

Meta-analysis of psychological intervention's effectiveness on reduction of pain intensity among patients with chronic pain

Mina Vesal^{1*}, Hamid Taher Neshatdoost²

1. Ph.D. student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran
2. Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Psychologists have looked for measuring credibility and effectiveness of psychological interventions in chronic pain field, in recent years. In this regard, meta-analysis can defines the effect rate of psychological interventions by integrating the obtained results from different studies.

Materials and methods: This study wants to study the effective rate of psychological interventions on reducing pain severity, follows meta-analysis model. For this purpose 20 Studies with appropriate methodology accepted were selected and meta-analysis using. The research tool was meta-analysis check list.

It seems that a meta-analysis study with accurate rate of psychological interaction on pain severity would be helpful. On the other hand, meta-analysis can prepare a clear result about this intervention.

Findings: According to the findings of this study, the magnitude of the effect is equal to 1.25, which is high according to the Cohen effect size interpretation table. The most significant effect (1.81) is related to Sheikhi, et.al (2016) and the least amount of effect (0.54) in this research is related to the research of Amirani, et.al (2014).

Conclusion: The results of the meta-analysis showed that psychological treatments have a high effect on reduction of chronic pain. In sum, evidence suggests psychological treatment of chronic pain is promising.

Keywords: Meta-Analysis, Chronic pain, Psychological treatments, Effectiveness

► Please cite this paper as:

Vesal M, Neshatdoost H T [Meta-analysis of psychological interventions' effectiveness on the reduction of pain intensity among patients with chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2019;10(3):21-38.

Corresponding Author: Mina Vesal, Ph.D. student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

Email: mvesal@edu.ui.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۸

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۸

فرا تحلیل بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی درد مزمن بر کاهش درد (مقالات سال‌های ۸۵ تا ۹۷)

مینا وصال^{۱*}، حمید ظاهر نشاط‌دوست^۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲. استاد روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۳۰

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۲/۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، روان‌شناسان در زمینه درمان و مدیریت درد مزمن به دنبال ارزیابی و کارایی مداخله‌های روان‌شناختی در حوزه درد مزمن بوده‌اند. در این خصوص، فراتحلیل می‌تواند با یکپارچه کردن نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف، میزان اندازه اثر روش‌های درمان را مشخص کند.

مواد و روش‌ها: هدف از پژوهش حاضر درصدد ارزیابی میزان اثرگذاری مداخلات روان‌شناختی بر کاهش شدت درد با استفاده از الگوی فراتحلیل است. برای این منظور ۲۰ پژوهش (شامل ۱۰۳۶ نفر) که از لحاظ روش‌شناختی مورد قبول بود، انتخاب و فراتحلیل در مورد آن‌ها انجام گرفت. ابزار پژوهش عبارت از چک لیست فراتحلیل بود. به نظر می‌رسد که انجام یک فراتحلیل به روشن ساختن مقدار واقعی تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر شدت درد کمک خواهد کرد و نیز میزان اثربخشی این مداخلات را نشان خواهد داد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش میزان اندازه اثر برابر ۱/۱۴ است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، بالا ارزیابی می‌شود؛ به طوری که بیش‌ترین اندازه اثر (۱/۸۱) مربوط به پژوهش شیخی (۱۳۹۶) و کم‌ترین اندازه اثر (۰/۵۴) مربوط به تحقیق امیرانی و همکارانش (۱۳۹۳) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج فراتحلیل نشان داد که درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش درد مزمن، تأثیر بالایی دارد. در مجموع می‌توان گفت شواهد برای درمان‌های روان‌شناختی درد مزمن امیدوار کننده است.

واژه‌های کلیدی: فراتحلیل، درد مزمن، درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی

مقدمه

به شمار می‌آید. درد پیامد قابل پیش‌بینی بیماری‌های حاد، جراحت و جراحی است که عموماً با بهبودی رفع می‌شود^(۱). انجمن بین‌المللی مطالعات درد (IASP)، درد را یک احساس و یک تجربه هیجانی ناخوشایند در نظر گرفته

درد پدیده‌ای متشکل از مجموعه‌ای از علائم زیستی، روانی و اجتماعی و شاخصی از کیفیت زندگی و بهداشت روانی است که نشانه یک اختلال زیربنایی و علامتی از بیماری

نویسنده مسئول: مینا وصال، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

پست الکترونیک: mvesal@edu.ui.ac.ir

آن تأثیرگذار است^(۵). شدت درد، همواره با میزان آسیب در ارتباط نیست و نشانه‌ها ممکن است مدت‌ها پس از بهبودی نیز ادامه یابند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درد مزمن غیر سرطانی می‌تواند به علت تحریک مداوم یا تغییر در گیرنده‌های درد به علت آسیب‌های موضعی یا جراحی حاد یا بیماری (به طور مثال، استئوآرتریت) و یا آسیب به سیستم عصبی مرکزی یا پیرامونی و یا هر دو (نوروپاتی دردناک دیابتی، آسیب نخاعی) که ممکن است با تکنولوژی‌های حال حاضر قابل تشخیص نباشد^(۸).

درد مزمن از مشکلات جهانی در حوزه سلامت است که تأثیرات اجتماعی و اقتصادی زیادی را در پی دارد^(۹)،^(۱۰)، کمر درد و درد مفاصل از شایع‌ترین دردها هستند که سردرد و گردن درد در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند. مهم‌ترین دلایل درد نیز شامل مشکلات نخاعی، دردهای پس از آسیب و جراحی هستند^(۱۱). تخمین زده شده است که از هر پنج بزرگسال یک نفر از درد رنج می‌برد و هر ساله از هر ده بزرگسال، یک نفر تشخیص درد مزمن را دریافت می‌کند^(۹). شیوع درد مزمن در بزرگسالان بالای ۱۹ سال در آمریکا، ۴۳ درصد (معادل ۱۱۶ میلیون نفر)^(۶)، در بزرگسالان بالای ۱۸ سال در کانادا حدود ۱۸/۹ درصد^(۱۲) و شیوع یک ماهه آن در اروپا، حدود ۱۹ درصد (۱۳) گزارش شده است. در جمعیت بزرگسال ایرانی (۱۸ تا ۶۵ سال)، شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر از ۹ درصد تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۵ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است^(۱۴)، همچنین محمدزاده و همکاران (۱۳۹۲)^(۱۵)، میانگین شیوع درد مزمن در محله‌های شهر تهران را حدود ۲۵/۵ درصد برآورد کرده‌اند. به طور میانگین، گزارش‌ها شیوع جهانی درد مزمن را در حال حاضر حدود ۲۰ درصد تخمین می‌زنند^(۱).

