌های روان‌تنی محسوب می‌شوند (کرنز و اوتیس، ۲۰۰۳؛ رومانو و شمالینگ، ۲۰۰۱) و برای آن‌ها چهار ویژگی را مطرح می‌کند: درهم‌ریختگی مرزهای بین اعضای خانواده، حمایت افراطی و رفتارهای توأم با دلوآپسی نسبت به یکدیگر، خشکی^{۱۹} در قوانین و نقش‌های غیرمنعطف، نپذیرفتن تعارضات و عدم تلاش برای حل و فصل آن‌ها (کرنز و اوتیس، ۲۰۰۳؛ رومانو و شمالینگ، ۱۹۹۹). درد ممکن است به عنوان نیروی تثبیت‌کننده‌ای عمل کرده و نقش مهمی را در تعادل حیاتی خانواده ایفا کند. درد مزمن در یک عضو با تعارض بیان نشده یا ناآرامی‌های هیجانی درون خانواده می‌تواند مرتبط باشد (نیکلز و شوارتز،

۲۰۰۳). اگرچه بررسی منظمی درباره سیستم خانواده بیماران انجام نگرفت می‌توان گفت وارد شدن بیمار به درمان بین‌رشته‌ای نوعی تغییر در سیستمی است که برای مدت‌ها با مزمن شدن درد تداوم یافته است و شروع تغییرات در بیمار به منزله نوعی فرایند تفرد در این خانواده‌ها محسوب می‌شود که با تعادل حیاتی در تضاد است. می‌توان گفت همسر بیمار به عنوان جزء مهمی از این سیستم در معرض این تغییر قرار گرفته و تغییر ایجاد شده می‌تواند در مرحله نخست بر او مؤثر باشد. افزایش علائم اضطراب، افسردگی و استرس در همسران می‌تواند پیامد این تغییرات باشد. افزایش استرس در گروه مداخله زوج‌محور با یافته افزایش خستگی دیگران مهم شرکت‌کننده در این درمان در پژوهش ریمسما، تال و راسکر (۲۰۰۳) همسو بود.

رضایت زناشویی گزارش شده توسط همسران دو گروه پس از درمان تغییرات معناداری را نشان نداد. می‌توان گفت رضایت زناشویی، به عنوان متغیری کلی، به مداخلاتی که هدف آن‌ها اصلاح تعاملات زوجین در موضوع درد است، حساس نیست.

پی‌نوشت‌ها

1. Spouse-Assisted Coping Skills Training
2. Exercise Training
3. Standard Medical Care
4. Spouse-Assisted Multidisciplinary Pain Management Program
5. Patient-oriented Multidisciplinary Pain Management Program
6. Attention diversion skills
7. Activity-based skills
8. Cognitive coping strategies
9. Communication skills
10. Behavior rehearsal
11. Mutual goal-setting
12. Joint home practice
13. Maintenance practice
14. Bonferroni
15. Change scores
16. Solicitous
17. Negative
18. Facilitative
19. Rigidity

منابع

- خطیبی، م. ع. (۱۳۸۷). توجه انتخابی بیماران مبتلا به دردهای مزمن در برابر چهره‌های دردناک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- صادقی، م. (زیر چاپ)، ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سازگاری زناشویی (MAT).

مظاهری، م. ع.، حیدری، م.، و پوراعتماد، ح. (۱۳۸۱). *ارزیابی نتایج و پیامدهای جشن‌های ازدواج دانشجویی*. گزارش طرح تحقیق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

