بررسی اثر ربخشی روش‌های درمان شناختی، تن آرامی و رفتاری در بهبود کمیت درمان مزمن در دیبان مورد دیپیستنی‌های شهر اهواز

دکتر... کرم پولادی رهبری*
دکتر بهمن نجاریان**
دکتر حسین شکرگان***
دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند****

چکیده
تحقیق حاضر اثر ربخشی روش‌های درمانی درمانی، تن آرامی و رفتاری در بهبود کمیت درمان مزمن در شهر اهواز به کمک کمیتی مورد استناد قرار داد. در این تحقیق، آزمایشگاهی درمانی مورد استناد قرار داده شد. نتیجه‌گیری از این تحقیق این است که تن آرامی و رفتاری درمانی به بهبود کمیت درمان مزمن در شهر اهواز کمک می‌کنند.

*عضو هیأت علمی دانشگاه پویش
**عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و روان‌شناسی شهید چمران اهواز
کلید واژگان: درمان شناسی، تنارامی، درمان رفتاری، کمربندی مظم
مقامه

احساس در انجیرهای است که
محمولی ترین نشانه بیماری یا آسبیب به سهن می‌آید و فرد را نیازمند مراقبت بهداشتی و درمانی می‌نماید. درد، جهان شومول‌ترین
فشاری است که با اید آن مبارزه کرد، هیچ یک از علاونی و نشانه‌های جسمانی به گسترگی درد نمی‌باشد. از ابتدای تاریخ، یعنی بشریت، تلاش برای کنترل درد یکی از اهداف مهم انسان بوده است. در پایه‌های اصلی معیشت مریب و مربوط به ۴۰۰۰ سال قبل از میلاد می‌باشد.

نوشته‌های مربوط به درد ماهیتی شده است.

مادمک که در به عنوان یک علامت، اختلالی جدی در کارکردهای بدنی باشد و یا به دنبال حوادث و آسیب‌های فیزیکی ایجاد شود، می‌تواند به عنوان عاملی در دسته‌بندی و جای‌گذاری انسان محسوب گردد. اما اگر در علایم هدرگونی آسبای باتی و ارگانیکی به صورت مستمر و عوامکشی ظاهر شود، تبدیل به معضوی پیچیده و بین‌ترین می‌گردد که اثرهای تلخ و ناخوشایند خود را در ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی و اجتماعی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌نماید (آرنوف، ۱۹۸۵). در طول بیست سال گذشته، روشن‌سازی درده به عنوان پیشی محروری در پژوهش و درمان مورد توجه قرار گرفته است.
روانشناسان شناخت‌گرا بر عناصر شناختی مثل نحوه پردازش اطلاعات، برداشت فرد از درد، احساسات کنترل فردی، خودکاری مربوط به درد و راه‌های مقابله‌ای انطباقی تأکید می‌کنند (رالفزد،۱۹۸۹؛ رالفزد و تورن،۱۹۸۹؛ گرین،۱۹۸۹؛ رالفزد و آرن،۱۹۸۸؛ فولیک،۱۹۸۸؛ نیکولاس و سمگان،۱۹۹۲). مشاهدات بالینی و پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که درد مزمن پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری زیبان‌بندی به دنبال دارد. افسردگی (آرمستر،۱۹۹۰ و مک آلری،۱۹۹۰) کاهش عملکرد ذهنی (فولیک، اسمریت، و آرن،۱۹۸۵) صورت دارد (پیری و نیکولاس،۱۹۹۱) از جمله پیامدهای درد مزمن به شمار می‌آید. امروزه در بین درد‌های مزمن، کم‌درد بالاترین درصد کل دردها را به خود اختصاص داده است و شاخص تینی علیت مراجعه به پزشکان بسیار زیادی است (بیشت،۱۱ و ویزل،۱۹۸۹). گرچه بیشتر کم‌درد‌ها موقتی بوده و ظرف یک یا دو ماه تسکین می‌بایستد اما، تعداد قابل توجهی از افراد از کم‌درد مزمن رنج می‌برند. مک آلری (۱۹۸۹) بر این باور است که ۲۵٪ از بیماران که به علت درد مزمن غیربدخیم به کلینیک‌های درد مراجعه می‌کنند از کم‌درد مزمن رنج می‌برند. آمار‌ها، نشان می‌دهد که ۲۵٪ از
روش دیگری که در درمان دردهای مزمن بی‌پایان، ممکن است این روش بر پایه باورهای شخصی، است. این روش بر پایه باورهای شخصی، احساس فردی و احساس نهاد سلطنتی قرار دارد که رفتار در راه تأثیر قرار می‌دهند (بک, 1991؛ الیس, 1973). امروزه انتخابی از تکنیک‌های شناختی برای مقابله و درمان درد طراحی شده‌اید. اما دو تکنیکی که به‌نشانه مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: 1. مصون سازی و 2. اسکیم هیجانات منفی در روش مصون سازی در مقابله درمانگر با ایجاد میزانی از آسیب‌زایی در بیمار تلاش می‌کند که قدرت ایمنی و مقاومت بدن بیمار...
کاربرد های روان شناختی افراد با افزایش داده و باعث کاهش کمک در مزمن در آن‌ها می‌گردد. یک بررسی فن‌حلیلی نشان داد که روش‌های سازی در کاهش اضطراب و بهبود عملکرد فرد تحت استرس درد، بسیار مؤثر بوده است. (اسمانی، 1996). همچنین، پینتکر (1997) معتقد است که روش ابزار هیپنوتیسم، خود کننده با بهبود بهداشت روانی همراه است که بهبود حس زیستی را هم افزایش می‌دهد.

