

بررسی رویکردهای روان‌شناختی مبتنی بر انعطاف‌پذیری زنان مبتلا به سندرم

فیبرومیالژی

فرحناز مهربان بوشهری^۱

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات بندرعباس، ایران. (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۲۵۲-۲۶۶

چکیده

بیماری فیبرومیالژی یک بیماری پیچیده و چندوجهی بوده، که سیری غیرقابل پیش‌بینی دارد؛ از آنجایی که پاسخ به روش‌های درمانی و تحمل آن‌ها از بیماری تا بیمار دیگر متفاوت است، درمان هم برای پزشک و هم برای بیماران یک مشکل بالینی می‌باشد. این بیماری همراهی بالایی با دیگر سندرم‌های جسمی-عملکردی و مشکلات روان‌شناختی دارد. طبق تعریف، این سندرم مجموعه‌ای از شکایات شامل دردهای مزمن منتشر، همراه با وجود نقاط دردناک و علائمی نظیر خستگی، اختلالات خواب، سردرد، اختلال خلقی-شناختی و خشکی صبحگاهی مفاصل می‌باشد در این پژوهش بر آنیم که رویکردهای مختلف انعطاف‌پذیری و تئوری‌های مختلف درد و اختلالات جسمانی را در ارتباط با این بیماری از دیدگاه روانشناسی بررسی کنیم.

واژه‌های کلیدی: فیبرومیالژی، مشکلات روان‌شناختی، سندرم، انعطاف‌پذیری.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱

مقدمه

فیبرومیالژیا^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات عضلانی و اسکلتی در بزرگسالان است (اسمیت، هریس و کلو^۲، ۲۰۱۱)؛ مانند اکثر بیماری‌های مزمن اتیولوژی این بیماری نیز نامشخص بوده؛ لیکن مطالعات اخیر، عواملی از قبیل ژنتیک (بوچباچر^۳ و همکاران، ۲۰۰۷)، استرس (لیندل^۴ و همکاران، ۲۰۰۰)، متابولیسم غیر طبیعی سروتونین (لارنس و گراسیلا^۵، ۲۰۰۱)، فاکتورهای سایکولوژیک (هیلال، شرین و گابریل^۶، ۲۰۰۵) و عواملی دیگر از قبیل توکسین‌های محیطی (افلوقلو^۷ و همکاران، ۲۰۰۸) و پاسخ‌های نابجای سیستم ایمنی به باکتری‌های روده‌ای و آسیب به مواد شیمیایی محافظ اعصاب حسی دخیل دانسته شده‌اند (سهرین، کاراتاس، ازکایا، کاکمک و برکر^۸، ۲۰۰۸). مطالعات اخیر مؤید وجود اختلالات سیستم عصبی مرکزی است، که تأییدی بر وجود این اختلال به‌عنوان یک بیماری مشخص و مزمن می‌باشد. این بیماران به‌طور شایع زنانی هستند که شروع علائم آنان در سنین ۳۰ تا ۵۵ سالگی می‌باشد (جین و کاروترز^۹، ۲۰۰۳). طبق تعریف، این سندرم مجموعه‌ای از شکایات شامل دردهای مزمن^{۱۰} منتشر، همراه با وجود نقاط و علائمی نظیر خستگی، اختلالات خواب، سردرد، اختلال خلقی-شناختی و خشکی صبحگاهی مفاصل می‌باشد (ولف^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۰). همچنین اختلال در بلع (سیلور و والانس^{۱۲}، ۲۰۰۲) و اختلال در عملکرد روده‌ها و مثانه وجود دارد (کلو و همکاران، ۱۹۹۷). گاهی اوقات سختی در تنفس و احساس گزگز و مورمور (پارستزی غیر درماتول) (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۱) و فعالیت‌های حرکتی غیر طبیعی، مشاهده می‌شوند (لیندل و همکاران، ۲۰۰۰). به‌طور معمول اولین و شایع‌ترین علامت این بیماری، درد بدن است که به همراه خستگی، اختلالات خواب و ادراکی مشخصه اصلی این بیماری می‌باشند (جین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳). علاوه بر اختلالات خواب و اختلالات ادراکی، درد و ناتوانی فیزیکی ناشی از فیبرومیالژیا در حدی است که باعث اختلال در فعالیت‌های شخصی، تفریحی و شغلی افراد می‌شود و این اختلال سبب افت کیفیت زندگی این افراد می‌شود (تاندر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۸). در نتیجه با توجه به مشکلات ادراکی و افت کیفیت زندگی این بیماران پژوهشگر سعی در بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم، براین مشکلات را داشت.