رابطه‌ی بین درد مزمن و نشانه‌ها و علائم روانی هنوز روشن نیست و احتمالاً این ارتباط دو طرفه است^(۱۶). ناهنجاری در سیستم‌های تنظیم‌کننده خلق و درد در مغز و نخاع به عنوان یک مکانیزم رایج در نظر گرفته

که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است^(۳). در سال ۲۰۱۶، تعریف کامل‌تری از درد توسط ویلیامز و همکارانش^(۳) پیشنهاد شد: "درد یک تجربه پریشان‌کننده در رابطه با آسیب واقعی یا بالقوه است که شامل مؤلفه‌های حسی، هیجانی، شناختی و اجتماعی می‌شود. لذا درد نتیجه‌ی تعامل پویا بین فرآیندهای حسی و زمینه‌ای (شامل شناخت، هیجان و انگیزش) است^(۴)."

دردی که فراتر از مدت انتظار طبیعی برای بهبودی و یا پس از قطع منبع درد همچنان ادامه پیدا کند به هیچ عنوان برای بدن مفید نبوده و به نظر می‌رسد این درد نقش محافظتی نداشته و کمکی به انطباق و سازگاری بیمار نمی‌کند و حتی می‌تواند به احساس بهزیستی فرد لطمه بزند^(۱). انجمن بین‌المللی مطالعات درد، درد مزمن را به عنوان درد بدون ارزش زیستی مشخص تعریف می‌کند که پس از گذشت زمان طبیعی لازم برای بهبودی، همچنان باقی می‌ماند (معمولاً بین سه ماه تا شش ماه). البته باید توجه داشت که زمان طبیعی برای بهبودی، می‌تواند از کمتر از چهار هفته، شش هفته و یا حتی هشت هفته نیز طول بکشد که این امر به آسیب بافتی وارده بستگی دارد. در دردهای غیرسرطانی، سه ماه، به عنوان نقطه برش برای تفکیک درد حاد از درد مزمن مرسوم است، هر چند که برای اهداف پژوهشی، بهتر است درد بیش از شش ماه مدنظر قرار گیرد^(۵). بنابراین؛ درد مزمن اغلب با توجه به مدت آن تعریف می‌شود، دردی که بین سه ماه تا شش ماه و یا بیش‌تر به طول انجامد، درد مزمن در نظر گرفته می‌شود^(۶).

در مقایسه با بیماران مبتلا به درد حاد، بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، نقاط و محل‌های دردناک بیش‌تری دارند، داروهای بیش‌تری مصرف می‌کنند و شدت درد و ناتوانی در آنان در طول دوره درمان کمتر کاهش می‌یابد^(۷). در بهبودی درد حاد یا تبدیل آن به درد مزمن عوامل زیادی از جمله عوامل روانی-اجتماعی، فیزیولوژیکی، رفتاری، ژنتیک، آسیب و بیماری قبلی، عدم تشخیص به موقع و درمان درد حاد، شدت درد و مدت

یک نفر از هر پنج نفری که از درد مزمن رنج می‌برد، به دلیل درد شغل خود را از دست می‌دهد و یک سوم از آنان نیز ساعات کاری‌شان تحت فشار ناشی از درد هستند^(۳۸).

موارد ذکر شده، تنها بخشی از تبعات فردی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از درد مزمن است که چالشی اساسی در حوزه سلامت ایجاد کرده است. از آن‌جا که نگرش پزشکی موفق به درمان دردهای مزمن نبوده است و با توجه به این‌که تأثیر زیاد بر فرد و جامعه، بایستی مورد توجه خاص قرار گیرند و نباید صرفاً بر الگوی پزشکی در مراقبت از این بیماران بسنده کرد. با توجه به مطالب گفته شده، ضرورت توجه به متغیرهای روان‌شناختی در چرخه‌ی درد مزمن مشخص می‌گردد. از سوی دیگر، متأسفانه هیچ یک از درمان‌های دارویی، پزشکی و جراحی که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرند، به تنهایی قادر به برطرف کردن درد و یا افزایش عملکرد فیزیکی و هیجانی بیماران نیستند. شیوع بالا، ماهیت مقاوم به درمان دردهای مزمن و وابستگی به دارو، موجب افزایش تمایل نسبت به برنامه‌های درمانی کمکی یا جایگزین شده است، در مجموع این بدان معناست که فاکتورها و مداخلات روان‌شناختی باید در درمان درد مزمن و ناتوانی‌های مرتبط با آن مدنظر قرار گیرند^{(۳۱) (۳۲)}. امروزه نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد درد مزمن و ناتوانی به خوبی شناخته شده است.

تحقیقات مختلفی در ایران به منظور بررسی تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر درد مزمن انجام شده است. چنان‌چه اثربخشی این درمان‌ها به اثبات برسد، می‌تواند از بسیاری از تبعات روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از درد مزمن بکاهد، لذا با توجه به این موارد هدف از تحقیق حاضر مشخص می‌گردد. با توجه به این‌که تحقیقات صورت گرفته، این مداخلات را موثر گزارش کرده‌اند، اما میزان اثر آن‌ها دقیقاً مشخص نیست. هدف از تحقیق حاضر، جمع‌آوری و ترکیب نتایج مداخلات روان‌شناختی در حوزه درد مزمن و محاسبه میزان اثر این

شده است. مونوآمین‌های سروتونین و نورآدرنالین، از هسته رافه‌ی ساقه مغزی به سمت قسمت‌های جلویی مغز و نخاع منشاء گرفته‌اند و به عنوان عامل تأثیرگذار در خلق و فرآیند درد شناخته شده‌اند^(۱۷). نظر می‌رسد که افسردگی و اضطراب، می‌توانند به صورت اثر متقابل یا مستقل از هم بر نتایج بالینی هم‌چون درد و ناتوانی اثر بگذارند^(۱۸). اضطراب، افسردگی با فاجعه‌سازی درد و پیش‌آگهی ضعیف درمان در مبتلایان به درد مزمن همراه است^(۱۶). تحقیقات حاکی از آن است که تقریباً حدود ۹۰ درصد بیماران با درد مزمن، به سمت نشانه‌های افسردگی گرایش پیدا می‌کنند^(۱۹) و در ۶۵ درصد موارد افسردگی درد هم‌زمان رخ می‌دهند^(۲۰).

شیوع افسردگی بین مبتلایان به درد مزمن حدود ۳۵/۷ درصد و شیوع اضطراب در بین این بیماران حدود ۳۵ تخمین زده شده است^{(۲۱) (۲۲)}. در مجموع می‌توان گفت اضطراب، افسردگی و فشارهای روان‌شناختی با ایجاد کاهش در مهار نزولی، موجب کاهش آستانه حساسیت مرکزی و افزایش شدت درد می‌شوند^(۲۳).