روش درمان رفتاری از دیگر روشهای روان شناختی است که در دمای هزاران مزمن مورد استفاده قرار گرفته است. این روش بر رفتار درد، متغیرهای تقویت یافته، و‌پیش‌آمدی‌های پاسخ‌های تاکید دارد. بر اساس دیدگاه‌های رفتاری، افراد مبتلا به درد در رفتارهای درگیر می‌شوند که نشان می‌دهد، دچار درد می‌باشند (فورداپس، 1984). در این روش، تحلیل متغیر رفتارهای آشکار، پیش‌آمدها و پی‌آمدهای آن ضرورت دارد و از این طریق رفتارهای هدف بر اساس تغییر مشخص می‌شوند (لیتون، 1982). چرتو و چامبی (1982) در پژوهشی که این نتیجه را بررسی کردند، نشان داد که رفتار درمانی فعالیت‌های جسمانی را بهبود می‌بخشند و میزان مصرف دارو را کاهش می‌دهد. نیکولاس و ویلسون (1991) برایین

1- Sanders  
2- Behavior therapy  
3- Linton  
4- Willson  
5- Slater  
6- Biofeedback  
7- Flor  
8- Blanchard  
9- Hypnotism  
10- Barber  
11- Terkuile
پژوهش تحقیق

این پژوهش به صورت یک آزمایش میدانی است که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه استفاده شده است.

جمعیت هدف تحقیق، دبیران مرد شهر اهر و بودن. نمونه تحقیق مشتمل بر 100 نفر بودند که به صورت زیر انتخاب شدند:

در آغاز کلیه دبیران مرد شهر اهر از لحاظ کم‌درد مزمن مورد ارزیابی قرار گرفتند. هدف از لحاظ بررسی، سرنوشت و شناسایی افراد دچار کم‌درد مزمن بود. سپس، از افرادی که دارای کم‌درد مزمن تشخیص داده شدند، تعداد 100 نفر به طور نااصفی ساده انتخاب و به گروه‌های آزمایشی و گروه‌های کنترلی شدند. گروه‌های عبارت بودند از: 1. گروه تن آرامی عضلانی پیشرونده (25 نفر)، 2. گروه تن آرامی عضلانی نپیشرونده (25 نفر) و 3. گروه رفتار.

فرضیه دو: روش شناخت درمانی باعث بهبود باورها و دریافت‌های مربوط به کم‌درد مزمن در آزمودنی‌های دچار کم‌درد مزمن می‌گردد.

فرضیه سه: روش رفتار درمانی باعث بهبود باورها و دریافت‌های مربوط به کم‌درد مزمن در آزمودنی‌ها می‌گردد.