¹.Fibromyalgia

².Smith, Harris & Clauw

³.Buschbacher

⁴.Lindell

⁵.Laurence & Graciela

⁶.Hilal, Sherine & Gabriel

⁷.Oflluoglu

⁸.Sahin, Karataş, Ozkaya, Cakmak & Berker

⁹.Jain & Carruthers

⁴.Chronic pain

¹¹.Wolfe

¹².Silver & Wallace

¹³.Jain

¹⁴.Tander

فیبرومیالژیا

در سال ۱۹۸۱ اولین نشانه‌ها در مطالعات مرتبط با احتمال پاتولوژی مشترک بیماران فیبرومیالژیا با سردردهای عصبی، اسپاسم عضلانی، میگرنی و سندرم روده تحریک‌پذیر اثبات شد و در سال ۱۹۸۴ ارتباط بین سندرم‌های مختلف افزایش حساسیتی با پاتولوژی مشترک و احتمال هم‌پوشانی نشان داده شد. بر اساس این مطالعه قسمت مشترک در بین تمام این بیماری‌ها افزایش حساسیت مرکزی می‌باشد. در سال ۱۹۸۵ برای این بیماری‌ها، واژه سندرم‌های مرتبط با استرس در نظر گرفته شد؛ اما در سال ۱۹۹۴ این واژه به طیف سندرم‌های ناشی از اختلال عملکرد تغییر یافت. برای اولین بار در سال ۱۹۹۹ بنت^۱ در مطالعات مروری خود از واژه سندرم‌های افزایش حساسیتی مرکزی در بیماران فیبرومیالژیا استفاده کرد و در سال ۲۰۰۰ واژه جدید سندرم‌های افزایش حساسیتی به‌عنوان پایه و اساس فیبرومیالژیا و سایر اختلالات وابسته قرار گرفت و علامت اصلی کلیه بیماران به‌صورت درد، هایپرآلژیا، احساس ناخوشایند حسی بعد از تماس فیزیکی (مانند تماس مکانیکال، حرارتی و...) و مزمن بودن می‌باشد (آزما و همکاران^۲، ۱۳۸۸). فیبرومیالژیا یک اختلال است که با درد مزمن گسترده همراه است. مسلماً علائم فیبرومیالژیا به درد محدود نمی‌شود. علایم آن شامل خستگی ناتوان‌کننده، اختلال خواب، و سفتی مفاصل می‌باشد. برخی از بیماران گزارش مشکل در بلع، اختلالات روده و مثانه، بی‌حسی و سوزن شدن، و اختلال عملکرد شناختی داده‌اند. فیبرومیالژیا اغلب با مشکلات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب و استرس همراه است. تخمین زده می‌شود که ۲ الی ۴ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار داده‌اند، که نسبت زن به مرد در حدود ۹ به ۱ بروز می‌نماید. مغز بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نشان می‌دهد تفاوت‌های عملکردی و ساختاری از آن دسته از افراد سالم است، اما معلوم نیست که آیا ناهنجاری‌های مغز باعث بروز علائم فیبرومیالژیا و یا محصول یک علت زمینه‌ای مشترک ناشناخته است. برخی تحقیقات نشان می‌دهد که این ناهنجاری‌های مغز ممکن است در نتیجه استرس دوران کودکی، و یا طولانی‌مدت یا استرس شدید است (هوسر و همکاران^۳، ۲۰۱۱). اگرچه هنوز هیچ درمانی برای فیبرومیالژیا به‌طور قطع مشخص نشده اما برخی از کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده به‌منظور کاهش علائم، از درمان‌هایی همچون داروها، مداخلات رفتاری، آموزش بیمار، و ورزش استفاده نموده‌اند (کریستس، هود و گریفین^۴، ۲۰۰۶). فیبرومیالژیا به‌عنوان یک اختلال قابل تشخیص توسط مؤسسه ملی بهداشت، درمان و کالج روماتولوژی آمریکا ایالات متحده به رسمیت شناخته شده است. این اختلال به‌عنوان سندرم حساسیت ناشی از اختلالات نروبیولوژیکال است که شامل درد فیزیولوژیکی، اختلالات شناختی و همچنین نشانه‌های عصبی و روانی است. علت این بیماری ناشناخته است. با این حال، فرضیه‌های متعددی از جمله "حساسیت" توسعه‌یافته است. این نظریه (نظریه حساسیت) پیشنهاد می‌کند که بیماران فیبرومیالژیا، دارای آستانه درد پایین‌تر به دلیل افزایش واکنش سلول‌های عصبی حساس به درد در نخاع یا مغز می‌باشند (کاو^۵، ۲۰۱۰). علل دیگر این سندرم عبارت‌اند از:

^۱.Bennet

^۲.asthma et al

^۳.Häuser et al

^۴.Christie, Hood & Griffin

^۵.Cao

ژنتیک: شواهدی وجود دارد که فاکتورهای ژنتیکی ممکن است نقش مهمی در توسعه این بیماری وجود داشته باشد. استرس: استرس ممکن است یک عامل مهم تسریع در توسعه فیبرومیالژیا باشد. فیبرومیالژیا اغلب همراه با اختلالات مربوط به استرس مانند سندرم خستگی مزمن، اختلال استرس پس از سانحه، سندرم روده تحریک‌پذیری و افسردگی است. بررسی‌های سیستماتیک ارتباط معنی داری بین فیبرومیالژیا و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی در دوران کودکی و بزرگسالی را نشان می‌دهند. برخی از نویسندگان پیشنهاد کرده اند که به دلیل قرار گرفتن در معرض شرایط استرس‌زا می‌تواند تابعی از محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال را تغییر دهد، توسعه این بیماری ممکن است از استرس ناشی از اختلال در محور ساقه ایجاد گردد (ابلز^۱، ۲۰۱۱).

اختلال عملکرد دوپامین-فرضیه دوپامین فیبرومیالژیا: اختلال عملکرد دوپامین پیشنهاد می‌کند که ناهنجاری‌های مرکزی مسئول علائم مربوط به فیبرومیالژیا اختلال مرتبط با هورمون دوپامین در انتقال نوروترانسمیترها طبیعی است. دوپامین یک انتقال دهنده عصبی کاتکول آمین با نقش در درک درد و بی‌دردی است. همچنین شواهدی قوی مبنی بر نقش دوپامین در سندرم پای بی‌قرار در مبتلایان به فیبرومیالژیا وجود دارد. پرامپیکسول که یک آگونیست دوپامین است، ممکن است در درمان فیبرومیالژیا سودمند باشد (خان و همکاران^۲، ۲۰۰۳).

سروتونین غیرعادی: محققان این فرضیه را تأیید می‌کنند که سروتونین، یک ناقل عصبی است که بر الگوهای خواب، خلق، تمرکز و درد، می‌تواند در پاتوفیزیولوژی علائم فیبرومیالژیا مرتبط باشد. در سال ۱۹۹۲، نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که متابولیت سروتونین در خون بیمار کاهش یافته است. با این حال، مهارکننده‌های باز جذب سروتونین با موفقیت محدودی در کاهش علائم و نشانه‌های این اختلال را گزارش نمود، درحالی‌که مواد مخدر با فعالیت سروتونین و نوراپی نفرین مخلوط مهارکننده‌های باز جذب موفق‌تر بوده است. در مطالعات کنترل بودجه توسط الی لیلی^۳، برای درمان افسردگی و نوروپاتی دیابتی دردناک، برای از بین بردن علائم فیبرومیالژیا در برخی از زنان نشان داده شد. سازمان غذا و داروی تنظیم‌کننده‌های اداره دارو برای درمان این بیماری در ماه ژوئن سال ۲۰۰۸ به تصویب رسید. با این حال، ارتباط متابولیسم سروتونین دچار بی‌نظمی به پاتوفیزیولوژی یک موضوع بحث است. تجزیه و تحلیل پیچیده، یکی از انواع مؤثرتر از دارو برای درمان این اختلال (سروتونین به عنوان مثال- آنتاگونیست) درواقع مسدود برخی از اثرات سروتونین است (کریچ و برناردی^۴، ۲۰۰۷).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

امروزه انعطاف‌پذیری^۵ جایگاه ویژه‌ای در آسیب‌شناسی تحولی و بهداشت روانی یافته است، اما تحقیقات ابتدایی در زمینه‌ی انعطاف‌پذیری به سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ برمی‌گردد. انعطاف‌پذیری به معنای توانایی ارائه دانش به شکل‌های متعدد مفهومی، از منظرهای مختلف، و سپس توانایی به‌کارگیری آن‌ها مبتنی بر همان تنوع مفهومی و شکلی به‌منظور فهمیدن یا حل مسائل و ساختن