درد مزمن به طور چشمگیری می‌تواند وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار دهد و منجر به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی شود، اغلب با فعالیت‌های روزمره مانند مسئولیت‌های خانوادگی، فعالیت‌های تفریحی (شامل ورزش) و خواب تداخل می‌کند و عوارضی چون افسردگی، ناتوانی در فعالیت شغلی، اختلال در روابط اجتماعی، انزوای اجتماعی، بازنشستگی زود هنگام، خستگی، کاهش عملکرد جسمی و روانی، مشکلات خواب و افکار خودکشی را به همراه دارد^{(۲۴) (۲۵) (۲۶) (۲۷) (۲۸)}. گزارش‌ها حاکی از بالا بودن شیوع تمایل به خودکشی و خودکشی موفق در بین مبتلایان به دردهای مزمن است^(۲۹)، به طوری که این افراد دو تا سه برابر بیش‌تر افکار خودکشی داشته و یا به خودکشی اقدام می‌کنند و حدود دو سوم از کسانی که خودکشی کرده‌اند، سابقه درد مزمن داشته‌اند^(۳۰). از سوی دیگر، بررسی‌ها در اروپا حاکی از آن است که

لازم برخوردار بوده‌اند و دسترسی به متن کامل آن‌ها امکان‌پذیر بود، استفاده شد. ملاک‌های درون‌گنجی برای فرا تحلیل عبارت بودند از:

۱. داشتن شرایط لازم از نظر روش‌شناسی (فرضیه‌سازی، روش تحقیق، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری، روایی و پایایی ابزار مورد استفاده، فرضیه‌های آماری، روش تحلیل آماری و صحیح بودن محاسبات آماری).
۲. موضوع پژوهش درمان روان‌شناختی درد مزمن باشد.
۳. تحقیقات به صورت آزمایشی (مداخله درمانی) انجام شده باشد.

۴. پژوهش‌هایی که حداقل روی ۱۵ آزمودنی در هر گروه صورت گرفته باشد.

۵. آزمودنی‌ها افراد بزرگسال (بالای ۱۸ سال) بودند.

ملاک‌های خروج از تحقیق، عبارتند از پژوهش‌هایی که شرایط روش‌شناسی را نداشته و یا به صورت موردی، همبستگی و توصیفی انجام شده‌اند.

برای انتخاب پژوهش‌هایی که از ملاک‌های درون‌گنجی برخوردار بودند از چک لیست تحلیل محتوا استفاده شد و اطلاعات مورد نیاز برای انجام فرا تحلیل استخراج شد. در این بررسی، صرفاً پژوهش‌هایی که روایی و اعتبار آن‌ها محرز گردیده بود برای فرا تحلیل انتخاب شدند. در جدول ۱ مشخصات تحقیقات مورد بررسی، ارائه شده است. در هر یک از مطالعات متغیرهای متفاوتی به عنوان متغیر مستقل و وابسته در نظر گرفته شده است. جدول ۲ متغیرهای مورد استفاده در هر یک از پژوهش‌ها را به طور جداگانه مورد بررسی قرار داده است. بر اساس داده‌های گزارش شده در هر یک از پژوهش‌ها به محاسبه اندازه اثر (ES) میزان اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر شدت درد پرداخته شد. به همین منظور اندازه اثر طبق مراحل فرا تحلیل محاسبه گردید. شیوه محاسباتی فرا تحلیل موجود بر اساس مراحل فرا تحلیل کوهن انجام شده است که چهار گام اساسی دارد: شناسایی، انتخاب، انتزاع و تجزیه و تحلیل. به منظور محاسبه‌ی اندازه اثر از نرم‌افزار استفاده نشده است و تمامی محاسبات دستی انجام شده است.

مداخلات در قالب فرا تحلیل است و پاسخگویی به این سوال است که میزان اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر شدت درد مزمن در ایران چقدر بوده است؟ با توجه به تبعات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی درد مزمن برای افراد مبتلا و جامعه، ضرورت پژوهش حاضر مشخص می‌شود، این پژوهش درصدد است تا میزان اثرگذاری مداخلات روان‌شناختی در حوزه درد مزمن را با استفاده از الگوی پژوهشی فرا تحلیل، مورد بررسی قرار دهد.

روش مطالعه

روش فرا تحلیل شیوه‌ای مناسب برای ترکیب هدفمند نتایج تحقیقات مختلف به منظور رسیدن به برآوردی بهتر از حقیقت است که می‌تواند با وحدت‌بخشی به مجموعه پژوهش‌هایی که گاهی ممکن است نتایج متناقضی را گزارش کنند، یک نتیجه‌ی کلی ارائه دهد و به تناقضات پایان بخشد. اصطلاح فرا تحلیل در ابتدا توسط داگلاس دهه ۱۹۷۰ ابداع شد و پس از آن توسط هدجس و اولکین (۱۹۸۵) و هانتر و اشمیت (۱۹۹۰) گسترش یافت و در این روش نتایج تحقیقات مختلف ترکیب و نتایج جدید به صورت منسجم استخراج شده و هر آنچه که موجب سوگیری در نتایج نهایی می‌شود، حذف می‌گردد^(۳۳). لذا استفاده از این روش برای رسیدن به یک نتیجه‌گیری کلی در زمینه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر درد مزمن ضروری است.

جامعه آماری پژوهش حاضر، مقالات و طرح‌های تحقیقاتی است که در زمینه مداخلات روان‌شناختی بر شدت درد مزمن انجام گرفته است، حجم نمونه مناسبی داشته و از لحاظ روش‌شناسی شرایط لازم را داشته باشند. منابع جست‌وجو در پژوهش عبارت بودند از: SID.ir، magiran.ir، civilica.com، مجلات علمی-پژوهشی در حوزه روان‌شناسی. فقط مقالات فارسی که دسترسی به تمام متن آن ممکن بود، در پژوهش گنجانده شدند. در این پژوهش، از بین ۳۸ مقاله موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی، نهایتاً از ۲۰ مقاله که از ملاک‌های درون‌گنجی

یافته‌ها

با نگاهی به جدول ۱ مشخص می‌گردد که ۶ تحقیق بر روی کم‌درد مزمن (شامل ۱۶۵ نفر)، ۳ پژوهش بر روی سردرد (۱۲۵ نفر)، ۵ تحقیق هم بر روی دردهای ناشی از رماتیسم مفصلی، فیبرومیالژیا و دردهای اسکلتی-عضلانی (شامل ۱۳۳ نفر) انجام گرفته است و در سایر پژوهش‌ها نوع درد مزمن گزارش نشده‌اند. در این بخش بر اساس داده‌های آرایه شده در گزارش هر یک از پژوهش‌های مورد نظر، به محاسبه اندازه اثر الگوهای درمانی پرداخته شده است. با توجه به تحقیقات انجام شده میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر درد مزمن مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳ میانگین اندازه اثر این پژوهش‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات این جدول، تأثیر متغیر مستقل (درمان‌های روان‌شناختی) بر متغیر وابسته (شدت درد) برابر ۱/۱۴ است که براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، بالا ارزیابی می‌شود؛ به طوری که بیش‌ترین اندازه اثر ($d = 1/81$) مربوط به پژوهش شیخی تلیابی (۱۳۹۶) و کم‌ترین اندازه اثر ($d = 0/54$) مربوط به تحقیق امیرانی و همکارانش (۱۳۹۳) بودند. بنابراین می‌توان چنین استنباط کرد که بر اساس نتایج حاصل از این فراتحلیل درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش درد مزمن، تأثیر بالایی دارد. در جدول ۴ اندازه اثر هر یک از درمان‌ها (شامل درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی

جدول ۱: مشخصات پژوهش‌های استفاده شده در فراتحلیل

ردیف	پژوهشگر	عنوان	سال اجرا	منبع	الگوی درمانی	نوع درد	ابزار	حجم نمونه	میزان آماره	سطح معناداری
۱	امیرانی و همکاران (۴۸)	اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت درد ادراک شده و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سردرد مزمن	۱۳۹۳	اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم رفتاری	● برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)	سردرد تنشی و میگرن	● پرسش‌نامه شدت درد ادراک شده ● پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36)	۴۰ نفر	$F = 32/71$	۰/۰۵
۲	انوری و همکاران (۴۹)	اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد مزمن	۱۳۹۳	مجله دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان	● درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	سردرد، کم‌درد، درد زانو و پا، درد شانه، درد مفاصل انگشتان، درد گردن، فیبرومیالژیا	● پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن (CPAQ) ● فرم کوتاه مقیاس نشانگان اضطراب مرتبط با درد (PASS-20) ● مقیاس شدت درد (PIS)	۱۷ نفر (مرد)	$F = 27/45$	۰/۰۱
۳	ایران دوست و همکاران (۵۰)	تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شدت درد زنان مبتلا به کم‌درد مزمن	۱۳۹۳	مجله روان‌شناسی بالینی	● درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	کم‌درد مزمن	● پرسش‌نامه غربالگری چند بعدی درد (MPI)	۴۰ نفر (زن)	$F = 218/46$	۰/۰۱

ردیف	پژوهشگر	عنوان	سال اجرا	منبع	الگوی درمانی	نوع درد	ابزار	حجم نمونه	میزان آماره	سطح معناداری
۴	بهراد و همکاران (۵۱)	مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلا به میگرن	۱۳۹۷	مجله مطالعات روان‌شناختی	● روان درمانی مثبت‌نگر ● درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	میگرن	● مقیاس شدت درد (PIS) ● پرسش‌نامه خودکارآمدی درد نیکلاس ● پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن (CPAQ)	۴۵ نفر	F=۱۴۷/۷۲	۰/۰۱
۵	جان بزرگی و همکاران (۵۲)	اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت درد و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به کمردرد مزمن	۱۳۹۲	مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران	● درمان شناختی رفتاری (CBT)	کمردرد مزمن	● مقیاس ناتوانی کمردرد کبک (QBPDs) ● مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)	۳۰ نفر (زن)	F=۳/۸۰	۰/۰۰۱
۶	حمزه‌پور و همکاران (۵۳)	اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید	۱۳۹۴	مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان	● درمان شناختی رفتاری (CBT)	رماتیسم مفصلی	● پرسش‌نامه ادراک بیماری (IPQ) ● پرسش‌نامه درد مک‌گیل (MGPIQ)	۳۰ نفر (زن)	F=۹/۵۱	۰/۰۱
۷	حمید و همکاران (۵۴)	تأثیر درمان شناختی رفتاری بر شدت درد و سلامت روانی بیماران زن مبتلا به کمردرد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی شهر تهران	۱۳۹۲	فصلنامه روان‌شناسی بالینی	● درمان شناختی رفتاری (CBT)	کمردرد مزمن	● پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) ● خرده مقیاس شدت درد ● پرسش‌نامه چند وجهی درد	۳۰ نفر (زن)	F=۶۰/۷۲	۰/۰۰۱
۸	داودی و همکاران (۵۵)	اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی و اسکلتی	۱۳۹۱	مجله روان‌شناسی یافته‌های نو در روان‌شناسی	● مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)	دردهای عضلانی-اسکلتی	● پرسش‌نامه مورد یابی درد مزمن ● سیاهه چندوجهی درد (MPI) ● خرده مقیاس راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی ● پرسش‌نامه راهبردهای مقابله درد	۲۸ نفر (زن)	F=۹/۹۰	۰/۰۰۵
۹	رحیمیان بوگر (۵۶)	تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود علائم چند وجهی درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن؛ پیگیری چهار ماهه	۱۳۹۰	مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش	● درمان شناختی رفتاری (CBT)	کمردرد مزمن	● مقیاس چند وجهی درد (MPI)	۳۵ نفر	F=۲۸/۷۱۱	۰/۰۰۱

ردیف	پژوهشگر	عنوان	سال اجرا	منبع	الگوی درمانی	نوع درد	ابزار	حجم نمونه	میزان آماره	سطح معناداری
۱۰	ساعدی و همکاران (۵۷)	اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سردرد میگرن	۱۳۹۶	چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی	● شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)	میگرن	● پرسش‌نامه سنجش علائم سردرد میگرن نجاریان ● پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ (PSQ)	۴۰ نفر	F=۲۴/۲۹	۰/۰۰۱
۱۱	شیخی تلیپایی (۵۸)	بررسی اثربخشی درمان تنظیم هیجانی بر کاهش درد مزمن در بیماران مبتلا به درد مزمن شهر تهران	۱۳۹۶	پنجمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی	● درمان مبتنی بر تنظیم هیجانی	نوع درد مزمن گزارش نشده است.	● پرسش‌نامه چندوجهی درد (MPI) ● پرسش‌نامه درجه‌بندی درد مزمن (GPQ)	۳۰ نفر	F=۳۶/۲۰۹	۰/۰۰۰
۱۲	شیرازی تهرانی و همکاران (۵۹)	اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر مدل تدوینی، بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی	۱۳۹۶	مجله اندیشه و رفتار	● درمان شناختی رفتاری (CBT) ● بسته آموزشی تدوینی مبتنی بر مدل سازگاری با درد	درد عضلانی-اسکلتی	● پرسش‌نامه درجه‌بندی درد مزمن (CPG)	۴۵ نفر	F=۴۸/۸۲۶	۰/۰۰۱
۱۳	صبور و همکاران (۶۰)	اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن	۱۳۹۵	مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری	● درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	نوع درد مزمن گزارش نشده است.	● مقیاس شدت درد (PIS) ● پرسش‌نامه پذیرش درد (CPAQ) ● مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)	۴۰ نفر (زن)	F=۱۶/۷۲	۰/۰۰۱
۱۴	عبدالقادر و همکاران (۶۱)	اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن	۱۳۹۲	مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد	● شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) ● درمان شناختی رفتاری (CBT)	کمردرد مزمن	● پرسش‌نامه درد مک‌گیل (MGPIQ) ● مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)	۳۰ نفر	F=۲۸/۶۲۱	۰/۰۰۱
۱۵	فاطمی و همکاران (۶۲)	بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان	۱۳۹۵	مجله تحقیقات علوم رفتاری	● درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	رماتیسم مفصلی	● پرسش‌نامه درد مک‌گیل (MGPIQ)	۳۰ نفر (زن)	F=۳۳/۳۸	۰/۰۰۱

ردیف	پژوهشگر	عنوان	سال اجرا	منبع	الگوی درمانی	نوع درد	ابزار	حجم نمونه	میزان آماره	سطح معناداری
۱۶	گلچین و همکاران (۶۳)	اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری در به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای و کاهش درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن	۱۳۹۰	مجله اصول بهداشت روانی	● درمان شناختی رفتاری (CBT)	کمردرد مزمن	● پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای ● مقیاس ناتوانی کمردرد (QBPDS) کبک	۳۰ نفر (زن)	F=۵/۳۸۲	۰/۰۲۸
۱۷	محمدی و همکاران (۶۴)	اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن بر شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی	۱۳۹۰	مجله سالمند	● درمان شناختی حضور ذهن	نوع درد مزمن گزارش نشده است.	● پرسش‌نامه درجه‌بندی درد مزمن (GPQ) ● آزمون معاینه مختصر روانی (MMSE) ● پرسش‌نامه ناتوانی ناشی از درد (PDQ)	۳۰ نفر (زن)	F=۱۲/۳۴	۰/۰۰۲
۱۸	مصطفائی و همکاران (۶۵)	اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر تصمیم‌گیری، خودکارآمدی بر نظم‌جویی شناختی هیجانی، کنترل فکر و میزان درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با توجه به مدل فرانظری	۱۳۹۷	فصلنامه روان‌شناسی شناختی	● درمان شناختی مبتنی بر تصمیم‌گیری، خودکارآمدی (مدل فرانظری)	نوع درد مزمن گزارش نشده است.	● پرسش‌نامه درد مک‌گیل (MGPQ) ● پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجانی (CERQ) ● پرسش‌نامه کنترل فکر (TCQ)	۶۷ نفر (زن)	F=۲۳/۴۱	۰/۰۰۱
۱۹	مصطفائی و همکاران (۶۶)	مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر میزان درد و درآمیختگی افکار در بیماران مبتلا به درد مزمن	۱۳۹۷	فصلنامه روان‌شناسی سلامت	● مداخله شناختی مبتنی بر مدل فرانظری ● فراشناخت درمانی	نوع درد مزمن گزارش نشده است.	● پرسش‌نامه درد مک‌گیل (MGPQ) ● پرسش‌نامه درآمیختگی افکار (TFI)	۱۰۵ نفر (زن)	F=۱۹۲/۱۵	۰/۰۰۱
۲۰	نسیمی‌فر و همکاران (۶۷)	کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی: درمانی کارآمد در بهبود دردهای مزمن و کاهش اختلال در عملکرد روزانه	۱۳۹۱	چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی	● برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)	نوع درد مزمن گزارش نشده است.	● پرسش‌نامه مورد یابی درد مزمن ● مقیاس چند وجهی درد (MPI)	۲۴ نفر	F=۱۱/۰۴	۰/۰۰۳

جدول ۲: متغیرهای مورد استفاده در هر یک از پژوهش‌ها

متغیر وابسته ۴	متغیر وابسته ۳	متغیر وابسته ۲	متغیر وابسته ۱	متغیر مستقل ۲	متغیر مستقل ۱	
		کیفیت زندگی	شدت درد ادراک شده		برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۱
	اضطراب مرتبط با درد	پذیرش درد	شدت درد		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲
			شدت درد		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳
تعهد کاری	خودکارآمدی	پذیرش درد	شدت درد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	روان درمانی مثبت‌نگر	۴
		پیشانی روانشناختی	شدت درد		درمان شناختی رفتاری	۵
		ادراک بیماری	ادراک درد		درمان شناختی رفتاری	۶
		سلامت روان	شدت درد		درمان شناختی رفتاری	۷
		فاجعه‌آفرینی	شدت درد		برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۸
			علائم چند وجهی درد		درمان شناختی رفتاری	۹
		کیفیت خواب	شدت درد		شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۰
			شدت درد		درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	۱۱
			شدت درد	درمان مبتنی بر مدل تدوینی	درمان شناختی رفتاری	۱۲
استرس	افسردگی	پذیرش درد	شدت درد		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۳
	اضطراب	افسردگی	شدت درد	درمان شناختی رفتاری	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۴
			شدت درد		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵
		راهبردهای مقابله‌ای	شدت درد		درمان شناختی رفتاری	۱۶
		محدودیت عملکرد	شدت درد		درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن	۱۷
	نظم‌جویی هیجانی	کنترل فکر	شدت درد		درمان شناختی مبتنی بر تصمیم‌گیری و خودکارآمدی	۱۸
		درآمیختگی افکار	شدت درد	فراشناخت درمانی	مداخله فراشناختی	۱۹
		اختلال در عملکرد روزانه	شدت درد		برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۰

جدول ۳- نتایج فرا تحلیل اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی درد مزمن بر کاهش درد

شماره تحقیق	N	P	Z	R	d کوهن
۱	۴۰ نفر	۰/۰۵	۱/۶۴۵	۰/۲۶	۰/۵۴
۲	۱۷ نفر (مرد)	۰/۰۱	۲/۳۲۶	۰/۵۶	۱/۳۵
۳	۴۰ نفر (زن)	۰/۰۱	۲/۳۲۶	۰/۳۶	۰/۷۷
۴	۴۵ نفر	۰/۰۱	۲/۳۲۶	۰/۳۴	۰/۷۲
۵	۳۰ نفر (زن)	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۵۶	۱/۳۵
۶	۳۰ نفر (زن)	۰/۰۱	۲/۳۲۶	۰/۴۲	۰/۹۳
۷	۳۰ نفر (زن)	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۵۶	۱/۳۵
۸	۲۸ نفر (زن)	۰/۰۰۵	۳/۰۹۰	۰/۵۸	۱/۴۲
۹	۳۵ نفر	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۵۲	۱/۲۲
۱۰	۴۰ نفر	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۴۸	۱/۰۹
۱۱	۳۰ نفر	۰/۰۰۰۱	۳/۷۱۹	۰/۶۷	۱/۸۱
۱۲	۴۵ نفر	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۴۶	۱/۴۰
۱۳	۴۰ نفر (زن)	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۴۸	۱/۰۹
۱۴	۳۰ نفر	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۵۶	۱/۳۵
۱۵	۳۰ نفر (زن)	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۵۶	۱/۳۵
۱۶	۳۰ نفر (زن)	۰/۰۲۸	۱/۸۸۱	۰/۳۴	۰/۷۲
۱۷	۳۰ نفر (زن)	۰/۰۰۲	۳/۰۹۰	۰/۵۶	۱/۳۵
۱۸	۶۷ نفر (زن)	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۳۷	۰/۸۰
۱۹	۱۰۵ نفر (زن)	۰/۰۰۱	۳/۰۹۰	۰/۳۰	۰/۶۳
۲۰	۲۴ نفر	۰/۰۰۳	۳/۰۹۰	۰/۶۳	۱/۶۲
میانگین اندازه‌های اثر			۱/۱۴		