فرضیه چهارم: روش تن آرامی عضلانی باعث بهبود رفتار در در آزمودنی‌ها می‌باشد کم‌درد مزمن می‌گردد.

فرضیه پنجم: روش شناخت درمانی باعث بهبود رفتار در در آزمودنی‌ها می‌باشد کم‌درد مزمن می‌گردد.

فرضیه ششم: روش رفتار درمانی باعث بهبود رفتار در در آزمودنی‌ها می‌باشد کم‌درد مزمن می‌گردد.

فرضیه هفتم: روش تن آرامی عضلانی باعث بهبود خودگفایی در در آزمودنی‌ها می‌باشد کم‌درد مزمن می‌گردد.

فرضیه هشتم: روش شناخت درمانی باعث بهبود خودگفایی در در آزمودنی‌ها می‌باشد کم‌درد مزمن می‌گردد.

فرضیه نهم: روش رفتار درمانی باعث بهبود خودگفایی در در آزمودنی‌ها می‌باشد کم‌درد مزمن می‌گردد.

فرضیه ده: روش درمان تن آرامی عضلانی
سنگش اعتبار، این آزمون به طور همزمان با آزمون اضطراب عمومی (نیجاریان، عطاری و مکنوندی، 1371) بر روی گروه‌های از دبیان مبتلا به در اجرای گردید. ضریب اعتبار به دست آمده برای کل آزمون ۰/۳۲ بود.

۲. آزمون رفتار درد: این آزمون توسط زارکوفسکا (1981) تدوین شده است و فعالیتهای را مطرح می‌سازد که افراد مبتلا به درد غالباً آنها را انجام می‌دهند. این آزمون حاوی ۲۴ سوال است که به بعد رفتارهای اجتماعی (۳ سوال)، شکایات جسمانی (۵ سوال) و کمک خواهی (۳ سوال) را ارزیابی می‌نماید. پاسخ‌های آزمون به صورت بلی (۱) و خیر (۰) است. نمای بیشتر بیانگر رفتارهای درد بیشتر از سوی آزمودنی است. زارکوفسکا (1988) با بررسی پایایی آزمون، ضریب آلگی کرونباخ و پاژ آزمایی را به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۶ به دست آورد. فیلیپس و جهانشاهی (1986) در مطالعه‌ای پایایی خریده می‌بیانش کرده‌اند. گزارش کردن.

۱- Pain Beliefs and Perception Inventory
۲- Pain Behavior Questionnaire
۳- Zarkowska
۴- Avoidance
۵- Complain
۶- Help Seeking
۷- Phillips
در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی کل آزمون رفتارهای درد با روش آلفای کرونباخ تناسب و بازآزمایی به ترتیب 0/78 و 0/61 به دست آمد. برای سنست و ابزار این آزمون به طور هم زمان با متقاضی رفتارهای مقابله‌ای، بیلینگز و موس (1981) بر روی گروهی از آزمون‌دهندگان دچار درد مزمن اجرا، و ضریب اعتبار 0/59 به دست آمد (0/5 = P)، آزمون توسعه نسبی‌کلاماس (1989) سپس شد است و کارآمدی و پشتیبانی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌نماید. این آزمون حاوی 0 ماده است که بر روی یک مقیاس 6 درجه‌ای از صفر (کاملاً نامطمئن) تا 6 (کاملاً مطمئن) درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمره این آزمون از صفر تا 60 است. نمعنی بالاتر بیانگر بی‌سترسی است.

بورسیه‌های گسترده‌ای که درباره پایایی و اعتبار آزمون انجام شده است، بیانگر پایایی مطلوب آزمون است. ضرایب پایایی بین 0/51 تا 0/73 نشان دهنده است که (بک و همکاران، 1964؛ بارلو، 1976، جنری، 1978).

1. Coping Behavior Questionnaire
2. Billings
3. Mouse
4. Pain Self Efficacy Questionnaire
5. Nicholas
6. Sharerr
7. Beck Depression Inventory
8. Barlow
امادگی در بیمار، فراهم کردن محیط مناسب و آرام، آموزش تن آرام با تکه‌بندی یک الگو، هفت و چهارگره از عضلات در طی سه مرحله جداگانه، ارزیابی پیشرفته بیمار، تکنیک خانگی و یک گروه.