¹.Abeles

².khan et al

³.Eli Lilly

⁴.Kirsch & Bernardy

⁵.Resilient

دانش جدید است. یادگیرندگان زمانی که به صراحت مشاهده می کنند که چگونه دانش در قالب یک تلفیق مضمونی معتبر، درون حوزه های مختلف محتوایی انتقال می یابد، آن دانش را در حوزه های چندگانه هم به کار می گیرند. در یکی از مهم ترین تحقیقات گارمزی^۱ در سال ۱۹۷۴ و آنتونی^۲ در سال ۱۹۷۴ و راتر^۳ در سال ۱۹۷۹ به وجود گروهی از کودکان پی بردند که علی رغم قرار گرفتن در معرض خطر (یعنی مبتلا بودن والدین به اسکیزوفرنی) به طور تعجب آوری الگوهای سازگارانهای نشان می دادند. کودکانی که علی رغم فشار روانی بالا (ناشی از فقر، عدم ثبات خانواده، مشکلات جدی سلامت روانی والدین مانند ابتلا آنان به اسکیزوفرنی و افسردگی) دارای توانایی ها و ویژگی های منحصربه فردی همچون خلاقیت بالا و شایستگی بودند. به این ترتیب بود که این کودکان آسیب ناپذیر^۴ یا شکست ناپذیر^۵ مورد توجه قرار گرفتند؛ اما بعدها اصطلاح آسیب ناپذیر به انعطاف پذیر تغییر یافت زیرا آسیب ناپذیر بودن به اجتناب از خطر به طور قاطعانه و بدون تغییر اشاره دارد؛ در صورتی که انعطاف پذیری یک فرایند تحولی و پویا است. نظریه های اولیه در انعطاف پذیری بیشتر بر فهم ویژگی های افراد انعطاف پذیر متمرکز بود که به واسطه ی آن افراد می توانستند در مواجهه با شرایط ناگوار به سازگاری و پیامدهای مثبت دست یابند؛ اما بعدها تحقیقات در این زمینه با توجه به شناسایی عوامل بیرونی مانند شرایط نامساعد اجتماعی- اقتصادی، بیماری های روانی والدین، بدرفتاری، فقر شهری، خشونت در جامعه، بیماری های مزمن، حوادث مصیبت بار زندگی که می تواند منجر به کاهش انعطاف پذیری شود، گسترش پیدا کرد (لوتار و همکاران^۶، ۲۰۰۰). نظریه های جدید به انعطاف پذیری به عنوان ساختاری چند بُعدی نگاه می کنند که شامل متغیرهای بنیادی مانند مزاج، شخصیت و مهارت های خاصی چون مهارت حل مسئله می باشد. این مهارت ها به فرد اجازه می دهند تا با وقایع تروماتیک یا آسیب زای زندگی، سازگاری مطلوبی ایجاد کند؛ بنابراین اگرچه موج اول تحقیقات در زمینه ی انعطاف پذیری بیشتر بر فهم ویژگی های افراد انعطاف پذیر متمرکز بود اما موج دوم بر فهم فرایندهایی بود که از طریق آن افراد می توانستند به طور موفقیت آمیزی با استرس و حوادث آسیب زا سازگاری مثبت نشان دهند (کمبل-سلیس و همکاران^۷، ۲۰۰۶).

انعطاف پذیری از دیدگاه های مختلفی مورد تعریف قرار گرفته است. برای مثال لوتار (۱۹۹۱) انعطاف پذیری را به عنوان موفقیت در کنار آمدن با شرایط پُراسترس موجود که در دو بُعد هیجانی و رفتاری معنی پیدا می کند، تعریف می کند. کانر و دیویدسون^۸ (۲۰۰۳) نیز انعطاف پذیری را به عنوان توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک، در نظر می گیرند. به عبارت دقیق تر به عقیده ی گارمزی و مستن^۹ در سال ۱۹۹۱ و والر^{۱۰} در سال ۲۰۰۱ انعطاف پذیری یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدیدکننده است (به نقل از سامانی و همکاران، ۱۳۸۶) که باعث ایجاد انطباق مثبت، علی رغم وجود تجارب تروماتیک

^۱. Garmezy

^۲. Anthony

^۳. Rutter

^۴. Invulnerable

^۵. Invincible

^۶. Luthar et al

^۷. Campbell-Sills et al

^۸. Conner & Davidson

^۹. Masten

^{۱۰}. Waller

یا آسیب‌زا در فرد می‌باشد (لوتار و همکاران، ۲۰۰۰). به اعتقاد مستن (۱۹۹۴) انعطاف‌پذیری به معنی در معرض خطر قرار گرفتن و پیامدهایی بهتر از حد مورد انتظار نشان دادن، حفظ سازگاری مثبت علیرغم وجود تجارب استرس‌آور و بهبودی خوب بعد از آسیب یا تروما می‌باشد؛ بنابراین، انعطاف‌پذیری به‌عنوان توانایی به دست آوردن نیرو بعد از مواجهه‌شدن با شرایط ناگوار و غلبه بر شرایط دشوار و به معنی بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است که باعث سازگاری موفقیت‌آمیز در زندگی می‌شود (کامپفر^۱، ۱۹۹۹)؛ اما باوجود این تعاریف گوناگون، ظاهراً نقطه‌ی مشترک در تمامی این تعاریف "دستیابی به سازگاری مثبت در شرایط آسیب‌زا و خطرآفرین" است.

رویکردهای انعطاف‌پذیری

متفاوت بودن تعاریف انعطاف‌پذیری می‌تواند ناشی از رویکردهای متفاوت در انعطاف‌پذیری باشد. درواقع، دو نوع رویکرد در انعطاف‌پذیری وجود دارد:

- ۱: رویکردهای متغیرگرا که به بررسی ویژگی و متغیرهای انعطاف‌پذیری مانند خودانعطاف‌پذیری^۲ (به معنی سازگاری با محیط در حال تغییر، پاسخ‌های انعطاف‌پذیر به خواسته‌های محیط و استفاده از مهارت‌های حل مشکل) می‌پردازد.
 - ۲: رویکردهای فردگرا که بر اساس آن می‌توان افراد انعطاف‌پذیر را از سایر افراد متمایز کرد (وید و همکاران^۳، ۲۰۰۶).
- انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان ویژگی عمده‌ی شناخت انسان توصیف‌شده است و به توانایی فرد برای در نظر گرفتن همزمان بازنمایی‌های متناقضی از یک شیء یا یک رویداد اشاره دارد (جکس و زلازو^۴، ۲۰۰۵). در مورد مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی نیز پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است؛ اما در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعریف این مفهوم یا سنجش آن وجود ندارد. انعطاف‌پذیری شناختی یک عملکرد منحصربه‌فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد و به‌طور انعطاف‌پذیر شناختش را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی الگوهای پاسخ عادی دهد. به‌طورکلی، توانایی تغییر آمیاهای شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (دنيس و وندورال^۵، ۲۰۱۰).
- بعضی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده اند که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند. در اواسط دهه‌ی ۸۰ میلادی همزمان با شکل‌گیری نظریه‌ی طرح‌واره‌ها که ریشه در دانش حافظه داشت، رشد کرد (گان^۶، ۲۰۰۴؛ زونگ^۷، ۲۰۱۰).

