



Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Emotional Aphasia and Cognitive Flexibility in Patients with Chronic Pain

Sara Saedi ^{1*}

¹ Assistant Professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

*Corresponding author: Sara Saedi, Assistant Professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Borujerd, Iran, E-mail: sarasaedi@iaau.ac.ir

Article Info

Keywords: Cognitive flexibility, cognitive-behavioral therapy, aphasia, chronic pain

Abstract

Introduction: Chronic pain is one of the most common reasons for referral to primary care centers, and evidence shows that current psychological approaches in chronic pain management have been reported to be effective and beneficial. Therefore, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotional aphasia and cognitive flexibility in patients with chronic pain.

Method: This study was a quasi-experimental study with a control group. The statistical population was all patients with musculoskeletal pain referring to specialized clinics and clinics in Ahvaz in the spring of 2016, of which 30 were selected by purposive non-random sampling and randomly assigned to the experimental and control groups. Data collection tools included the Toronto Aphasia Questionnaire (1994) and Dennis and Vanderwaal's Cognitive Flexibility (2010). The experimental group underwent cognitive-behavioral therapy for 11 sessions 90-minute; but the control group did not receive any intervention.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy is effective on aphasia and cognitive flexibility in patients with chronic pain ($P < 0.05$).

Conclusion: The use of short-term cognitive-behavioral therapy by mental health professionals is effective in increasing the quality of life and psychological well-being of patients with chronic pain.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن

سارا ساعدی^{۱*}

^۱ استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

* نویسنده مسؤل: سارا ساعدی، استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران ایمیل: sarasaedi@iau.ac.ir

چکیده

مقدمه: درد مزمن یکی از رایج ترین علل مراجعه به مراکز خدمات پزشکی اولیه است و شواهد نشان می دهند که رویکردهای روانشناختی کنونی در مدیریت دردمزمن اثربخش و سودمند گزارش شدند. بنابراین هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن بود.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی مراجعه کننده به کلینیک‌ها و درمان‌گاه‌های تخصصی شهر اهواز در بهار ۱۳۹۵ بودند که با روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند ۳۰ نفر از آنان انتخاب و در صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) و انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) بود. گروه آزمایش به مدت ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش است ($P>0/05$).

نتیجه گیری: استفاده از درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت توسط متخصصان بهداشت روان در افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است.

واژگان کلیدی: انعطاف پذیری شناختی، درمان شناختی رفتاری، ناگویی هیجانی، دردمزمن

از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی های روانی عمومی و درد مزمن می شود، رابطه دارد. مطابق با نظریه ی انعطاف پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیطهای درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیتهایی که از لحاظ ارزشمندی با ثبات است. شکل های مختلف آسیب شناسی روانی نیز براساس انعطاف پذیری شناختی به وسیله ی افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به وسیله ی رفتارهایی ارزش محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است، شرح داده می شوند. تحقیقات نشان می دهد که انعطاف پذیری شناختی در کوتاه مدت و طولانی مدت تحت تاثیر استرس قرار می گیرد، بنابراین استرس می تواند به واسطه ی مکانیزمهای نوروپیرونی و مرکزی سطوح برانگیختگی و تحریک را برای پاسخ های سازگار تنظیم کند. به عبارت دیگر استرس با فعال کردن هورمون های برانگیختگی و مکانیزمهای دیگر هم منجر به تسهیل و هم تضعیف کارکردهای شناختی که شامل سرعت پردازش و بازداری اطلاعات مهم و برجسته است، می شود؛ بدین معنی که استرس در سطح بهینه می تواند فرد را فعال نگه داشته اما چنانچه استرس مداوم و شدت آن رو به افزایش باشد، نه تنها کارآمدی فرد را کاهش می دهد بلکه منجر به احساس فرسودگی فرد و ابتلا آن به بیماریهای مزمن نیز می شود (۱۶). به دلیل ماهیت چند بعدی درد مزمن، رویکردهای کنونی در مدیریت درد، به طور فزاینده ای از رویکردهای جسمانی و دارویی درمان فراتر رفته و رویکردهای چند بعدی و میان رشته ای را مورد توجه قرار داده اند که در برگیرنده درمان های چندوجهی مانند ترکیبی از داروهای ضد درد، درمان های جسمانی، رفتاری و روان شناختی است. رویکردهای روان شناختی کنونی در مدیریت درد مزمن، در برگیرنده مداخلاتی از قبیل هیپوتراپی، بیوفیدبک، تصویرسازی ذهنی، درمان شناخت رفتاری و ذهن آگاهی و... است، که هدف آن ها به جای از بین بردن مستقیم درد، دستیابی به خود مدیریتی بیشتر، تغییر رفتار و تغییر شناخت است (۱۷). در رویکرد درمان شناختی- رفتاری در درمان درد مزمن فرض می شود که توجه به عوامل عاطفی و شناختی موثر بر رفتار درد منجر به بهبود و حفظ نتایج درمانی می شود. این فرض کاملاً با نظریه کنترل دروازه ای درد که نشان می دهد ادراک درد برآیند تعامل پیچیده ی محرک های آوران از گیرنده های درد و عوامل واسطه ای مثل محرک های وابران، حوادث محیطی، واکنش های هیجانی و شناخت ها می باشد، سازگار است (۵). درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد فیزیولوژی درد، نقش عوامل شناختی در احساس درد، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت های مقابله با درد، آموزش چرخه

طبق ارزیابی ها از هر سه نفر یک نفر از درد مزمن رنج می برد، شرایطی که با کاهش کیفیت زندگی و سطوح بالای پریشانی روانی به طور مکرر در ارتباط است (۱). شاید درد عمومی ترین فشار روانی باشد که با آن مواجه می شویم، هیچکدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند (۲). درد شایع ترین علت مراجعه بیماران به پزشک می باشد (۳). و بر پایه پیش بینی ها، بیماری های مزمن اصلی ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهند بود و دو سوم تمام بیماری ها را به خود اختصاص خواهند داد (۴). دیدگاه های موجود، درد مزمن را پدیده ای متشکل از علائم زیستی- روانی- اجتماعی می دانند و معتقدند به موازات استمرار درد و مزمن شدن آن بخش های گوناگون زندگی فرد تحت تاثیر قرار گرفته و الگوی شناختی و رفتاری خاصی را پدید می آورد. می توان گفت هنگامی که درد استمرار می یابد به تدریج سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد جسمانی و اجتماعی و نیز نقش هایی که فرد به لحاظ جسمانی، اجتماعی و روانشناختی ایفا می نماید در جهت منفی تحت تاثیر قرار می گیرد (۳). اکنون حجم به خصوصی از پژوهش هایی که در حوزه درد مزمن به انجام رسیده است حاکی از آن است که عواملی چون هیجانها، بافتار محیطی، اجتماعی و فرهنگی، معنی درد برای فرد، شناخت های مرتبط با درد و راهبردهای مقابله با درد به همراه جنبه های زیست شناختی (بیولوژی) درد در فرایند سازگاری افراد با درد مزمن و چگونگی واکنش نشان دادن به آن نقش عمده ای دارد (۵). طبق پژوهش های انجام شد از جمله عوامل روان شناختی موثر بر درد مزمن، ناگویی هیجانی است (۶و۷). ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان ها، ناگویی هیجانی نامیده می شود (۸). ناگویی هیجانی سازه ای است چند وجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران و قدرت تجسم محدود که به صورت فقر در خیالپردازی یا سبک شناختی عینی (غیرتجسمی)، عمل گرا و واقعیت مدار یا تفکر عینی مشخص می شود (۹). ناگویی هیجانی، به عنوان ویژگی مشترک افراد مبتلا به بیماری های روان تنی، پدید آیی و استمرار بیماری را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۰). یافته های پژوهشی نشان می دهد که ناگویی هیجانی با درد در گروهی از بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد (۱۱). به علاوه شواهد زیادی نشان می دهند که ناگویی خلقی و دشواری در شناسایی فیزیکی چون درد مزمن (۱۲)، اختلال درد بدنی (۱۳) و سردرد تنشی (۱۴) ارتباط دارند. به علاوه پژوهشگران (۱۵) در مطالعات خود دریافتند که انعطاف پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب پذیری در طیف گسترده ایی

فعالیت- استراحت، برنامه ریزی فعالیت می باشد و یکی از اهداف درمان شناختی رفتاری مدیریت درد آموختن مهارت های مقابله ای فعال به بیمار در جهت کنترل بهتر درد و تنظیم هیجانات منفی ناشی از درد است. به عبارتی استفاده از راهبردهای مقابله ای فعال مانند راهبردهای انحراف توجه و برنامه ریزی فعالیت، عدم توجه به درد و ادامه دادن به فعالیت های روزمره منجر به افزایش احساس خودآثربخشی درد، کاهش افکار منفی ناخودآیند و افزایش تمایز احساسات بدنی، تنظیم هیجانی و در نهایت انعطاف پذیری روان شناختی و احساس کفایت در فرد می شود(۱۸). با توجه به اهمیت مطالب فوق الذکر و از طرفی از انجائیکه درمان های دارویی، اگرچه برای کنترل حملات دردمزمن مؤثرند، اما اغلب بهبودی کامل را فراهم نمی آورند و بیماران همچنان با نشانه های مقاوم، عود مکرر و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند. از این رو، استفاده از مداخلات غیردارویی مانند CBT که بر تغییر الگوهای شناختی و رفتاری، ارتقای توان خود کارآمدی و بهبود مکانیسم های مقابله با درد تمرکز دارد، به عنوان گامی ضروری در مدیریت جامع دردمزمن مطرح است. بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به دردمزمن تاثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. در این طرح، که از دو گروه (تجربی و کنترل) تشکیل می شود، فرم پیش آزمون برای دو گروه اجرا و سپس فرم پس آزمون پس از اعمال مداخله در این پژوهش اجرا شد.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی مراجعه کننده مراکز خدمات درمانی و بیمارستان های شهر اهواز در بهار ۱۳۹۵ بودند. جهت انتخاب نمونه، ۳۰ نفر از بیماران در دسترس که ملاک های ورود را دارا و دوامطلب شرکت در جلسات بودند انتخاب شدند و سپس با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه ی تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره (تجربی و کنترل) گمارده شدند.

ملاکهای حضور در نمونه عبارت بودند از (۱) تشخیص ابتلا به دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی توسط متخصص، (۲) دامنه سنی بین ۲۰ سال تا ۵۰ سال، (۳) داشتن حداقل سواد و خواندن. همچنین، ملاکهای عدم حضور در نمونه عبارت بودند از (۱) عدم ابتلا به یکی از بیماریهای جسمانی شدید، اختلال های عصب شناختی وخیم (۲) عدم تمایل به ادامه درمان (۳) بروز افکار

خودکشی و احتمال خودکشی که نیاز به مداخله اضطراری را ایجاد می کنند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه مورد یابی درد مزمن: این آزمون که توسط اصغری مقدم (۱۹) تدوین شده است، ۵۸ ماده دارد که ضمن تشخیص و موردیابی افراد مبتلا به درد مزمن، جنبه های مختلف درد مزمن را ارزیابی می نماید. پرسشنامه جهت ارزیابی اولیه درد مزمن و دریافت اطلاعات دموگرافیک مورد استفاده قرار گرفت. آزمون از بخش های مختلف تشکیل شده است. آزمودنی وضعیت خود را روی پاسخهای چندگانه مشخص می سازد. برخی از حیطه های آزمون روی مقیاس ۱۰ نقطه ای درجه بندی می شود که نمره صفر بیانگر هیچ و نمره ۱۰ بیانگر حداکثر علامت است. در پژوهشی توسط پولادی ریشه‌ری (۱۳۸۰) ضرایب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ، تصنیف و باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. بررسی اعتبار آزمون با تدوین چند سوال ملاک انجام گرفت که ضریب همبستگی بین سوالات ملاک و پرسشنامه درد مزمن $r = 0.68$ بود ($p < 0.01$). این پرسشنامه جهت ارزیابی اولیه درد مزمن (سوال ۷ و ۸) و دریافت اطلاعات دموگرافیک مورد استفاده قرار گرفت.

۲- پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو: یکی از ابزارهای استاندارد و معتبر برای اندازه گیری توانایی شناسایی و بیان هیجانان فردی است. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که سه زیرمقیاس اصلی دارد: مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (ارزیابی توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس های بدنی)، دشواری توصیف احساسات (بررسی توانایی شخص در بیان احساسات و این که آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر) و تفکر با جهت گیری خارجی (بررسی میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران)، را مورد ارزیابی قرار می دهد. شیوه نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) است. تنها سوال ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. حداقل نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می باشد. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۸۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۸۰ و تفکر با جهت گیری خارجی ۰/۷۱ بدست آمد (۲۰).

۳- پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال (2010) معرفی شده و

یک ابزار خودگزارشی کوتاه 20 سوالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود که بر اساس مقیاس 7 درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی-رفتاری افسردگی و سایر بیماریهای روانی به کار می رود. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین ۰/۷۵ بود (۲۱). به علاوه پژوهشگران در ایران ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش نموده اند (۲۲). در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برابر ۰/۵۴ و ۰/۵۳ بود که بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه مذکور بود.

درمان شناختی رفتاری مدیریت دردمزن: در پژوهش حاضر پروتکل درمانی بر مبنای شیوه اوتیس در سال ۲۰۰۰ تدوین شد (۱۸). این برنامه در ۱۱ هفته هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای توسط درمانگر به ترتیب ذیل اجرا شد:

جلسه اول: معارفه، مفهوم سازی و آشنایی با ماهیت درد مزمن و نقش عوامل روان شناختی در شدت و تداوم آن
جلسه دوم: تشریح و درک بهتر مکانیزمهای درد و یادگیری تکنیک تنفس دیافراگمی برای کنترل پاسخهای فیزیولوژیک بدن

جلسه سوم: کاهش تنش عضلانی و ایجاد آرامش ذهنی با استفاده از دو تکنیک: انقباض و رهاسازی عضلات، و تصویرسازی آرامش بخش

جلسه چهارم: بررسی افکار و خطاهای شناختی مرتبط با درد

جلسه پنجم: بازشناسی شناختی و به چالش کشیدن افکار منفی مرتبط با درد و جایگزینی آنها با افکار واقع گرایانه تر

جلسه ششم: شناسایی عوامل استرس زا و رابطه آنها با درد و یادگیری راهکارهای مقابله با استرس

جلسه هفتم: ایجاد تعادل بین فعالیت و استراحت برای جلوگیری از خستگی شدید یا تشدید درد بعد از فعالیت زیاد.

جلسه هشتم: شناسایی و برنامه ریزی فعالیت های لذت بخش جهت کاهش درد

جلسه نهم: شناسایی خشم و رابطه آن با درد، یادگیری روش های ابراز سالم آن

جلسه دهم: شناسایی مشکلات خواب و رابطه آن با درد و آموزش تکنیک هایی برای بهبود کیفیت خواب

جلسه یازدهم: پیشگیری از عود و برنامه ریزی برای روزهای درد یافته ها:

در پژوهش حاضر ۵۳ درصد از آزمودنی های مورد مطالعه را بیماران زن و ۴۷ درصد از آزمودنی ها را بیماران مرد تشکیل می دهند. همچنین محل درد ۴۲ درصد آزمودنی ها در قسمت سر، ۱۱ درصد در گردن، ۲۷ درصد در کمر، ۶ درصد در لگن و ۱۳ درصد در دست و پا درد را احساس می کردند. به علاوه جدول ۱ نیز به صورت مفصل میانگین و انحراف معیار متغیرهای ادراک بیماری، و انعطاف پذیری شناختی در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش از مومن و پس از مومن نشان می دهد.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

| کل | بعد از آزمایشی | | قبل از آزمایشی | | گروه | متغیر |
|----|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------------------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| ۱۵ | ۸/۴۰ | ۵۸/۰۷ | ۹/۶۵ | ۶۹/۶۷ | شناختی- رفتاری | ناگوی هیجانی |
| ۱۵ | ۱۰/۵۴ | ۷۰/۵۳ | ۱۰/۴۴ | ۷۱/۰۷ | کنترل | |
| ۱۵ | ۷/۹۹ | ۵۸/۵۳ | ۱۰/۵۵ | ۴۶/۲۰ | شناختی- رفتاری | انعطاف پذیری شناختی |
| ۱۵ | ۱۰/۲۷ | ۴۷/۷۳ | ۷/۰۳ | ۴۵/۶۰ | کنترل | |

برای آزمودن فرضیه پژوهش مبنی بر این که: درمان شناختی رفتاری بر ناگوی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی موثر است. از روش تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) با رعایت مفروضه های آن استفاده شد.

جدول ۲: وضعیت نرمال بودن توزیع آماری متغیرهای تحقیق

| پس از آزمایشی | | قبل از آزمایشی | | متغیر |
|---------------|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| Sig | Z کولموگروف اسمیرنوف | Sig | Z کولموگروف اسمیرنوف | |
| ۰/۳۷ | ۰/۹۱ | ۰/۷۸ | ۰/۶۵ | ناگویی هیجانی |
| ۰/۹۴ | ۰/۵۲ | ۰/۷۳ | ۰/۶۸ | انعطاف پذیری شناختی |

با توجه به اطلاعات جدول ۲ آزمون نرمال ملاحظه می گردد که مقدار احتمال در هیچ کدام از متغیرها معنی دار نشده است (مقدار احتمال بزرگتر از سطح خطای ۰/۰۵ می باشد) که نشان دهنده نرمال بودن متغیرهای تحقیق می باشد که یکی از پیش شرط های استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس می باشد.

جدول ۳: بررسی وضعیت برابری واریانس ها

| متغیرها | F | df | df2 | سطح معنی داری |
|---------------------|------|----|-----|---------------|
| ناگویی هیجانی | ۰/۲۴ | ۲ | ۴۲ | ۰/۷۸۷ |
| انعطاف پذیری شناختی | ۱/۶۶ | ۲ | ۴۲ | ۰/۲۰۲ |

با توجه به جدول ۳، مقدار احتمال از سطح ۰/۰۵ بیشتر می باشد، این نتیجه حاصل می گردد که فرض برابری واریانس های دو گروه تایید می شود که یکی دیگر از پیش شرط های آزمون آنالیز کوواریانس می باشد.

جدول ۴: بررسی تساوی ماتریس واریانس - کوواریانس

| Box.sm | F | df1 | df2 | سطح معنی داری |
|--------|------|-----|------|---------------|
| ۲۶/۷۶ | ۱/۹۹ | ۱۲ | ۸/۵۴ | ۰/۲۱۴ |

بنابراین اجرای کوواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون مولفه های ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی و گروه صورت می گیرد. یعنی آیا میانگین های جامعه در دو گروه آزمایشی و کنترل یکی است؟ نتایج این تحلیل در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

همچنین با ملاحظه ارقام جدول ۴-۸ در میابیم که آزمون باکس معنی دار نیست. عدم معنی داری آزمون باکس (۰/۲۱۴) $p = ۱/۹۹$ ، $F(۱۲, ۸/۵۴) = ۱/۹۹$ نشان می دهد که فرض همبستگی ماتریس های واریانس - کوواریانس رد نمی شود.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون

ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی گروه های تجربی و کنترل

| نام آزمون | مقدار | DF فرضیه | DF خطا | F | سطح معنی داری |
|-------------------------|-------|----------|--------|---|---------------|
| آزمون بزرگترین ریشه روی | ۷/۸۹ | ۲۵ | ۲ | ۱ | ۰/۰۰۱ |

وجود دارد. لذا برای بررسی بیشتر بین میانگین نمرات پس آزمون انعطاف پذیری شناختی یا ناگویی هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول ۶ گزارش می شود.

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می شود سطوح معناداری همه آزمون بزرگترین ریشه روی، بیانگر آن است که بین آزمودنی های گروه های تجربی و کنترل حداقل از لحاظ یکی از انعطاف پذیری شناختی یا ناگویی هیجانی تفاوت معنی داری

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | مجذور ایستا |
|---------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-------------|
| ناگویی هیجانی | ۲۳۹۴/۶۶ | ۲ | ۱۱۹۷/۳۳ | ۶۷/۱۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۷۵ |
| انعطاف پذیری شناختی | ۳۵۱۲/۸۱ | ۲ | ۱۷۵۶/۴۰ | ۱۹/۰۰۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۹۴ |

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می شود که درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به دردمزمن اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به درد مزمن تاثیر بیشتری دارد.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که بیان شد فرضیه این پژوهش با هدف بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به دردمزمن بود. یافته های جدول ۱ تا ۶ نشان دادند که بین بیماران مبتلا به دردمزمن که درمان شناختی رفتاری را دیده اند (گروه آزمایش) نسبت به بیمارانی که این درمان را فرا نگرفته اند (گروه کنترل) از نظر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$). و این بدین معنی است که درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به دردمزمن موثر است. لذا فرضیه پژوهش مورد تایید قرار گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش در خصوص ناگویی هیجانی به طور غیرمستقیم مشابه با نتایج پژوهش های کلارک و بک (۲۳)، گلسون و همکاران (۲۴)، ساگی و همکاران (۲۵)، محرابی، فتی، دوازده امامی و رجب (۲۶)، و در خصوص انعطاف پذیری شناختی به طور مستقیم مشابه با نتایج پژوهش های سلطانی و همکاران (۲۲)، پیترسون و ایفرت (۲۷)، فاضلی، احتشام زاده و هاشمی شیخ شبانی (۲۸) همخوانی دارد.

در بحث تبیین اثر گذاری درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی باید گفت که؛ از آنجائیکه ناگویی هیجانی با ایجاد اختلال در پردازش شناختی هیجانها، نه تنها منجر به جسمانی سازی علائم و تشدید بیماری افراد می شود بلکه بدلیل عدم شناسایی و توصیف حسهای جسمانی، می تواند احتمال استفاده از راهبردهای تنظیمی غیرانطباقی را در افراد افزایش می دهد (۲۹). لذا به نظر می رسد تغییر در ابعاد ناگویی هیجانی در بیماران گروه اول (درمان شناختی رفتاری)، می توان در درجه اول، محصول تفکیک احساسات به دو بخش احساس های عاطفی و بدنی و تاکید بر نقش احساس های بدن در برانگیختن افکار منفی در بیماران مزمن دانست. بر طبق پژوهش دیگری توانست سهم موثری در کاهش ناگویی هیجانی و تعدیل احساس هویت بیمار (کاهش اسناد علائم جسمی به دردهای اسکلتی عضلانی) داشته باشد (۲۵). به علاوه این درمان با هدف قرار دادن عوامل زیستی-روانی-اجتماعی (مانند ترس و صدمه از آسیب، ادراک مهارگری درد، خوداثربخشی پایین برای مدیریت درد، فاجعه آمیزسازی و پاسخ های رفتاری مرتبط مانند اجتناب از فعالیت، اشتغال به فعالیت خیلی زیاد یا برعکس کم تحرکی به طور

متناوب و گوش به زنگی بیش از حد نسبت به حس های بدنی) که در پدیدآیی و تحول درد مزمن و ناتوانی های متعاقب آن نقش دارند (۲۶)، مؤثر واقع شد. به عبارت دیگر الگوی شناختی- رفتاری با تصحیح تفسیرهای نابجا از حس های جسمانی، هدایت خودگویی های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و مهارگری هیجانهای منفی با راه اندازی پاسخ های مقابله ای کارآمد و سازگارانه مطابق با مطالعات دیگر پژوهشگران توانست به صورت مستقیم به کاهش پریشانی های عاطفی و غیرمستقیم به کاهش ناگویی هیجانی منتهی شود. همچنین از آنجائیکه تفسیر و ادراک اشتباه بیماران از حس های جسمی، منجر به فعال سازی روان بنه های وقوع مرگ و تهدیدآمیز بودن موقعیت می شود (۲۴ و ۲۵)، بنابراین آموزش هر یک از مؤلفه های شناختی مانند بازسازی شناختی، ساختار بندی دوباره هیجان منفی، آموزش حل مسأله و به کارگیری راهبردهای مقابله ای کارآمد، تصویرسازی ذهنی مثبت و تنش زدایی در این پژوهش توانست به کاهش برانگیختگی هیجانها منفی در بیماران منجر گردد.

همچنین در بحث تبیین اثر گذاری درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی باید گفت که؛ معمولاً بسیاری از بیماران دارای درد مزمن بدلیل شکست های مداوم درمانی، احساس می کنند توانایی جایگزینی یا فکر کردن به راه حل درمانی جدید را ندارند؛ گویا در چاهی گرفتار شدند که ظاهراً توان رهایی از آن را ندارند. در واقع این سبک شناختی غیرانعطاف پذیر به صورت یک چرخه معیوب باعث تقویت حالات اضطرابی و افسردگی از طریق ایجاد سوگیری در پذیرش خودکار افکار ناکارآمد و از آن طرف هم منجر به افزایش شدت درد می شود (۲۱) بنابراین، به نظر می رسد آموزش بیماران برای تفکر انعطاف پذیر از طریق چالش با افکار ناکارآمد (که از مهمترین مولفه های درمانگری شناختی رفتاری می باشد) موجب بهبود خلق و افزایش تاب آوری آن ها می شود (۲۲). پژوهش حاضر بر اساس یافته ها و دانش علمی موجود و با تاکید بر کارکردهای شناختی رفتاری، توانست افراد شرکت کننده را از اتخاذ یک روش و سبک فکری ناکارآمد رها کرده و مهارت انتخاب شبکه های مختلف فکری را به فرد ارایه دهد. در واقع شرکت کنندگان توانستند از چارچوب رفتارها و افکار فعلی خارج کند و با استفاده از تکنیک شناختی و رفتاری مانند استفاده از باورهای مخالف شرایط جدید، گزینه های بیشتری را تجربه کنند، این روند همچنین توانست تجربه های جدیدی را در اختیار آنها قرار دهد و دور باطل همیشگی که نتایج رفتارها و فکرهای خود می گرفتند را بشکند تا به احتمال های دیگر غیر از پیشدواری های منفی نیز بیاندیشند و با داشتن روحیه انعطاف پذیری بیشتر، تعمیم ناکامی ها به کل موقعیت های را کاهش دهند.

متخصصان روان‌شناسی و پزشکی در بهبود استراتژی‌های آموزشی و مداخلات هدفمند در مراکز درمانی کمک کند.

ملاحظات اخلاقی: تمامی مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی پژوهش‌های انسانی انجام شد. شرکت‌کنندگان پیش از ورود به مطالعه از اهداف و روش‌ها مطلع شدند و رضایت آگاهانه خود را به صورت کتبی اعلام کردند. اطلاعات شخصی و پاسخ‌ها به صورت محرمانه نگهداری شد و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر زمان از ادامه مشارکت خودداری کنند.

سپاسگزاری: از تمامی شرکت‌کنندگان که وقت و همکاری خود را در این پژوهش صرف کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع: نویسندگان این مطالعه هیچگونه تضاد منافع مالی یا شخصی مرتبط با موضوع پژوهش ندارند.

محدودیت پژوهش: محدودیت‌های این مطالعه شامل نمونه محدود بالینی، استفاده از داده‌های خوداظهاری و نبود پیگیری بلندمدت برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری روانشناختی و ناگویی هیجانی بود. همچنین این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به دردمزمن انجام گرفت بنابراین قابلیت تعمیم دهی به بیماران دیگر را ندارد.

کاربرد پژوهش: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به‌طور مؤثری انعطاف پذیری روانشناختی و ناگویی هیجانی بیماران را بهبود بخشد. این یافته‌ها کاربرد بالینی مهمی دارند، از جمله در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به درد مزمن، افزایش مشارکت بیمار در درمان، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم روانی و جسمی. همچنین، این پژوهش می‌تواند به