۲. کنترل محورک: این تکنیک رفتاری توسط کاثرین (۱۹۸۵) ارائه شده است و بر پایه شرط‌های عاملی قرار داده و پیشرفت مربوط از کارهای نورداپس (۱۹۷۳) می‌باشد. مراحل این روش شامل بیان روش کلی درمان و مراحل آن، تعیین رفتارهای درد، کاهش رفتارهای درد، ایجاد تغییر در توانایی بین نشانه‌های بیش آبسن رفتار درد، افزایش رفتارهای مطلوب با تقویت و تعیین آن به موقتی رفتارهای مختلف زندگی است.

۳. مصوب سازی در مقابل درد: این روش توسط میکننبام و تورک (۱۹۷۶) تدوین گردیده و مراحل آن عبارتند از: توضیح و نیبین شرایط کلی درمان و مراحل آن، آموزش و تمرین مهارت‌های مقابل‌های فعال با درد، (مثل موارد زیر):

۹. Jeoffrey ۱۰- Steer
۱۱- Schaefer
۱۲- Progressive Muscle Relaxation
۱۳- Jacobson
۱۴- Stimulus Control
۱۵- Kanfer
۱۶- Stress Inoculation
۱۷- Michenbaum ۱۸- Turk

۱. تن آرام عضلانی پیش‌رونده ۱۶: این روش توسط جاکوبسون (۱۹۶۲) پایه‌گذاری شده است. مراحل این روش به اختصار عبارتند از: تبیین روش برای بیمار، آموزش پوشش و
جدول 1. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) (چهار متغیر وابسته بین گروه‌های مختلف)

<table>
<thead>
<tr>
<th>سطح معناداری</th>
<th>F از نظر df</th>
<th>F در آزمون df</th>
<th>مقدار</th>
<th>طبقات آزمون</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>249</td>
<td>12</td>
<td>7/88</td>
<td>philias</td>
</tr>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>234</td>
<td>12</td>
<td>7/92</td>
<td>Hotelling</td>
</tr>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>214</td>
<td>12</td>
<td>7/46</td>
<td>Wilks</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتایج

بانک‌های بیشتری معناداری بین تفاصل میانگین گروه‌ها، به طور همزمان چهار متغیر وابسته در گروه‌های مختلف مورد تحلیل واریانس چندمتغیری قرار گرفت. جدول شماره ۱ نتایج تعامل متغیرهای وابسته و گروه‌ها را با یک شبیه تحلیل نشان می‌دهد.

در مراحل پس آزمون، بعد از پایان دوره‌های درمان انجام شد. تعداد جلسات درمان هشت جلسه بوده که متوسط ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد. در پژوهش حاضر، چهار شاخه به‌طور ده‌گردش که بتور بودند از:

جدول 2. تحلیل واریانس یک راهه تفاصل میانگین گروه‌های پس آزمون گروه‌ها

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>F</th>
<th>میانگین معیارهای</th>
<th>درجه آزادی</th>
<th>مجموع معیارهای</th>
<th>منبع تغییرات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>بین گروهی</td>
<td></td>
<td></td>
<td>جمع‌آوری</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>درون گروهی</td>
<td></td>
<td></td>
<td>جمع‌آوری</td>
</tr>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>25/342</td>
<td></td>
<td>1584/2112</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>21/733</td>
<td></td>
<td>484/832</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>23/321</td>
<td></td>
<td>682/93</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>23/321</td>
<td></td>
<td>682/93</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 3. مقایسه تفاوت ميانگین نمره‌های پرسشنامه دریافته‌ها و باورهای دردگروه‌های مختلف درمانی و گروه‌های با آزمون توكی