¹.Kumpfer

².Self- resilience

³.Weed et al

⁴.Jacques & Zelazo

⁵.Dennis & Vander Wal

⁶.Gan

⁷.Zong

مطابق با نظریه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است. شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی نیز براساس انعطاف‌پذیری شناختی به‌وسیله‌ی افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به‌وسیله‌ی رفتارهایی ارزش محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است، شرح داده می‌شوند (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (دیکستین و همکاران، ۲۰۰۶). بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲).

به عبارتی انعطاف‌پذیری شناختی، بازتاب خود و بینش عوامل فراشناختی در خصوصی خودآگاهی است که مرکز روند تغییر هستند. به گفته‌ی مارتین و روبین (۱۹۹۵)، انعطاف‌پذیری شناختی اشاره به آگاهی یک فرد دارد که در هر شرایط به گزینه‌های موجود داده شود. همچنین تمایل به انعطاف‌پذیری و انطباق با شرایط، و خودکارآمدی در انعطاف‌پذیری نیز از اجزای انعطاف‌پذیری شناختی است. افرادی که دارای انعطاف‌پذیر شناختی هستند قادر به تعیین راه برای انطباق با موقعیت‌های داده‌شده از طریق فرآیند شناخت اجتماعی دارند. به‌طورکلی، افرادی که می‌توانند در هر شرایط راه‌های مختلف و جایگزین بیابند قابل‌انعطاف‌تر از کسانی هستند که تنها یک‌راه برای انعطاف‌پذیری می‌دانند. تمایل یک شخص به انعطاف‌پذیر بودن و انطباق با وضعیت با آگاهی درونی شخص در ارتباط است. به بینش به آگاهی درونی اشاره دارد، آن را به‌عنوان توانایی درک واضح افکار شخصی، احساسات، و رفتار توصیف می‌شود. آگاهی درونی و بینش با توانایی برای شناسایی و بیان احساسات شخصی در ارتباط است (گرانث و همکاران، ۲۰۰۲) به‌عبارت‌دیگر، افراد با سطح بالاتری از بینش بیشتر قادر به پیدا کردن راه‌های جایگزین برای انطباق با موقعیت‌های مختلف می‌باشد (سو و همکاران^۱، ۲۰۱۲).

تئوری انعطاف‌پذیری شناختی راند جی. اسپرو

نظریه انعطاف‌پذیری شناختی بر ماهیت یادگیری در حیطه‌های پیچیده و بدساختار تمرکز می‌کند. طبق این نظریه، یادگیرنده موفق (یعنی، انعطاف‌پذیر شناختی) کسی است که می‌تواند در پاسخ به خواست‌های موقعیتی متنوع به راحتی دانش را مجدداً سازماندهی کرده و به کار ببرند. یادگیرندگان برای به دست آوردن این انعطاف‌پذیری شناختی باید پیچیدگی کامل مسائل را درک کنند و به دفعات فضای مسئله را بررسی کنند تا ببینند که چگونه تغییر در متغیرها و اهداف می‌تواند فضا را تغییر دهد. این که فرد چگونه می‌تواند این کار را انجام می‌دهد تابعی از شیوه‌ی بازنمایی دانش (برای مثال، ابعاد مفهومی متعدد به جای یک بعد واحد) و فرایندهایی است که بر آن بازنمایی‌های ذهنی عمل می‌کنند (برای مثال، فرایندهای ساخت طرحواره به جای بازیابی کامل طرحواره). به‌طورکلی تئوری انعطاف‌پذیری شناختی نظریه ساختارگرا در مورد یادگیری و آموزش است که برای اصلاح مشکلات مربوط به کسب دانش‌های پیشرفته تلاش می‌نماید، یعنی یادگیری یک موضوع فراتر از مرحله اولیه؛ بنابراین اهداف کسب دانش پیشرفته باید متفاوت از

^۱.Su

آموزش مقدماتی باشد. در مرحله مقدماتی هدف این است که یادگیرنده در معرض یک محتوا قرار گیرد بدین منظور که آن را به رسمیت بشناسد و یا آن را به خاطر بیاورد. در مرحله پیشرفته کسب دانش یادگیری باید عمیق باشد، بدین مفهوم که یادگیرنده باید درک درستی از محتوا، دلیل آن، کاربرد آن در زمینه های گوناگون داشته باشد. اسپرو نظریه پرداز پیشین این زمینه بیان می کند که در نظریه انعطاف پذیری شناختی بر موارد زیر تاکید می شود:

۱. استفاده از موارد مختلف و مثال های غنی با سطح دشواری بالا
۲. استفاده از اشکال مختلف بازنمایی دانش و فراهم آوردن مثال در انواع مختلف رسانه ها
۳. پیوند میان مفاهیم انتزاعی برای انتزاع مفاهیم و استفاده از راهبردهای قابل استفاده برای دیگر مسائل و حالت ها (دانشور، ۱۳۸۹).
۴. شدت تجربه درد: درد حسی ناخوشایند و تجربه ای احساسی همراه با آسیب بافتی واقعی یا آسیبی به نوعی دیگر از بافت می باشد. درد احساسی تجربه رایج مانند نیشگون گرفتن انگشت، سوزش انگشت، قرار دادن نمک در زخم و ضربه زدن استخوان آرنج و دیگر حالت های ممکن می باشد. درد ما را به این انگیزه و امید که از شرایط بالقوه مخرب برمی دارد، از بخش آسیب دیده شده بدن تا هنگام بهبود مراقبت می کند و از شرایط یاد شده در آینده پیشگیری می کند. درد تحریکی از ناسیسپتور در سیستم عصبی پیرامونی و یا آسیب یا خرابی سیستم عصبی مرکزی یا پیرامونی می باشد. بیشتر دردها بی درنگ پس از آن که محرک دردناک حذف می شود برطرف و بدن التیام می یابد، اما گاهی اوقات درد همچنان با وجود حذف محرک ها و بهبود ظاهری بدن ادامه می یابد؛ و گاهی درد ناشی به دلیل فقدان شرایط قابل تشخیص، آسیب و یا آسیب شناسی افزایش می یابد. درد شایع ترین دلیل مشورت پزشکی در ایالات متحده است. در بسیاری از شرایط پزشکی درد علامت مهمی است و به میزان قابل توجهی با کیفیت زندگی یک فرد و عملکرد کلی او در ارتباط است. حمایت اجتماعی، پیشنهاد هیپنوتیزم تداخل، هیجان در ورزش یا جنگ، حواس پرتی همه نقش قابل توجهی در زیر و بم کردن شدت درد یا ناخشنودی آن دارند (نسیون پور، ۱۳۸۳).

