فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۵، شماره ۳، بهار ۱۳۹۴



بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری زنان مبتلا به درد مزمن

فائزه صلایانی[۱]، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد*[۲]، علی مشهدی[۲]، رضا عطارزاده حسینی[۳]، حسین مشهدی‌نژاد[۴]، سیما افتخارزاده[۵]، ریحانه احمدزاده قویدل[۶]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد
۲. استادیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد
۳. دانشیار فیزیولوژی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه فردوسی مشهد
۴. دانشیار مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۵. استادیار بیهوشی و درد، فلوشیپ درد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۶. استادیار صنایع غذایی، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۱۳ **تاریخ بازبینی: ۹۳/۱۰/۲۸** **تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۳**

چکیده

زمینـه و هـدف: یکـی از مهم‌تریـن معضـلات پزشـکی در تمـام جهـان، دردهـای مزمـن اسـت که هـر سـال میلیون‌هـا نفر گرفتـار آن می‌شـوند و درمـان مناسـبی هـم بـه آنهـا ارائـه نمی‌شـود. پژوهش‌هـا بیانگر این اسـت کـه یکـی از پیامدهـای درد مزمـن، واکنش‌هـای عاطفی مثـل اضطراب و پرخاشـگری اسـت کـه به‌خاطـر اثـرات درازمـدت درد به‌وجـود می‌آینـد. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسـی اثربخشـی گـروه درمانی شـناختی بر اضطـراب و پرخاشـگری زنـان مبتـلا به درد مزمن اسـت.

مـواد و روش‌هـا: ایـن پژوهـش از نـوع شـبه آزمایشـی با طـرح پیش‌آزمـون و پس‌آزمون و گـروه کنترل بـود. در ایـن پژوهـش، ۴۰ زن مبتـلا به درد مزمـن عضلانـی اسـکلتی به‌صـورت نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب و ۱۸ نفـر بـا نمـرات بالایـی در آزمـون اضطراب و پرخاشـگری مشـخص شـدند. سـپس بـه شـیوه تصادفـی در دو گـروه آزمایشـی (۹ نفـر) و کنترل (۹ نفـر) قرار گرفتنـد. ابتدا هر دو گروه پرسشـنامه افسـردگی- اضطراب- اسـترس، پرخاشـگری، مقیـاس چنـد وجهـی درد را تکمیـل نمودند. سـپس گروه آزمایش به‌مدت ۸ جلسـه تحـت درمان قرار داشـت و مجدداً آزمون‌ها اجرا شـد. بـرای تجزیـه و تحلیـل داده‌ها از تحلیل کوواریانس اسـتفاده شـد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین اضطراب ($p<۰/۰۵$) و پرخاشگری ($p<۰/۰۵$) گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این بود که گروه درمانی شناختی می‌تواند اضطراب و پرخاشگری زنان مبتلا به درد مزمن را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، اضطراب، پرخاشگری، گروه درمانی شناختی، زنان

مقدمه

از ابتـدای تاریـخ مـدون بشـر، تـلاش بـرای کنتـرل درد، از اهداف اصلـی آدمـی بوده‌اسـت. علی‌رغـم ایـن تاریـخ طولانـی و بـا وجـود سـاخت داروهـای ضـد درد قـوی، ابـداع روش‌هـای نویـن پزشـکی و جراحـی، رهایـی از درد همچنـان بـرای بسـیاری از بیمـاران، امـری دور از دسـترس باقـی مانده‌اسـت[۱]. درد مزمـن

نویسنده مسئول: محمد جواد اصغری ابراهیم آباد، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد
ایمیل: mjasghari@um.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

شکایتی بسیار متداول در موقعیت‌های درمانی است که صدها هزار انسان فعالانه در جستجوی رهایی از آن هستند. میزان موفقیت در کنترل برخی دردهای مزمن به‌ندرت از ۶۰ درصد می‌گذرد و موفقیت درازمدت زیر ۳۰ درصد است[۲]. درد مزمن دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمانی که انتظار می‌رود، طول می‌کشد[۳].