دارویی، پزشکی و جراحی که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرند، به تنهایی نتوانسته‌اند درد را از بین برده و یا به طور قابل توجهی عملکرد فیزیکی یا عاطفی بیماران را افزایش دهند^(۸). این مسائل موجب ورود عوامل روانی-اجتماعی برای درمان درد و ناتوانی‌های ناشی از آن شد^(۳۱). در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی خاستگاه درد و رنج ناشی از آن پیچیده و چندعاملی است. به طوری که در این دیدگاه نه تنها متغیرهای زیستی-پزشکی مدنظر قرار می‌گیرند، بلکه به متغیرهای روان‌شناختی (مانند رفتار، هیجانات و باورها) و متغیرهای اجتماعی (مانند هنجارها و ارزش‌های فرهنگی، شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده و شرایط اجتماعی-اقتصادی) نیز توجه می‌شود^(۳۶). درمان‌های روان‌شناختی در این حوزه به منظور خود-مدیریتی درد و ناتوانی ناشی از آن پدید آمده‌اند^(۳۷)؛ به طوری که مداخلات روان‌شناسی امروزه به عنوان یک بخش اصلی در درمان درد شناخته شده است^(۳۸). تاکنون درمان‌های روان‌شناختی متنوعی برای بیماران مبتلا به دردهای مزمن تدوین و به کار گرفته شده است. درمان‌هایی هم‌چون: درمان شناختی-رفتاری (CBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، شناخت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) برای دردهای مزمن مورد استفاده قرار گرفته است.

الگوی شناختی-رفتاری سعی دارد تا با تصحیح تفسیرهای نابه‌جا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد و با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی^(۳۹)، در کنار درمان‌های دارویی-زیستی به مدیریت درد مزمن کمک کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی که باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند را مورد هدف قرار می‌دهد و به افراد در پذیرش درد (تمایل به تجربه درد بدون تلاش برای کنترل آن) و یا افکار مرتبط با درد

بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) به تفکیک آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

درد مزمن یک مشکل فراگیر است که به طرق مختلف بر بیمار، خانواده‌اش و جامعه اثر می‌گذارد. بررسی سازمان بهداشت جهانی (WHO) نشان داده است که حدود ۲۰ درصد از مردم در سرتاسر دنیا از درجات مختلفی از درد مزمن رنج می‌برند. وجود درد مزمن تأثیرات مستقیمی بر بهداشت و سلامت مبتلایان و هزینه‌های غیرمستقیمی مانند کاهش بهره‌وری را به همراه دارد^(۴). به طور کلی، مدیریت درد به دلیل نیاز گسترده به توانبخشی طولانی مدت و درمان چندرشته‌ای، هزینه‌های زیادی در پی دارد^(۳۴). به طوری که سازمان حسابرسی بهره‌وری آمریکا گزارش داده است که کاهش زمان بهره‌وری در شرایط معمول درد مزمن مانند سردرد، درد گردن، کمر درد، آرتروز و سایر مشکلات اسکلتی-عضلانی، حدود ۶۱/۲ میلیارد دلار در سال است^(۳۵). هزینه مراقبت‌های درمانی هر فرد بدون درد در آمریکا حدود ۴ دلار در سال است، در حالی که هزینه‌های درمانی افراد مبتلا به درد مزمن حدود ۲۶۱ تا ۳۰۰ دلار در سال افزایش می‌یابد، به طوری که این هزینه‌ها در سطح ملی حدود ۵۶۰ تا ۶۳۵ میلیون دلار در سال تخمین زده شده است^(۱۰) و این در حالی است که مبتلایان به درد مزمن، به طور میانگین حدود هفت سال با آن درگیر هستند^(۹) و درد مزمن در مقایسه با درد حاد، پاسخ کم‌تری به مداخلات درمانی می‌دهد^(۷).

رویکردهای زیستی-پزشکی به درد مزمن اغلب عوامل روانی-اجتماعی را نادیده گرفته‌اند و بر ناهنجاری‌های ساختاری یا زیستی-پزشکی تمرکز می‌کنند^(۳۶). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجهی که در نوروفیزیولوژی درد و دسترسی به روش‌های جدید و پیشرفته‌ی تشخیصی و درمانی به وجود آمده است، هیچ یک از درمان‌های

این پژوهش را با آن مقایسه نمود، به دست نیامد، با این وجود می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش با نتایج فراتحلیل هافمن و همکاران (۲۰۰۷) ^(۴۵) همسوست، این تحقیق با بررسی ۲۲ پژوهش، تأثیر مثبت کوتاه مدت درمان‌های روان‌شناختی بر تداخل درد و تأثیر بلند مدت آن در بازگشت به کار را نشان داد. در مجموع نتایج این فراتحلیل حاکی از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در کاهش درد، افسردگی، ناتوانی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن خفیف (CLBP) است. هم‌چنین فراتحلیل مورلی و همکاران (۱۹۹۹) ^(۴۶) که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی را بر روی میگرد بررسی کردند، حاکی از آن بود که این درمان‌ها، تغییرات قابل توجهی در حوزه تجربه درد، راهبردهای مقابله‌ای و بیان رفتاری درد ایجاد کردند. هر چند که فراتحلیل ویهف و همکارانش (۲۰۱۶) ^(۴۷)، با انجام فراتحلیل بر روی ۲۵ تحقیق (۱۲۸۵ نفر) در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر میزان درد و ناتوانی را کوچک اعلام کردند. هم‌چنین هوگس و همکارانش (۲۰۱۷) ^(۴۷)، با انجام فراتحلیل بر روی ۱۱ تحقیق (۸۶۳ نفر)، درمان ACT در مقایسه با گروه کنترل (هیچ گونه درمانی دریافت نکرده بودند)، موفقیت خود را نشان داد. اندازه اثر متوسط تا زیاد در سنجش پذیرش درد و انعطاف‌پذیری شناختی و اندازه اثر کوچک تا متوسط در سنجش عملکرد، افسردگی و اضطراب یافت شد. هر چند که بررسی شدت درد و کیفیت زندگی معنادار نبودند. در مرحله پیگیری نیز، این اندازه اثر کوچک‌تر بودند. در مجموع در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان ادعان داشت علیرغم این‌که نگرش پزشکان و بیماران نسبت به دردهای مزمن صرفاً رویکردی دارویی- پزشکی است، درمان‌های روان‌شناختی در این حوزه توانسته‌اند به موفقیت‌هایی دست یابند، لذا توصیه می‌شود در کنار درمان‌های پزشکی، از مداخلات روان‌شناختی نیز