انواع درد

درد ها به طرق مختلف بروز می یابند که می توان موارد زیر را برشمرد (ایروانی، ۱۳۸۶)

۴-۱-۱- درد حاد: درد حاد معمولاً با بیماری و زخم همراه است. درد حاد می تواند یک لحظه ادامه داشته باشد مثل نیش حشره و یا هفته ها به طول بینجامد مثل سوختگی. هنگامی که شخصی به درد حاد مبتلا می شود، دقیقاً می داند که چه محلی آسیب دیده است. لغت حاد از کلمه یونانی اقتباس شده به معنای سوزن که این موضوع به درد شدید اشاره می کند.

۴-۱-۲- درد مزمن: درد مزمن معمولاً بیان کننده دردی است که بیش از ۶ ماه از زمان آن گذشته و پایان آن قابل پیش بینی نبوده و به جز اینکه به طور خیلی آهسته التیام یابد مانند سوختگی ها، یا مرگ. دیگر خصوصیات درد مزمن آنست که هویت علت آن مشخص باشد، اغلب درد مزمن، فرد را بی خاصیت و بدون کارایی کرده و برای فرد، زندگی با چنین شرایطی مشکل است. بیماران تجارب مداومی نسبت به درد دارند یا به طور مداوم درد مزمن آنها عود کرده که اغلب بیماریشان به طور فزونی وقتشان را اشغال می کند.

۴-۳- درد سطحی و عمیق: چنانچه درد از نواحی سطح پوست باشد، درد سطحی نامیده می‌شود، مانند درد سوزن و درد نیشگون. درد سطحی پس از تماس سوزن با دست، درد به وضوح احساس می‌شود و با متوقف کردن تحریک، بلافاصله از بین می‌رود، این درد، به درد اول معروف است، و در شدت تحریک بیشتر، معمولاً پس از نیم تا یک ثانیه، دردی مبهم و سوزشی احساس شده، که با متوقف کردن تحریک به آهستگی محو می‌شود و به درد دوم معروف است. چنانچه درد از نواحی ماهیچه‌ها، استخوان‌ها، بافت پیوندی و مفاصل باشد درد عمیق نامیده می‌شود. تشنج ماهیچه‌ای و سردرد از این نوع درد هستند. معمولاً درد عمیق با طبیعت مبهم و سوزش همراه است.

تئوری‌های درد

۵-۱- تئوری اختصاصی: تئوری اختصاصی توسط دکارت^۱ در قرن هفدهم توصیف شده است. این تئوری براین اساس استوار است که راه‌های اختصاصی برای انتقال درد موجود است. تصور براین مسأله بود که انتهای آزاد اعصاب موجود در محیطی که گیرنده‌های درد را فعال می‌کند، وجود دارد. اعتقاد براین است که این اعصاب توانایی دریافت محرک‌های دردآور و انتقال آن ضربان از طریق فیبرهای اعصاب مخصوص تا حد زیادی را دارند. سپس این احساس در سرتاسر طناب نخاعی به تالاموس انتقال یافته و سرانجام به نواحی بالاتر غشاء می‌رسند. درد در نقاط بالاتر تفسیر می‌شود و پاسخ اتفاق می‌افتد. این تئوری جوابگوی خصوصیات چند بعدی درد را نمی‌دهد، دیدگاه آن نسبت به این مانند دیگر حس‌های می‌باشد (رفعتی و رحیم زاده، ۱۳۸۰).

درحال حاضر تئوری مذکور رد شده است و در اینجا فقط به عنوان مقاصد تاریخی بیان شده است.

۵-۲- تئوری الگو: این تئوری بیان می‌کند که سامانه جداگانه‌ای برای درد وجود ندارد و کلیه پایانه‌های عصبی مشابه بوده و درد ناشی از تحریک شدید گیرنده‌های اختصاصی است. اعتقاد نظریه تعمیم حسی براین است که ادراک نقش با اهمیتی در درد به عهده دارد. این نظریه از روانشناسی احساس و ادراک اقتباس شده است. چاپمن^۲ ۱۹۷۸ خاطرنشان کرد درد یک فرایند ادراکی، یک پدیده روان‌شناختی، و صرفاً یک رابطه ناقص درون داد حسی است و توجه یکی از فرایندهایی است که بر ادراک تأثیر می‌گذارد. این توجه مشتمل بر صافی کردن سیگنال‌های حسی، تمرکز بر سطوح کوچکی از برون داد حسی است. افزون براین، تحریک فیبرهای دلتا سیگنال هشدار دهنده‌ای فراهم می‌کنند که بافت آسیب دیده است؛ بنابراین این سیگنال درباره گستره آسیب و ناحیه آن اطلاع فوری ارائه می‌دهد. فیبرهای دلتا-۱ اطلاعاتی درباره کندی، پخش و تأثیر درد را فراهم می‌کنند. او معتقد است که این نوع درد هم اطلاع دهنده است و سیگنال یادآوری می‌کند که بافت می‌بایستی از آسیب بیشتر محافظت شود. هر دو نوع فیبرها در طی آسیب فعال می‌شوند ولی دو نوع متفاوت از اطلاعات را ارائه می‌دهند (فیبرهای دلتا A-به شخص هشدار می‌دهد و فیبرهای دلتا C-به او یادآوری می‌کند که آسیب رخ داده است). در نهایت، آسیب به علت فرایند گوش بزنگی ادراکی به درد مزمن می‌انجامد. برخی از عوامل فردی از قبیل توجه، انتظار، گوش به زنگی، اهمیت سیگنال برای فرد و تغییراتی در نیرومندی حساسیت سیگنال حسی، و اثر حسی در ادراک درد دخالت دارند؛ اما این نظریه، به جنبه‌های ادراکی درد توجه دارد و جنبه‌های فیزیولوژیکی آن را نادیده

^۱.Descartes

^۲.Chapman

می‌گیرد. درمورد درد نظریه‌های متفاوت دیگر از افراد مختلف مطرح شده‌است. پلسنر^۱ می‌گوید درد یک حس عاطفی حیاتی است و درد یعنی اینکه بدون دفاع، تسلیم تن خود شده‌ایم. به عقیده اشتراس^۲، عدم یکپارچگی، اختلال در ارتباط و خوشنونی که درد برای تحمیل خود به تمامیت موجود زنده به کار می‌برد، از مشخصات درد به حساب می‌آید. سویت^۳ تأکید دارد در کسانی که آستانه عاطفی به‌طور کلی پایین است آستانه درد نیز بسیار پایین است (احمدوند، ۱۳۷۴).