<table>
<thead>
<tr>
<th>هنگام</th>
<th>گروه‌های</th>
<th>تفاوت میانگین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱۷۹۰/۰۷</td>
<td>۱. گروه تن آراسته عضلاتی پیشروند</td>
<td>۳۷۳/۰۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۷۹۱/۰۹</td>
<td>۲. گروه شناخت درمانی</td>
<td>۳۷۳/۰۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۷۹۱/۰۲</td>
<td>۳. گروه رفتار درمانی</td>
<td>۳۷۳/۰۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۷۹۱/۰۴</td>
<td>۴. گروه گواه</td>
<td>۳۷۳/۰۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

آزمون‌های مختلف با یکدیگر نشان می‌دهد. بدين معتناه حداقل در گروه در پک متفاوت وابسته به یکدیگر نشان می‌دهد. نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌های ۱۰ و ۱۳ و ۱۱ و ۱۴ و ۱۲ و ۱۶ معمای دار است. (P=۰/۰۱)

برای بررسی دقیق تر تفاوت بین گروه‌ها، آزمون توكی استفاده شد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌های ۱۶ و ۱۴ و ۱۲ و ۱۶ معمای دار است.

(۲) برای نمایش دقیق تر تفاوت میانگین نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون در گروه‌های مختلف با روش تحلیل واریانس یک راهه مورد مقبلاً قرار گرفت.

جدول شماره ۲ تحلیل واریانس یک راهه تفاوت میانگین نمره‌های آزمون‌دمنی‌ها داد. تفاوت میانگین نمره‌های آزمون‌دمنی‌ها را در مقياس پایداری در دو پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴. تحلیل واریانس یک راهه تفاوت میانگین نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون گروه‌های درمانی و گواه در پرسشنامه رفتار درد

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>F</th>
<th>مجموع محدودیت</th>
<th>تعداد تغییرات</th>
<th>درجه آزادی</th>
<th>میانگین محدودیت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۰/۰۰۱</td>
<td>۲۸/۲۸</td>
<td>۲۲۱۲/۰۷</td>
<td>۳</td>
<td>۷۷۳/۲۲</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۸۵/۲۷</td>
<td>۸۲</td>
<td>۷۱۴/۲۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۸۵/۲۷</td>
<td>۸۲</td>
<td>۷۱۴/۲۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مجموع</td>
<td>۱۲۳۹/۲۵</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۵. مقایسه میانگین تفاوت نمره‌های پرسشنامه رفتار در دو گروه‌های مختلف درمینی و گواه با آزمون توکی

<table>
<thead>
<tr>
<th>۴</th>
<th>۳</th>
<th>۲</th>
<th>۱</th>
<th>میانگین میانگین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۰/۹۵</td>
<td>۱. گروه تن آرامی عضلانی پیشرونده</td>
<td>۰/۹۶ ۱۱. گروه شناخت درمانی</td>
<td>۰/۹۲ ۱۲. گروه رفتار درمانی</td>
<td>۰/۸۱ ۱۳. گروه گواه</td>
</tr>
</tbody>
</table>

معنی داری نشان داد

با توجه به وجود نتایج پاسخ‌های معنی‌دار گروه‌ها در پرسشنامه رفتار در دو آزمون توکی برای بررسی چگونگی تفاوت‌ها انجام شد (جدول ۵). نتایج نشان داد که بین گروه‌های ۱ و ۲، ۳ و ۴ و ۵، ۴ و ۶ و ۵ تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۰/۵۰ < P). بنابراین، با توجه به بافت‌های فوق فرضیه‌های چهار، پنج و شش مورد تایید قرار گرفت.

جدول رابطه تحلیل واریانس یک راهه

در ۷ نتایج آزمون توکی جدول ۶ تحلیل واریانس یک راهه

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>F</th>
<th>مجموع مقداریات</th>
<th>مجموع تغییرات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۰/۵۰۱</td>
<td>۲۵/۵۵</td>
<td>۳۸۶/۹۷</td>
<td>۱۱۵۸۵/۸۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۸/۳۹</td>
<td>۸۴</td>
<td>۶۸۶/۲۷</td>
<td>۱۸۴۳۹/۲۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

درمانی و گواه در پرسشنامه خودکفاپی درد
جدول 7. مقایسه نتایج میانگین نمره‌های پرسشنامه خودکنایی در گروه‌های مختلف درمانی و گروه آزمون‌نگار