- Ahern, D. K., Adams, A. E., & Follick, M. J. (1985). Emotional and marital disturbance in spouse of chronic low back pain patients. *Clinical Journal of Pain, 1*, 69-74.
- Bellamy, N., Campbell, J., & Syrotuik, J. (1999). Comparative study of self-rating pain scales in osteoarthritis patients. *Current Medicine Research and Opinion, 15*, 113-119.
- Benaim, C., Froger, J., Cazottes, C., Gueben, D., Porte, M., Desnuelle, C., Pelissier, J. Y. (2007). Use of the Faces Pain Scale by left and right hemispheric stroke patients. *Pain, 128*, 52-58.
- Boston, A., & Sharp, L. (2005). The role of threat-expectancy in acute pain: Effects on attentional bias, coping strategy effectiveness and response to pain. *Pain, 119*, 168-175.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain and psychological distress. *Pain, 107*, 99-106.
- Dehghani, M., Sharpe, L., & Nicholas, M. K. (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain, 105*, 37-46.
- Fordyce, W. B. (1976). *Behavioral methods in chronic pain and illness*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Geisser, M. E., Cano, A., & Leonard, M. T. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *The Journal of Pain, 6*, 518-525.
- Harrison, D. (1997). *Sociology of modernization and development*. London: Hyman.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1994). Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 172-179.
- Keefe, F. J., Blumenthal, J., Baucom, D., Affleck, G., Waugh, R., Caldwell, D. S., Beaupre, P., Kashikar-Zuck, S., Wright, K., Egert, J., Lefebvre, J. (2004). Effects of spouse-assisted coping skills training and exercise training in patients with osteoarthritic knee pain: A randomized controlled study. *Pain, 110*, 539-549.
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K., et al. (1996). Spouse-assisted coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain. *Arthritis Care Research, 9*, 279-291.
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K., Beaupre, P., Weisberg, J., Helms, M. (1999). Spouse-assisted coping skills training in the management of osteoarthritis knee pain: Long-term follow up results. *Arthritis Care and Research, 12*, 101-111.
- Keefe, F. J., Porter, L. S., & Labban, J. (2006). Emotion regulation processes in disease-related pain: A couples-based perspective. In D. K. Snyder, N. J. Hughes & J. A. Simpson (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families.*, (pp. 207-229). New York: American Psychological Association.
- Kerns, R. D., & Otis, J. D. (2003). Family therapy for persons experiencing pain: Evidence for its effectiveness. *Seminars in Pain Medicine, 1*(2), 79-89.
- Kole-Snijders, A. M., Vlaeyen, J. W., Goossens, M. E. J. B., Rutten-van Molken, M. P. M. H., Heuts, P. H. T. G., van Breukelen, G., & van Eek, H. (1999). Chronic low-

- back pain: What does cognitive coping skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 931-944
- Korrie, S. H., & Miller, R. P. (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 3, 35-43.
- Leonard, M. T., Cano, A., & Johansen, A. B. (2006). Chronic pain in a couples context: A review and integration of theoretical models and empirical evidence. *The Journal of Pain*, 7(6), 377-390.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, F. H. (1995). *Manual for depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Martire, L. M., & Keefe, F. J. (2001). *Psycho-educational material for osteoarthritis patients and spouses*. Unpublished manual. University of Pittsburgh.
- Martire, L. M., Lustig, A. P., Schulz, R., Miller, G. E., & Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23(6), 599-611.
- Martire, L. M., Schulz, R., Keefe, F. J., Rudy, T. E., & Starz, T. W. (2007). Couple-oriented education and support intervention: Effects on individuals with osteoarthritis and their spouses. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 121-132.
- Martire, L. M., Schulz, R., Keefe, F. J., Rudy, T. E., & Starz, T. W. (2008). Couple-oriented education and support intervention for osteoarthritis: Effects on spouses' support and responses to patient pain. *Families, Systems & Health*, 26(2), 185-195.
- Mellin, G., Harkapaa, K., Hurri, H., & Jarvikoski, A. (1990). A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain: Part 4. Long-term effects on physical measurements. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 22, 189-194.
- Moore, J., & Chaney, E. (1985). Outpatient group treatment of chronic pain: Effects of spouse involvement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 326-334.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2003). *Family therapy concepts and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Riemsma, R. P., Tall, E., & Rasker, J. J. (2003). Group education for patients with rheumatoid arthritis and their partners. *Arthritis & Rheumatism*, 49, 556-566.
- Roelofs, J., Peters, M. L., & Vlaeyen, J. W. S. (2003). Modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related information in patients with chronic low back pain. *Psychological Report*, 92(3), 707-715.
- Roland, M., & Morris, S. (1983). A study of the natural history of back pain. Part I: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8, 141-144.
- Romano, J. M., & Schmaling, K. B. (2001). Assessment of couples and families with chronic pain. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 346-361). New York: The Guilford Press.
- Schwartz, L., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2005). The development and psychometric evaluation of instrument to assess spouse response to pain and well behavior in patients with chronic pain: The Spouse Response Inventory. *The Journal of Pain*, 6(4), 243-252.
- Smith, A. A., Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Romano, J. M., & Baucom, D. (2004). Gender differences in patient spouse interactions: A sequential analysis of behavioral interactions in patients having osteoarthritis knee pain. *Pain*, 112, 183-187.

- Turk, D. C., Kerns, R. D., & Rosenberg, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: Examining the downside of social support. *Rehabilitation Psychology, 37*, 259-274.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (2001). *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of art. *Pain, 85*, 317-332
- Waddell, G. (1987). A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine, 12*, 623-644.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی