www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

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*

**5Corresponding author: Sara Saedi, Assistant Professor,Department of psychology., Islamic Azad University, Borujerd, Iran, E mail: sarasaedi@iau.ac.ir*

Article Info

Keywords: *I 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.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۲، شماره ۶، ۱۳۹۸
صفحات: ۹۲-۸۴

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 مسوول: 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 بصورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه های ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) و انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) بود. گروه آزمایش به مدت ۱۱جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند.

یافته ها: 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

مقدمه

طبق ارزیابی‌ها از هر سه نفر یک نفر از درد مزمن رنج می‌برد، شرایطی که با کاهش کیفیت زندگی و سطوح بالای پریشانی روانی به طور مکرر در ارتباط است(۱). شاید درد عمومی‌ترین فشار روانی باشد که با آن مواجه می‌شویم، هیچکدام از علایم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند(۲). درد شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به پزشک می‌باشد (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(۴). دیدگاه های موجود، درد مزمن را پدیده‌ای متشکل از علایم زیستی- روانی- اجتماعی می دانند و معتقدند به موازات استمرار درد و مزمن شدن آن بخش‌های گوناگون زندگی فرد تحت تأثیر قرار گرفته و الگوی شناختی و رفتاری خاصی را پدید می‌آورد. می‌توان گفت هنگامی که درد استمرار می‌یابد به تدریج سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد جسمانی و اجتماعی و نیز نقش‌هایی که فرد به لحاظ جسمانی، اجتماعی و روانشناختی ایفا می‌نماید در جهت منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد(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، شناخت‌های مرتبط با درد و راهبردهای مقابله با درد به همراه جنبه‌های زیست‌شناختی (بیولوژی) درد در فرایند سازگاری افراد با درد مزمن و چگونگی واکنش نشان دادن به آن نقش عمده‌ای 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، پدیدآیی 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 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. شکل‌های 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 می‌شوند. 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 نورونی پیرامونی 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 ذهن‌آگاهی 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 ادارک درد برآیند تعامل پیچیده‌ی 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

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 خوداثربخشی 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 درمان‌های دارویی، اگرچه برای کنترل حملات دردمزمن مؤثرند، اما اغلب بهبودی کامل را فراهم نمی‌آورند و بیماران همچنان با نشانه‌های مقاوم، عود مکرر و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند. از این‌رو، استفاده از مداخلات غیردارویی مانند CBT که بر تغییر الگوهای شناختی و رفتاری، ارتقای توان‌خود کارآمدی و بهبود مکانیسم‌های مقابله با درد تمرکز دارد، به‌عنوان 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 شـــبه 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 ســـپس 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 بیمارســتان های شــهر اهواز در بهار ۱۳۹۵بودند. جهت انتخاب نمونه، ۳۰ نفر از بیماران در دسترس که ملاک های ورود را دارا و دواطلب شـرکت در جلسـات بودند انتخاب شـدند و سـپس با توجه اهداف پژوهش و داشـتن رضـایت برای حضـور در پژوهش به شیوه ی تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره (تجربی و کنترل) گمارده شدند.

ملاکهای حضـور در نمونه عبارت بودند از ۱) تشـخیص ابتلا به دردهای مزمن عضـلانی- اسـکلتی توسـط متخصـص، 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 جسـمانی شـدید، اختلال های عصـب شـــناختی وخیم ۲) عدم تمایل به ادامه درمان ۳) بروز افکار خودکشـی و احتمال خودکشـی که نیاز به مداخله اضـطراری را ایجاد می کنند.

ابزارهای مورد اســتفاده 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 می‌سازد. برخی از حیطه‌های آزمون روی مقیاس ۱۰ نقطه‌ای درجه بندی می‌شود 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، تنصیف 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 $r = ۰/۶۸$ بود ($p < ۰/۰۱$). 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 اندازه‌گیری توانایی شناسایی و بیان هیجانات 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 حس‌های 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 جهت‌گیری خارجی(بررسی میزان درون‌نگری و عمیق‌شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران)، را مورد ارزیابی قرار می دهد. شیوه نمره‌گزاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۱ =کاملاً مخالف تا ۵ =کاملاً موافق) است. تنها سوال ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گزاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. 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 جهت‌گیری خارجی ۰/۷۱ بدست آمد(۲۰).

۳- پرســشــنامۀ انعطاف پذیری شــناختی 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 شـــناختی 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 ایی لیکرت نمره گذاری می شود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد درکار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشـرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شـــناختی -رفتاری افســـردگی و ســـایر بیماریهای روانی به کار می رود. اعتبار همزمان این پرسشـنامه با افسـردگی بک(BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن بـا مقیـاس انعطـاف پـذیری شـناختی مارتین۰/۷۵ بود(۲۱). به علاوه پژوهشـگران در ایران ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش نموده لند(۲۲). در پژوهش حاضـــر برای تعیین پایایی پرسشـنامه انعطاف پذیری شـناختی 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 شـــناختی رفتاری مدیریت دردمزمن: در پژوهش حاضـــر پروتکل درمانی بر مبنای شـــیوه اوتیس در ســـال 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 وآشنایی با ماهیت درد مزمن و نقش عوامل روان‌شناختی 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 آرامش‌بخش

جلسه چهارم: بررسی افکار و خطاهای شناختی مرتبط با درد

جلسـه پنجم: بازشـناسـی شـناختی و به چالش کشـیدن افکار منفی مرتبط با درد و جایگزینی آنها با افکار واقع‌گرایانه‌تر

جلسه ششم: شناسایی عوامل استرس‌زا 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 وبرنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش جهت کاهش درد

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

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

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

یافته ها:

در پژوهش حاضـــر ۵۳ درصـــد از آزمودنی های مورد مطالعه را بیماران زن و ۴۷ درصـــد از آزمودنی ها را بیماران مرد تشـــکیل می دهند. همچنین محل درد ۴۲ درصـد ازمودنی ها در قسـمت سر، ۱۱ درصد در گردن ، ۲۷ درصد در کمر،۶ درصد در لگن و ۱۳ درصـــد در دســـت و پا درد را احســـاس می کردند.به علاوه جدول۱ نیز به صورت مفصل میانگین و انحراف معیار متغیرهای ادراک بیماری، و انعطاف پذیری شـــناختی در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش ازمون و پس ازمون نشان می دهد.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

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

برای آزمودن فرضیه پژوهش مبنی بر این که: درمان شناختی رفتاری بر ناگویی 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

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

با توجه به اطلاعات جدول۲ 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

متغیر ها	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

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 = (۱۲ و۸/۵۴)F) نشانه این است که فرض همبستگی ماتریس های واریانس – کوواریانس رد نمی شود .بنابراین اجرای کواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون مولفه های ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری شناختی و گروه صورت می گیرد. یعنی آیا میانگین‌های جامعه در دو گروه آزمایشی و کنترل یکی است؟ نتایج این تحلیل در جداول ۵ و ۶ارائه شده است.

جدول۵- 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

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می شود سطوح معناداری همه ازمون 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 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 کواریانس یک راهه در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول ۶ گزارش می شود.

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور ایتا
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 شـــناختی بیماران مبتلا به دردمزمن اثربخش اســت. با توجه به شــدت اثر، درمان شـــناختی 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 ۶نشان 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 ($p<۰/۰۰۱$). 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 علایم 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 علایم 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 وگوش 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 حس‌های 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 انجائیکه 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، ساختاربندی 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 هیجانات منفی در بیماران منجر گردد.

همچنین در بحث تبیین اثر گذاری درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی باید گفت که؛ معمولا 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 ناکارامد 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 شبکهای 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.

محدودیت پژوهش: محدودیت‌های این مطالعه شامل نمونه محدود بالینی، اســـتفاده از داده‌های خوداظهاری و نبود پیگیری بلندمدت برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان شناختی رفتاری بر انعطاف پذیری روانشـناختی 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 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 به‌صورت کتبی اعلام کردند. اطلاعات شخصی و پاسخ‌ها به‌صورت 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.

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. BMJ8 ،, 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 Negatine 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, Edeleaun 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.