منابع

- 1- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research* 68 , 29–36.
- 2- Gochel, R. J., and Turk, D. S. (1996). "Psychology of Pain". Translated by Asghari Moghadam, Mohammad Ali; Najarian, Bahman; Mohammadi, Mohsen; Dehghani, Mohsen (2002). Tehran: Roshd.
- 3- Abedi, M., Khalilzadeh Poshtgol, M., and Asghari Moghadam, M. A. (2009). "Pain Self-Control and Social Support in Different Educational Levels of Patients with Chronic Pain". *Contemporary Psychology, (Special Issue)*, 5, 505-506.
- 4- Epping-Jordan , J; Bengoa, R; Kawar, R; Sabate, E;. (2001). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *BMJ* 8 , 947-8.
- 5- Asghari Moghadam, M., and Golak, N. (2005). The role of pain coping strategies in adapting to chronic pain. *Daneshvar Behaviour*, 12th year - New issue, No. 10.
- 6- Kosrurek, A., Gregory, R.J., Sousou, A., & Trife, P. (2005). Alexithymia and Somatic Amplification in Chronic Pain, *Journal of Psychosomatics*, 39, 399-404.
- 7- Hosoi, M., Molton, I.R., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Amtmann, S., O'Brien, S., Wrimura, T., & Kubo, C., (2010). Relationship among Alexithymia and Pain Intensity, Pain Interference, and Vitality in Persons with Neuromuscular Disease: Considering the Effect of Negative Affectivity. *Pain*, 149, 273-277.
- 8- Besharat, M. (2008). "The relationship between emotional dysfunction and anxiety, depression, psychological distress and psychological well-being". *Modern Psychological Research (Psychology, University of Tabriz)*. Year 3, No. 11; 17-40.
- 9- Besharat, M.A.; Kochi, S.; Dehghani, M.; Farahani, H.A.; and Momenzadeh, S. (2011). "A study of the moderating effect of self-efficacy on the relationship between emotional alexithymia, pain intensity and pain-related disability in patients with chronic pain". *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*, Year 6, No. 21; 213-230.
- 10- Ahlberg, J., Nikkila, H., Kononen, M., Partinen, M., Lindholm, H., Sarna, S., & Savolainen, A. (2004). Associations of Perceived Pain and Painless TMD-related Symptoms with Alexithymia and Depressive Mood in Media Personnel with or Without Irregular Shift Work, *Acta Odontol Scand*, 62,119-23.
- 11- Mehling, W.E., & Krause, N. (2007). Alexithymia and 7.5-year Incidence of Compensated Low Back Pain in 1207 Urban Public Transit Operators, *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 667-74.
- 12- Tuzer V, Dogan Bulut S, Bastug B, Kayalar G, Göka E, Bestepe E.(2010). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic J Psych*; 00: 1-7.
- 13- Burba B, Oswald R, Grigaliunien V, Neverauskiene S, Jankuviene O, Chue P. A.(2006). controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Canadian J Psychi*; 51(7): 468-71.
- 14- Gratta M, Canetta E, Zordan M, Spoto A, Ferruzza E, Manco I, et al. (2011).

- Alexithymia in juvenile headache sufferers: A pilot study. *J Headache and Pain*, 2011; 12(1): 71-80.
- 15- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485.
 - 16- Stone, W. S., & Iguchi, L. (2013). Stress and mental flexibility in Autism spectrum disorders. *North American Journal of medicine and science*. 3(6), 145-153.
 - 17- Roditi D, Robinson ME. (۲۰۱۱)The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*;4:41-9.
 - 18- Otis, J. D. (2007). *Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide*. Oxford University Press
 - 19- Asghari Moghaddam, M. A. (2010). Chronic Pain Control: Application of Psychological Methods. *Proceedings of the Third Congress of the Psychological Association*.
 - 20- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
 - 21- Denison E, Asenlof P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain* 2004; 111: 245-52.
 - 22- Tuzer V, Dogan Bulut S, Bastug B, Kayalar G, Göka E, Bestepe E.(2010). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic J Psych*; 00: 1-7.
 - 23- Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, A., & Farmani, A. (2013) The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh*, 18(2):88-96. (Persian)
 - 24- Clark D, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: London; 2010.
 - 25- Gilson M, Freeman A, Yates MJ, Freeman SM. (2009). *Overcoming depression*. London: Oxford University Press.
 - 26- Sage N, Sowden M, Chorlton E, Edeleau A. *CBT for chronic illness and palliative care: A workbook and Toolkit*. 1st ed. Sussex, John Wiley & Sons. 2008; 9-15, 18-45.
 - 27- Mehrabi, A.; Fati, L.; Dazav-e-Emami, M.H.; Rajab, A. (2008). "The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral theory on blood sugar control and reducing emotional problems in type 1 diabetic patients". *Iranian Journal of Diabetes and Lipids*. 8 (2):103-114
 - 28- Peterson BD, Eifert GH. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18:577-587.
 - 29- Fazeli, M.; Ehteshamzadeh, P.; and Hashemi Sheikh Shabani, S.A. (2014). "The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility in depressed individuals". *Journal of Thought and Behavior*. Volume 9, Issue 3; 27-36.