مامو^۴ چنین می‌نویسد که درد یک خصیصه اعلام خطر است و موجب می‌شود که موجود زنده در کوتاه‌ترین فرصت زمانی، عکس‌العمل دفاعی و حمایتی خود را ظاهر سازد. اگر این درد به اندازه کافی شدید و طولانی باشد سلسله عکس‌العمل‌های مزبور باعث بسیج جمیع ساختمانی عصبی شده و به‌صورت اشتغال خاطر روانی غالب در خواهد آمد (رفعتی و رحیم زاده، ۱۳۸۰).

انواع درد اختلالات جسمانی

در اختلال درد جسمانی اختلال درد طولانی است که تبیین پزشکی برای آن وجود ندارد. بیماران مبتلا به درد جسمانی یک گروه هم‌شکل و یکپارچه‌ای را تشکیل نمی‌دهند، بلکه مجموعه نامتجانس از گروه‌های فرعی درد از قبیل کمر درد، درد لگنی مزمن و غیره هستند. درد بیماران ممکن است مربوط به پس از سانحه، عصب شناختی و استخوانی-عضلانی باشد. عده‌ای از بیماران ممکن است اختلالات روانپزشکی عمده داشته باشند، درحالی که عده‌ای فاقد این اختلالات هستند. علل درد جسمانی مزمن می‌شود که روان‌شناختی است و در زن‌ها دو برابر بیشتر از مردها تشخیص داده می‌شود و اوج آن در ۴۰ و ۵۰ سالگی است (عطار، ۱۳۸۱).

سردرد: یافته‌های زمینه‌یابی نشان می‌دهند که بیش از ۴۰ درصد از افراد جامعه از سردردها شکایت می‌کنند. بونیکا^۵ (۱۹۹۰) برآورد کرد که ۲۹ میلیون آمریکایی از سردرد شدید و سردردهای تنشی، سردردهای عضلانی رنج می‌برند و با انقباض طولانی ماهیچه‌های گردن، شانه، صورت، فرق سر همراهند. شروع تدریجی دارند و با احساس نواری سفت بر دور جمجمه مشخص می‌شوند. برخلاف سردرد میگرنی هر دو طرف سر را فرا می‌گیرند و با علائم آغازین تهوع و استفراغ همراه نیستند. سردرد میگرنی یک نوع سردرد عروقی است و با تنگ شدن رگ‌های خونی کوچک در سر در مرحله قبل از سردرد و با انقباض رگ‌ها در مرحله سردرد مشخص می‌شود. در ۸۰ درصد انسان‌ها نوع سردردها حاصل از فشار روانی است.

درد سرطان: درد در بیماران سرطانی یک مسأله جدی است. ۵۰ درصد بیماران سرطانی از درد شکایت می‌کنند. بونیکا (۱۹۸۰) درد سرطان را به‌عنوان دردی که وسیله نئوپاسم بدخیم یا به‌عنوان پیامد مداخله درمانی ایجاد شده‌است، توضیح می‌دهد. مطالعات نشان داده است که درد در دوسوم همه افراد مبتلا به سرطان دیده شده است. بونیکا ۱۹۸۰ خاطرنشان کرد که در ۸۵ درصد بیماران مبتلا به سرطان از تجربه درد سرطان استخوان و پشت گردن رنج می‌برند و فقط ۵ درصد بیماران تجربه درد سرطان خون را دارند. در

¹.Plessner

².Strauss

³.Svit

⁴.Mamo

⁵.Boonika

یک مطالعه مشاهده شده است که بیماران مبتلا به سرطان که از درد رنج می‌برند نسبت به بیماران مبتلا به سرطان بدون درد، افسردگی، اضطراب، خودبیمارانگاری و نظایر آن را بیشتر از خود نشان می‌دهند (عطار، ۱۳۸۱).

درد اندام خیالی: درست همانطور که آسیب می‌تواند بدون تولید درد رخ دهد، درد می‌تواند در غیاب هرگونه آسیب رخ دهد. درد اندام خیالی تجربه درد مزمن در غیاب قسمتی از بدن است. عصب‌هایی که حرکت می‌کنند تکانه‌هایی را که به تجربه درد منجر می‌شود ایجاد می‌کند علی‌رغم جابجایی فیزیکی درد اندام خیالی برای افراد قطع عضو یک تجربه معمولی نیست. لوسر^۱ ۱۹۹۰ گزارش کرد که ۱۳ تا ۷۱ درصد افرادی که دچار قطع عضو بوده‌اند درد اندام خیالی را تجربه کرده‌اند. ملزاک و وال^۲ ۱۹۸۲ خاطر نشان کرده‌اند همه افراد قطع عضو احساس اندام خیالی را تجربه می‌کنند، اما همه آنها احساس تجربه درد را ندارند. معمولاً انسان‌هایی که بعد از عمل جراحی یک عضو خود را از دست دادند احساس‌هایی ناشی از قطع عضو را بیان کردند. این احساس در آغاز به‌صورت سوزش بود و این احساس‌ها در نهایت به احساس‌های واقعی شبیه از دست دادن اندام تبدیل شد. بین ۲۲ تا ۶۴ درصد از زنانی که تحت عمل جراحی سینه قرار گرفته بودند احساس‌هایی از سینه‌های قطع شده را هم درک می‌کردند و تعدادی از اینها احساس‌های دردناکی داشتند. لوسر^۱ ۱۹۹۰ گزارش کرد که سن یک عامل در تجربه درد اندام خیالی است. نوزادان و کودکان خردسال نسبت به کودکان سست تر و بزرگسالان تجربه اندام خیالی را ندارند. پس از ۸ سالگی، انسان‌هایی که اندام‌ها یا قسمتی از اندام هایشان قطع شده‌است همیشه احساس‌هایی از اندام خیالی را تجربه می‌کنند. درد اندام‌های خیالی به‌صورت سوزش داشتن، سوختن، انقباض ماهیچه و درد له شدن تجربه می‌شود. این دردها از خفیف و غیر مکرر تا شدید و پیوسته در نوسان است ممکن است بعد از قطع عضو شروع شود یا چند سال بعدهم دیده نشود. ملزاک و وال خاطر نشان کرده‌اند ۷۳ درصد از افراد قطع عضو، بعد از بازگشت، هشت روز بعد از عمل جراحی، ۶۵ درصد شش ماه بعد و ۶۰ درصد دو سال بعد درد اندام خیالی را احساس کردند. فرض ملزاک و وال براین بود که اندام خیالی ناشی از تغییر در فعالیت دستگاه عصبی است که ناشی از قطع عضو است. از دست دادن فعالیت عصبی از الگوهای فعالیت در نخاع شوکی اثر می‌گذارد. فعالیت که هم احساس وهم بازداری درد را شامل می‌شوند، بنابراین، اندام قطع شده می‌تواند از بازداری پیامدهای درد در سطح نخاع شوکی ممانعت نماید. رهایی از درد اندام خیالی می‌تواند ناشی از کاهش یا افزایش سطح فعالیت دستگاه اعصاب باشد (عطار، ۱۳۸۱).

شکل‌های مختلف دردهای فیزیولوژیک

شکل‌های مختلف درد عبارت‌اند از: درد-هیجان اجباری، درد-هیجان ضربه‌ای، درد-تنش هیجانی و درد-هیجانی که به‌طور روانی فراهم می‌شوند:

۷-۱- درد عاطفه اجباری یا تحمیلی: این درد، دردی است که از یک سوزن ناگهانی یا از ضربه چکش بر روی انگشت یا از نیش سوزن یا از ضربه خفیف الکتریکی حاصل می‌شود. این درد از تمام حوادث دردناک زندگی روزمره به شرطی که باعث ترس یا تخریب حقیقی نشوند، ناشی می‌شود. از این رو چنین دردی کوتاه مدت است و به محض آنکه محرک دردناک قطع شود از بین

^۱.Lowsar

^۲.Melzack & Wall

می‌رود. این درد یک حالت آماده باش کوتاه مدت ایجاد می‌کند و با یک بازتاب دفاعی همراه است. در معنای دفاعی جریان درد تردیدی وجود ندارد، حتی می‌توان گفت درد یک نظام دفاعی مستقل است. این نظام دفاعی در لحظه‌ای که خشم دفاعی یا خشونت، ممکن است برای ایجاد بازتاب فرار کافی باشد، به کار می‌افتد و این نظام به‌طور بلند مدت نیز مؤثر واقع می‌شود. فرد در سایه چنین تجارب دردناکی قادر است که در آینده از هرچه ممکن است برای او زیانبار باشد دوری گزیند و در برابر برخی محرکات مضر و دردآور، پاسخ مناسب و سازش یافته‌ای از خود نشان دهد (عطار، ۱۳۸۱).

۷-۲- درد - هیجان ضربه‌ای: هیجان ضربه‌ای را می‌توان یک حادثه هیجانی که دارای یک معنای حیاتی و کاملاً غیر منتظره است، تعریف کرد. وقتی که یک تجربه دردناک خیلی شدید می‌شود به‌طوری که فرد انتظار آن را ندارد، حالتی را در فرد فراهم می‌آورد که آن حالت را می‌توان حالت هیجان - ضربه‌ای نام نهاد. این نوع هیجان مدتی طول می‌کشد و از حیث مدت متغیر می‌باشد و بعد ضایعاتی که موجد آن شده بودند عمده‌تاً در فرد باقی می‌مانند. در این درد، یا فرد بی‌هوش می‌شود که می‌توان آن را انهدام نجات بخش نامید زیرا در حکم یک نظام دفاعی فوری است که به فرد فرصت می‌دهد تا هنگام اختلال مغزی، از حیات خود دفاع کند و از کار افتادن مکانیزم‌های سازشی را با اوضاع و احوال جدید جبران کند. این شرایط غالباً وقتی که درد غیر قابل تحمل است بروز می‌کند و یا برعکس، اختلال عصبی حاد به‌صورت تلاطم درهم و برهم ظاهر می‌شود. به قول عوام فرد دست و پایش را گم می‌کند و درست مانند جانوری رفتار می‌کند که در چنین مواردی نالان از هر طرفی پا به فرار می‌گذارد و با هرچه در مسیرش باشد تصادف می‌کند و یا به سرعت به دور خود می‌پیچد. بی‌هوشی را می‌توان به‌عنوان یک نظام دفاعی فوری تلقی کرد که غالباً اقدام دفاعی را سبب می‌شود به‌طوری که فرد برای بار دیگر از قرار گرفتن در چنین شرایط دردناکی دوری می‌گزیند. بدیهی است که شدت و دوام دردی که موجب چنین رفتار آشفته‌ای می‌شود در افراد مختلف، متفاوت است (نسیون، ۱۳۸۳).

۷-۳- درد - تنش هیجانی: این نوع درد طولانی است و به اندازه‌ای شدید است که فرصت آرامش به فرد نمی‌دهد مگر آنکه فرد داروی مسکن مصرف کند. در این درد، ترس باعث تشدید آن نمی‌شود. شرایط خوب جسمانی - عصبی خودکار موجب می‌شوند که فرد بتواند در برابر هر نوع تجاوزی به کمک واکنش‌های حفظ تعادل بهتر از خود دفاع کند. محققان به این نکته اشاره می‌کنند که پاره‌ای از اشخاص ضعیف‌البینه و عصبی در برابر درد طاقت کمتری نشان می‌دهند (عطار، ۱۳۸۱).

۷-۴- درد - عاطفه‌ای که در روان تدارک می‌یابد: دردی که فقط از یک تغییر روانی ناشی می‌شود همان است که در اصطلاح به رنج روانی معروف است. درواقع رنج روانی یکی از مظاهر روانی است که به‌صورت عاطفه یا یک احساس عمیق تجلی می‌کند. درد جسمانی یک پدیده روانی - جسمانی است، درحالی که درد روانی یک واقعیت اساساً روانی است. درمورد درد روان باید گفت که این نیز همانند هر واقعیت عاطفی - هیجانی دیگر است، منتهی نسبت دخالت عناصر جسمی و روانی در این درد به طرف کفه عناصر روانی می‌چربد. به علاوه این نسبت تابع درجه شدت رنج روانی است. وقتی رنج روانی وخیم و یا هیجان‌پذیری زیاد است نه تنها تجلیات مختلف درد جسمانی نظیر آه و ناله، اشک و حرکات بدن وارد میدان می‌شوند بلکه همچنین خلق و خوی، نظام عصبی خودکار و در نتیجه همه جسم به نحوی کم و بیش مهم در آن دخالت می‌کنند. تفاوت مهم دیگر بین دردهای جسمانی - روانی و روانی این است که درد روانی به جای آنکه فرد از درد در یک قسمت مخصوص بدن خود بنالد از دردی پراکنده رنج می‌برد. اگر

حالت رنج روانی به اندازه کافی شدید و طولانی باشد یک حالت افسردگی خفیفی شخص پیدا می‌کند. به این ترتیب شخص پس از یک غم و غصه شدید پدیده‌ای از خود نشان می‌دهد که به درد روانی معروف است و می‌توان آن را یک نوع درد- بیماری نامید؛ یعنی درواقع یک نوع بیماری سازگاری است که از رنج های روانی ناشی می‌گردد و حتی می‌توان گفت که یک نوع درد عاطفه است که ریشه‌های روانی دارد و علت آن را نباید در شرایط خارجی جست (نسیون پور، ۱۳۸۳).