کمک می‌کند و سعی در بهبود کیفیت زندگی فرد با ارتقاء جنبه‌های معنادار زندگی و انجام فعالیت‌های ارزشمند به جای تلاش بیهوده برعلیه درد دارد ^(۴۱). برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نخستین بار توسط کابات زین طراحی و در طیف وسیعی از افراد به اختلالات مرتبط با استرس و دردهای مزمن به کار برده شده است. این مدل به دنبال تغییر محتوای افکار نیست، بلکه هدف آن ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت را در بر می‌گیرد ^(۴۲). در این رویکرد، درد به عنوان بخشی غیر قابل اجتناب در زندگی پذیرفته شده است و هدف این رویکرد ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هنگام حضور افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با درد است ^(۴۳). طبق مدل شناخت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تمرینات ذهن‌آگاهی به بیماران درد مزمن کمک می‌کند تا از فعال‌سازی الگوهای افسردگی به عنوان واکنش به درد و اختلال عملکرد فیزیکی جلوگیری کنند و بیماران می‌آموزند که با افکار اتوماتیک و احساسات مربوط به درد با نگرشی مبتنی بر پذیرش و گشودگی و به شیوه‌ای غیرواکنشی و غیرقضاوتی ارتباط برقرار کنند ^(۴۴). پژوهش‌هایی که با استفاده از روش فراتحلیل انجام می‌شوند با یکپارچه‌سازی نتایج حاصل از پژوهش‌های متعدد که بر روی نمونه‌های مختلف اجرا شده‌اند، دید جامع‌تری از میزان تأثیر متغیر مستقل ارائه می‌دهند. استفاده از این روش می‌تواند امکان مقایسه کارایی الگوهای درمانی مختلف را در بافت‌های فرهنگی گوناگون مورد بررسی قرار دهد. فراتحلیل حاضر با ترکیب ۲۰ پژوهش انجام شده در کشور (شامل ۱۰۳۶ نفر)، میزان اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش درد مزمن مورد بررسی قرار داده است. نتایج حاصل از این فراتحلیل بیانگر اثربخشی بالای این مداخلات (۱/۲۵) در سطح ۰/۰۰۵ است. فراتحلیلی که در داخل کشور در رابطه با این موضوع انجام شده باشد تا بتوان نتایج حاصل از

بهره برد. امید است متخصصان درد با مشارکت روان-شناسان به بیماران کمک کنند تا با اتخاذ راهبردهای روان‌شناختی کارآمد، درد خود را مدیریت کنند. هر چند که تحقیقات بیش-تری در این خصوص لازم است، به نظر می‌رسد بررسی این درمان‌ها بر روی گروه‌های سنی سالمند و کودک و نوجوان و نظارت بر اثربخشی درمان در مرحله پیگیری می‌تواند اثربخشی کلی این درمان‌ها را بهتر منعکس کند. همچنین ضروری است که سایر متغیرهای مرتبط با درد مانند ناتوانی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی، کیفیت خواب، میزان مصرف داروهای مسکن و ... در تحقیقات مورد توجه بیش‌تری قرار گیرند و گزارش شوند تا اثرات این درمان‌ها به صورت همه‌جانبه مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت این‌که با توجه به افزایش جمعیت سالمند در ایران، امید است با توجه بیش‌تر به درمان‌های روان‌شناختی درد مزمن در کنار درمان‌های پزشکی، از ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در دوره بزرگسالی و سالمندی و هزینه‌های هنگفتی که به سیستم بهداشتی وارد می‌آورد، کاسته شود.

References

1. Kerns RD, Sellinger J, Goodin BR. Psychological Treatment of Chronic Pain. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011;7(1):411-34.
2. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*. 2007;131(1):38-47.
3. Williams ACdC, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain*. 2016;157(11):2420-3.
4. Ploner M, Sorg C, Gross J. Brain Rhythms of Pain. *Trends in Cognitive Sciences*. 2017;21(2):100-10.
5. Lerner D. Chronic Pain Transition: A Concept Analysis. *Pain Management Nursing*. 2014;15(3):707-17.
6. Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. *The Journal of Pain*. 2019;20(2):146-60.
7. Schuler M, Njoo N, Hestermann M, Oster P, Hauer K. Acute and chronic pain in geriatrics: clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Medicine*. 2004;5(3):253-62.
8. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*. 2011;377(9784):2226-35.
9. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011;11(1):770.
10. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain*. 2012;13(8):715-24.
11. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC public health*. 2013;13(1):1229.
12. Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. The Prevalence of Chronic Pain in Canada. *Pain Research and Management*. 2011;16(6).
13. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current medical research and opinion*. 2011;27(2):449-62.
14. Asgharimoghaddam MA. The prevalence rate of chronic pain and some of its associations among the employees of a big industrial company in Tehran. *Clinical Psychology & Personality*. 2004;1(4):1-14.
15. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. Epidemiology of Chronic Pain in Tehran Small Area Estimation of its Prevalence in Tehran Neighborhoods by Bayesian Approach (Urban HEART-2 study). *Iranian Journal of Epidemiology*. 2013;9(1):19-31.
16. Van Hecke O, Torrance N, Smith B. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British journal of anaesthesia*. 2013;111(1):13-8.
17. Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*. 2010;14(2):127.e1-e8.
18. Murphy LB, Sacks JJ, Brady TJ, Hootman JM, Chapman DP. Anxiety and depression among US adults with arthritis: Prevalence and correlates. *Arthritis Care & Research*. 2012;64(7):968-76.
19. Miller LR, Cano A. Comorbid Chronic Pain and Depression: Who Is at Risk? *The Journal of Pain*. 2009;10(6):619-27.
20. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003;163(20):2433-45.