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه‌های</th>
<th>نتایج میانگین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. گروه تن آرامی عضلاتی پیش‌رونده</td>
<td>11/43</td>
</tr>
<tr>
<td>2. گروه شناخت درمانی</td>
<td>12/84</td>
</tr>
<tr>
<td>3. گروه رفتار درمانی</td>
<td>10/38</td>
</tr>
<tr>
<td>2. گروه کاه</td>
<td>1/22</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتایج بین گروه‌ها در سطح P=0/001

هامان طور که در جدول فوق دیده می‌شود، آزمون نشکی، تفکر نشکی معمایی دارای رابطه ارجایگردیده‌ای برای طراحی دیده می‌شود. با توجه به یافته‌های فوق، فرضیه‌های چهارم، هشت و نه مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول 8. تحلیل واریانس یک‌راхه تفاوت میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در پس آزمون و پیش آزمون پرسشنامه افسردگی را نشان داد. با توجه به یافته‌های فوق، فرضیه‌های پانزدهم و شانزدهم مورد تایید و همان‌طور که در جدول فوق دیده می‌شود، فرضیه هفتم در مورد شد.

جدول 8 تحلیل واریانس یک‌پاره نتایج میانگین نمره‌های پس آزمون-پیش آزمون گروه‌های درمانی و گروه در پرسشنامه افسردگی

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>F</th>
<th>میانگین مجزا</th>
<th>درجه آزادی</th>
<th>مجموع مجدوز</th>
<th>معنی تقریبات</th>
<th>مجموع تقریبات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0/001</td>
<td>36/97</td>
<td>96/24</td>
<td>3</td>
<td>292/62</td>
<td>بین گروه‌هی</td>
<td>292/0/62</td>
</tr>
<tr>
<td>26/31</td>
<td>22/6/4</td>
<td>222/62</td>
<td>درون گروه‌هی</td>
<td>226/2/4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>226/2/4</td>
<td>مجموع</td>
<td>514/3/54</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۹ مقاله‌های نقاشی درمانی خودکاری و روش‌های تبادل افاسدگی در گروه‌های مختلف درمانی با آزمون تونکی

<table>
<thead>
<tr>
<th>تفاصل مقاله‌گذاری</th>
<th>۱</th>
<th>۲</th>
<th>۳</th>
<th>۴</th>
<th>۵</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱. گروه تن آرامی عضلانی پیش‌رونده</td>
<td>۸/۲۸</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱. گروه تن آرامی عضلانی پیش‌رونده</td>
<td>۹/۲۴</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱. گروه شناخت درمانی</td>
<td>۷/۱۴</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱. گروه رفتار درمانی</td>
<td>۷/۳۵</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۲. گروه گراه</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که در قسمت یافته‌ها دیده شد آزمون تونکی نشانگر این بود که بیشتر فرصت‌های تحقیق مورد تأیید قرار گرفته‌اند. بطوریکی نتایج بیانگر تأثیر روش شناخت درمانی در بهبود کمتر مزمن بود. یافته‌های حاصل از تحقیق در این زمینه، با نتایج تحقیقات انجام شده دیگر درباره کارایی روش درمان شناختی در بهبود درد مزمن حسوسی نشان می‌دهد (ترنر و جنسن، ۱۹۹۳; کمپس و دیگران، ۱۹۸۷).)

اصولاً، دیدگاه‌های شناختی درباره درد به دنبال بررسی ابعاد شناختی، ادراکی و تعبیر و تفسیر موضوعی است که در شکل گیری و تبادل افاسدگی، اضطراب و حالات منفی درد نقش دارند. ادراک کنترل، معنی و مفهوم درد و تجربه درد، این دیدگاه مورد توجه است (تورک و میکیکام، ۱۹۹۴). هدف روشکرد شناختی کمک به بیماران دچار درد مزمن در جهت ارتقاء و رشد واکنش‌های روانی سازگاریانه.