۷-۵- درک درد

درک درد، آستانه شناخت (آگاهی) از درد است؛ لحظه‌ای که فرد درد را تجربه می‌کند. این مسئله مربوط به سطح تالاموسی است و بر اساس زمینه‌های فرهنگی یا نژادی متفاوت فرق نمی‌کند. درک در لب فروتنال صورت می‌گیرد. عکس العمل افراد نسبت به درد کاملاً فردی است و ممکن است یک فرد تحت شرایط مختلف عکس العمل‌های متفاوتی از خود نشان دهد. درد همیشه دارای دو جنبه است: درک درد و عکس العمل نسبت به درد. توانایی درک درد بستگی به عملکرد نوروهای عصبی دارد که دریافت انتقال و تفسیر حرکت درد را به عهده دارند؛ بنابراین صدمه به اعصاب حسی، راه‌های حسی در نخاع شوکی، تالاموس و نواحی حسی در قشر مغز باعث اختلال در درک درد می‌شود. برای مثال در مددجویی که صدمه نخاعی دارد و دچار فلج اندام تحتانی است، حس درد در نیمه تحتانی بدنش وجود ندارد یا در بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی به نظر می‌رسد درک درد تسهیل شده است و فرد حساسیت بیشتری به محرک نشان می‌دهد. همچنین با طولانی شدن یک محرک دردناک، راه‌های عصبی خسته شده، مراکز درک درد حساستر می‌شوند. قسمت‌های نزدیک به نواحی آسیب دیده بدن نسبت به درد حساستر از بافت‌های دیگر هستند و بافت‌هایی که تازه آسیب دیده‌اند نسبت به محرک‌های دردناک (حتی اگر شدت آنها کم باشد) بیشتر از بافت‌های سالم واکنش نشان می‌دهند به‌طور کلی قشر مغز، مخصوص تجزیه و تحلیل درد است. تفسیر، نوع و کیفیت و معنای درد تحت تأثیر عواملی چون شخصیت، زمینه فرهنگی، تجربه و حالات روانی، جسمی و انگیزشی است (علوی و شصتی، ۱۳۹۰).

نتیجه گیری

در تبیین این یافته‌ها بر اساس مبانی نظری می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تغییر محتوا نیست بلکه یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است و عمل نمودن به شیوه‌ای که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد، قادر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا می‌باشد. به عبارتی از طریق این درمان مراجعان می‌آموزند به جای اینکه به‌طور مداوم در گذشته و آینده زندگی کنند، بر احساسات حال حاضر خود تمرکز کنند و این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تغییرات دنیا را آن گونه که هست تجربه کنند، نه آن گونه که ذهن می‌سازد (ماسودا، هایز، ساکو و توهینگ^۱، ۲۰۰۴). آموزش ارتباط موثر، باز و غیر دفاعی با زمان حال دو ویژگی دارد نخست آنکه به مراجع آموزش داده می‌شود به آنچه در

^۱.Masuda, Haye, Sacku & Twohing

محیط و تجربه درونی دارد توجه کرده و آن را مشاهده کند و دیگر آنکه مراجع آموزش می بیند تا آنچه وجود دارد را بدون قضاوت یا ارزشیابی توصیف کند. تمرینات ذهن آگاهی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور توجه مراجع به دنیا استفاده می شود، آنگونه که آن را مستقیماً تجربه می کنند و نه آنگونه که با فراورده های ذهنی شان ساخته می شود. درواقع هدف این درمان افزایش توانایی بیماران در پاسخ های سازگارانه و انعطاف پذیر به رویدادهای زندگی (بیماری فیبرومیالژیا) در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده است که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شود.

منابع

- زاهدی، م؛ دریس، ف. (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی در زنان باردار در شهر فرخ شهر. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۳(۳)، ۶۹-۶۳.
- زارع، ح؛ محمدی، ن؛ متقی، پ؛ افشار، ح؛ پور کاظم، ل. (۱۳۹۳). تاثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری درد، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، *روان شناسی سلامت*، ۳(۴)، ۹۳-۱۱۴.
- زکی، م. (۱۳۸۵). *بررسی و سنجش کیفیت زندگی زنان*. اولین همایش نقش زنان در توسعه علوم، فرهنگ و تمدن اسلامی.
- زندی، س. (۱۳۸۲). *بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به افسردگی با گروه شاهد در سال ۱۳۸۱*. اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دکتری حرفه ای. دانشکده علوم پزشکی اصفهان.
- زندی فر، ح. (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان در بیماران ام.اس. نخستین همایش ملی توانمندسازی فردی اجتماعی افراد با نیازهای ویژه.
- سامانی، س؛ جوکار، ب و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- سبوحی، ر؛ فاتحی زاده، م؛ احمدی، ا؛ اعتمادی، ع. (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان، *مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت*، سال دوم، شماره ۱، ۵۲-۴۲.
- صباغ، ص؛ معینان، ن و صباغ، س. (۱۳۹۰). سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن. *مطالعات جامعه شناسی*. ۳(۱۰)، ۲۷-۴۴.
- صبور، س و کاکابایی، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۴)، ۹-۱.
- عزیزی، م و حسین آبادی، ح. (۱۳۹۳). *مقایسه اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی بین فردی بر بهبود نشانه های سلامت روان، تاب آوری و درد در افراد مبتلا به سردرد مزمن*. پایان نامه کارشناسی رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- عطار، ی. (۱۳۸۱). *روانشناسی درد*. تازه های روان درمانی، شماره ۲۵ و ۲۶.
- علوی، ف و شصتی، س. (۱۳۹۰). تسکین درد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

- Campbell-sills, L., Gohan.S. Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, comping, and psychiatric symptoms in young adults, *JBID*, 33(1), 1091-1100.
- Connor, KM., Davidson, JR. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18, 76-82.
- Luciano, JV., Guallar, J.A., Aguado, J., López-Del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., Alda, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M.,Garcia-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155(4), 693-702.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Baker, F. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857885.
- Masuda, A., Tully, EC. (2012).The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *J Evid Based Complement Altern Med*, 17(1), 66-71.