21. Wilson KG, Mikail SF, D'Eon JL, Minns JE. Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain*. 2001;91(3):227-34.
22. Knaster P, Karlsson H, Estlander A-M, Kalso E. Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General Hospital Psychiatry*. 2012;34(1):46-52.
23. Vadivelu N, Urman RD, Hines RL. *Essentials of pain management*: Springer; 2011.
24. Adams NJ, Plane MB, Fleming MF, Mundt MP, Saunders LA, Stauffacher EA. Opioids and the treatment of chronic pain in a primary care sample. *Journal of pain and symptom management*. 2001;22(3):791-6.
25. Chiu Y, Silman A, MacFarlane GJ, Ray D, Gupta A, Dickens C, et al. Poor sleep and depression are independently associated with a reduced pain threshold. Results of a population based study. *Pain*. 2005;115(3):316-21.
26. GUSTORFF B, DORNER T, LIKAR R, GRISOLD W, LAWRENCE K, SCHWARZF, et al. Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2008;52(1):132-6.
27. Finan PH, Goodin BR, Smith MT. The Association of Sleep and Pain: An Update and a Path Forward. *The Journal of Pain*. 2013;14(12):1539-52.
28. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*. 2006;10(4):287-.
29. Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *PAIN*. 2001;89(2):199-206.
30. Campbell G, Bruno R, Darke S, Shand F, Hall W, Farrell M, et al. Prevalence and Correlates of Suicidal Thoughts and Suicide Attempts in People Prescribed Pharmaceutical Opioids for Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2016;32(4):292-301.
31. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*. 2016;45(1):5 - 31.
32. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2017;51(2):199-213.
33. Farahani H, Oreizy H. 2nd, editor. Isfahan: Jahad Daneshgahi; 2009.
34. Macea DD, Gajos K, Daglia Calil YA, Fregni F. The Efficacy of Web-Based Cognitive Behavioral Interventions for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*. 2010;11(10):917-29.
35. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost Productive Time and Cost Due to Common Pain Conditions in the US Workforce. *JAMA*. 2003;290(18):2443-54.
36. Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Karoly P. Fear-Avoidance Model of Chronic Pain: The Next Generation. *The Clinical Journal of Pain*. 2012;28(6):475-83.
37. Fisher E, Heathcote L, Palermo T, de C Williams A, Lau J, Eccleston C. Systematic review and meta-analysis of psychological therapies for children with chronic pain. *Journal of pediatric psychology*. 2014;39(8):763-82.
38. Morley S, Williams A, Eccleston C. Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: Time for a paradigm shift? *PAIN*. 2013;154(10):1929-31.
39. Gilson M, Freeman A. *Overcoming depression: A cognitive therapy approach therapist guide*: Oxford

- University Press; 2009.
40. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice: Guilford Press; 2011.
 41. Wicksell RK, Ahlqvist J, Bring A, Melin L, Olsson GL. Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*. 2008;37(3):169-82.
 42. Wells A. GAD, Meta-cognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1):95-100.
 43. Dahl J, Lundgren T. Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. 2006:285-306.
 44. Parra-Delgado M, Latorre-Postigo JM. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive therapy and research*. 2013;37(5):1015-26.
 45. Hoffman BM. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol*. 2007;26:1-9.
 46. 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):1-13.
 47. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical Journal of Pain*. 2017; 33(6):552-68.
 48. Amirani A, Bahkshani N, Amiri fard H. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Perceived Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Headache. 1st International Conference on Psychology and Behavioral Sciences; Tehran 2014.
 49. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. *Journal of Isfahan Medical School*; Vol 32, No 295: 4th week September 2014. 2014.
 50. Irandoost F, Neshat-Doost HT, Nadi MA, Safary S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Pain Intensity in Women with Chronic Low Back Pain. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(2):75-84.
 51. Behrad M, Makvand Hosseini S, Najafi M, Rezaei AM, Rahimian boogar I. Comparison of Effectiveness of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Aspects of Paine In Patients With Migraine. *Journal of Psychological Studies*. 2018;14(1):7-22.
 52. Jonbozorgi M, Golchin N, Alipour A, Agah Heris M. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavior Therapy on Decreasing Severity of Pain and Psychological Distress among Women with Chronic Back Pain. *ijpcp*. 2013;19(2):102-8.
 53. Hamzhepour Haghighi T, Dousty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *HBI_Journals*. 2015;20(3):45-57.
 54. Hamid N, Ramezan Sa'atchi L, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Severity and Mental Health of Women with Chronic Low back Pain. *Clinical Psychology Studies*. 2013;3(10):96-113.
 55. Davodi I, Nasimifar N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Method on Pain Improvement and Catastrophizing coping Strategy in Women with Chronic Musculoskeletal and Skin Pain. *New discoveries in psychologie*. 2012;7(22):45-62.
 56. Rahimian Boogar I. The effect of cognitive-behavioral

- group therapy on improving the multidimensional pain symptoms of the patients with chronic low back pain; a 4 months follow up. *Journal of Army University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran*. 2011;9(3):109-208.
57. Saedi S, Mitzaei Moen R, Giase M, Moghadasi M. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on pain intensity and sleep quality in patients with Migraine. 4th International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences; Tehran2017. p. 1-9.
58. Sheikhi B. Effectiveness of emotion regulation therapy on reducing chronic pain in patients with chronic pain in Tehran. 5th psconf; Tehran2016. p. 1-11.
59. Shirazi Tehrani AR, Mirdrikvand F, Sepahvandi MA. The effectiveness of cognitive – behavioral therapies and model- based therapy in reducing chronic musculoskeletal pain intensity. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017;11(44):67-76.
60. Sabour S, Kakabraee K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain. *ijrnir*. 2016;2(4):1-9.
61. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on Decreasing Pain, Depression and Anxiety of Patients with Chronic Low Back Pain. *SSU_ Journals*. 2014;21(6):795-807.
62. Fatemi F, Manshaei G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Pain Intensity Perception among Patients with Rheumatoid Arthritis in Isfahan. 2016. 2016:6.
63. golchin n. The efficacy of cognitive behavioral therapy on using coping strategies and decreasing pain among females with chronic back pain. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13(50):9-160.
64. Mohammadi F, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Asghari MA. The Effects of “Mindfulness Meditation for Pain Management” on the Severity of Perceived Pain and Disability in Patients With Chronic Pain. *Yektaweb_ Journals*. 2011;6(1):0-.
65. Mostafaie A, Zare H, Alipour A, Farzad Va. Effectiveness of Decisional and Self-Efficacy Therapy Transtheoretical model (TTM) on Cognitive-Emotional regulation, Mind control and pain Patients with chronic pain. *jcp*. 2018;6(1):1-10.
66. Mostafaie A, Zare H, Alipour A, Farzad VA. A Compare the effectiveness of cognitive therapy Based on meta-theoretical models and meta-cognitive therapy on amount pain and Thoughts FusionIn on patients suffering from chronic pain. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2018;7(25):35-55.
67. Nasimifar N, Heidari A, Davodi I. Mindfulness-based stress reduction: Effective treatmentin Improvement of chronic pain and reduce disorder in daily function. 4th International congress on psychosomatic; Isfahan2012. p. 1-14.