1- Keefe  2- Bandura
در موت باشند. همچنین افزایش خودکفایی درد، بهبود افسردگی و کاهش رفتار درد نیز به عنوان پیش‌بینی‌های دیگری بود که به دنبال اجراي روش درمانی فوق در آزمودنی‌ها حادث شد. اصولاً، پی-آدمده مثبت و مشاهده درمانی را بايد در افزایش قدت بیمار و انرژی مناسب از خویشت چستجو کرد که با ارتقای نتوان مقابله باعث کاهش افسردگی، افزایش احساس کارآمدی و تغییر در رفتارهای زیبایی‌گشته و جاپارهای رفتارهای جدید و سودمند همراه می‌گردد. بیان‌های فوق با درجه‌های مختلف در تحقیق حاضر دیده شد. همچنین، در این تحقیق مشخص شد که روش تن‌آرامی عضلانی پیش‌رونده در درمان مزمن روش مؤثری بوده است و این موضوع با تحقیقات انجام شده دیگر، هم‌خوانی نشان می‌دهد (کارلسو و هویل، 1993؛ بلانتکارد و آندرسکی، 1985). تأثیر روش تن‌آرامی در کاهش و درمان سایر دردها نیز گزارش شده است (لوش و دیگران، 1994).

در روش تن‌آرامی عضلانی، فرد می‌آموزد تا به طور اگه‌امه‌ها ایجاد شده و راه‌گشایی در گروه‌های مختلف عضلات، در خود آرامش ایجاد نماید. امروزه، این روش به نهایی‌یا به

1- Soafar   2- Walker   3- Fishbein   4- Goldberg   5- Lahrerr

احساسات درد را هم در سطوح فیزیولوژیکی و هم روان‌شناختی مسند می‌سازد. افسردگی و پی آدمده‌ای آن در درد مزمن موضوعی است که در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است (سوتر و واکر، 1994؛ فیشری، کلیر و نیکولاس، 1986). در تحقیق حاضر، درمان‌شناختی توانست که در بهبود بیمارها و نگرش‌های افراد به
عنوان بخشی از روش‌های پیچیده‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرد. در هر مورد، مسئولیت درمانگر و پژوهشگر این است که در این فن ورژیده باشد.

روش تن‌آرامی، می‌تواند موجب اشکال نیزیپژوهشی سفید و خاصی شود. آرامش عضلانی روشی است که به طور مکرر در رون درمانی و پزشکی رفتاری به کار می‌رود تا به آن و سیله‌ی موجب آرامش عضلانی و راحتی در مراجع شود. این روش، یک ابزار دفاعی و متقابل‌ای است که در مقابل آشیقتگی‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در تحقیق حاضر، روش تن‌آرامی در افزایش کارآمدی و بهبود رفتارهای فرد، کاهش افسردگی و تغییر باورها و نگرش‌های فرد نسبت به درد مؤثر بود. تن‌آرامی بر پایه شرطی‌سازی متفاوت قرار دارد. به این معنا که نفر در عین نشانی، حالات آرامش را نیز تجربه کرده و تفاوت در حالت‌ها متوسط می‌شود که با اطمینان احساس راحتی و آرامش فرد و در نهایت کاهش رفتارهای و اعمالی می‌شود که فرد را مسطح درد خود نشان می‌دهد. به دنبال احساس‌های روشنی، در تفکرات و در باورهای فرد تغییراتی ایجاد می‌شود. به‌دنبال سانک‌که نفر با تجربه آرامش روانی، تلاش می‌کند تا افکار و نگرش‌های ناسالم و دردزا خود را در جهت‌هایی سود دهد تا کمتر حالات و احساسات

1- Herman 2- Do'berjine 3- Bogardass
و بر اساس شرطی سازی می‌باشد. پاداش و تنبیه منفی احساسی در رویکرد عاملی نسبت به درد بوده و گفتگو می‌شود که گیرنده‌های ویژه درد، بیماران دچار درد مزمن، فعالیت‌ها کمی دارد (نیویا، ۱۹۹۴). به نظر است، فردایس (۱۹۷۹) درد تسجیل حسی باها و هیجانی‌های ناخوشایندی است که در نتیجه صدمه و یا نسبت احتمالی بافت به وجود می‌آید، با گذاشتنی این نظریه می‌تواند به درد باورهای مرتبط به درد کاهش افسردگی در آزمودنی‌ها از جنین جهت قابل توجهی است:

نخستین تبیین شاید به نوع تکنیک رفتار درمانی برمی‌گردد که در این تحقیق استفاده شد. تبیین دیگری که در اینجا می‌توان ارائه داد این است که در بیشتر روش‌های درمان رفتاری همکاری و همراهی بسترگان بیمار به ویژه همسر و والدین در موفیت‌آموزی بودن درمان دلخواه است. حال انتخاب در تحقیق حاضر، تمامی توجه تنها بر بیمار متمرکز بود و خانواده بیمار در جریان روند درمان قرار نداشت.

موضوع سومی که می‌توان به اشاره کرد خاصیت ذاتی و ماهیتی درمان‌های رفتاری است که به طور عمده بر کاهش رفتارها و استرس که طور عمده بر کاهش رفتارها و اعمال مربوط به درد بیمار اشاره دارد و با لغزش با تقویت های فیزیکی که بیمار دریافت می‌دارد تلاش می‌کند.

1- Nevenn
بررسی آتشفشانی روشهای درمانی نشان‌آوری، تاریخی و رفتاری...

نکته‌هایی که چا دارد به آن توجه کرد نشان داد که درمانی در کاهش و کنترل اختلالات درامونی می‌باشد، اما میزان کارایی و تأثیر برتر روش رفتن درمانی بر روی شناختی در تغییر روشهای افراد، به عوامل مختلفی بستگی دارد که یکی از مهم‌ترین این عوامل باشد به تدریج و بیشتر برای ظهور تغییرات شناختی و عملیاتی در افکار و اندیشه‌های بیمار مورد نیاز است که این خود از قبیل اجرای بروسیهای پی‌گیرانه را غیرقابل اجتناب می‌سازد.

جمه岷گین، دیده شد که روش رفتار درمانی در کاهش روشهای درمانی، مؤثرتر از روشهای درمانی رفتنی‌های دارد. به عبارت دیگر، روش رفتار درمانی در تغییر و تبدیل روشهای درمانی روشهای مناسب‌تری نسبت به روش نشان‌آوری درمانی است. تحقیقات انجام شده حاکی از این است که رفتار درمانی تغییر روشهای درمانی افزایش سطح فعالیت عمومی بیمارانی که ادامه می‌یابد درد بیوه دختر جسمانی مؤثرتر از روش نشان‌آوری درمانی به نظر می‌رسد (نیکولاس و دیگران، 1964؛ فورداویس و دیگران، 1982). در مجموع، نتیجه‌ها حاصل با این‌افتخام حاصل از تحقیقات انجام شده دیگر همسوی نشان می‌دهد (فورداویس، 1986؛ تورنر و چایمن، 1987؛ تورنر و کلاناسی، 1987؛ مک‌کراکن، 1997).

1. Clancey
2. McCraken
منابع

فارسی

اجودی شهرستانی، داود (۱۳۷۴). بررسی میزان شیوع و عوامل مستعده کمردرد در کادر پرستاری بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ص ۱۱۳-۱۲۳.

اصغری مقدم، محمدرضا (۱۳۷۴). بررسی نقش روان‌زمینگی، بارداری و مربوط به درد و راهبردهای مقابل‌های در سازگاری با درد مزمن. خلاصه مقالات نخستین کنگره انگمن روانشناسی، تهران: ایران.

باقرزاده لدARI، رحیم (۱۳۷۷). بررسی اثراتی دیمان شناختی و تفکر در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن غیر به‌دیگر. پایان نامه کارشناسی ارشد، استان قزوین: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ص ۱۱۱-۱۲۸.

نجاریان، بهمن، عطازی، یوسفی و مگوندی، بهنام (۱۳۷۴). ساخت هم‌زمانی بارداری و آزمون اضطراب (ANQ). مجله علوم انسانی زهرا، سال پنجم، شماره‌های ۱۵ و ۱۶.

لاتین


Harcourt Brace Jovanovich.


Fordyce, W. E. (1976). Contingency management. In J.J. Bonica (Eds.), The


281-285.