میزان شیوع درد مزمن در آمریکا ۳۰/۷ درصد و در اروپا ۱۹ درصد گزارش شده‌است. در ایران زارعی و همکاران میزان شیوع درد مزمن را ۳۹/۹ درصد گزارش کرده‌اند[۴]. درد مزمن معمولاً همراه با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اختلال‌های خواب، ناامیدی و احساس تنهایی است[۵]. تحقیقات مختلف نیز نشان داده‌اند که درد با هیجانات منفی مثل ترس، اضطراب، ناراحتی و افسردگی همبستگی مستقیم دارد که با شرایط درد مرتبط‌اند و خشم نیز به‌عنوان یک هیجان منفی به‌خودی خود اثر مستقیمی برروی درد دارد[۶و۷].

درد مزمن می‌تواند به اضطراب و اختلال‌های اضطرابی مانند هراس، اضطراب منتشر، خودبیمارانگاری و اختلال استرس پس از سانحه منجر شود[۵]. اختلالات اضطرابی با کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به اختلال‌های جسمانی و هزینه‌های اجتماعی بالا همراه هستند[۸]. علاوه براین، خشم نیز در میان بیماران مبتلا به درد مزمن بسیار شایع است و به‌عنوان بخشی از تجربه درد شناخته می‌شود[۹-۱۲]. خشم به‌حالت هیجانی ناخوشایندی اشاره دارد که به‌لحاظ شدت می‌تواند از آزردگی خفیف تا غیظ شدید متغیر باشد[۱۰]. در پاسخ به‌عوامل استرس‌آور، بیماران مبتلا به درد مزمن خشم بیشتر و شدیدتری نسبت به سایر افراد نشان می‌دهند. بیماران مبتلا به درد مزمن اغلب خشم خود را سرکوب و یا آن را به‌شیوه‌ای خصمانه بیان می‌کنند، واکنشی که با ناتوانی، افسردگی و تشدید درد همراه می‌شود[۱۱].

طی سال‌های اخیر، همواره در رابطه با نقش عوامل روان‌شناختی در بروز درد، پژوهش‌های گسترده‌ای صورت گرفته‌است[۶]. مطالعات پژوهشی و نظامدار متعدد و برخی فرا تحلیل‌ها، سودمندی بالینی و مقرون به‌صرفه بودن درمان شناختی رفتاری را چه به‌طور مجزا و چه به‌صورت ترکیب با روش‌های درمانی قدیمی به اثبات رسانده‌اند[۱۳]. تحقیقات نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری میزان اضطراب و پرخاشگری را کاهش می‌دهد[۱۴-۱۶]. تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش درد موثر است[۱۵و۱۷-۱۹]. با توجه به تحقیقات صورت گرفته، درد، مخصوصاً درد مزمن در میان جمعیت ایرانی بسیار شایع است[۲۰]. درد مزمن به‌گونه‌ای نه تنها برای فرد بلکه برای افراد مهم زندگی او و نظام مراقبت بهداشتی و جامعه مشکلات جدی ایجاد می‌کند. درد مزمن به کاهش تولید، غیبت از کار و حتی بیکاری منجر می‌شود[۲۱] و از جمله دلایل ناتوانی و از کار افتادگی موقت و دائمی افراد است که سالیانه نزدیک به ۱۰۰ میلیارد دلار در آمریکا صرف هزینه‌های درمانی آن می‌شود[۲۲]. علاوه برآن، اختلالات روانی همراه با درد مزمن نیز قابل بحث می‌باشند که این اختلالات بر کیفیت زندگی و شدت درد بیماران تأثیر منفی می‌گذارد و تاکنون این اختلالات در بین بیماران مبتلا به درد مزمن چندان مورد بررسی قرار نگرفته‌است.

از آنجایی‌که مولفه‌های شناختی، کاهش درد و ناتوانی مرتبط با درد و بهبود خلق در بیماران مبتلا به درد مزمن را سبب می‌شوند و در درمان این بیماری جایگاه ویژه‌ای دارد[۱۳]، در این پژوهش به‌دنبال بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی بر کاهش اضطراب و پرخاشگری زنان مبتلا به درد مزمن هستیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی، از نوع شبه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است. مداخله درمانی در این مطالعه، درمان شناختی بود که در ۸ جلسه برگزار شد. در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام‌رضا(ع)، کلینیک بیمارستان قائم و کلینیک روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد بودند. نمونه آماری این پژوهش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

شامل ۱۸ نفر بود که براساس نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف از بین ثبت‌نام کنندگان انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱) سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، ۲) دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، ۳) داشتن درد مزمن به تشخیص پزشک متخصص درد مزمن. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها عبارت بودند از: ۱) ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید در حین درمان، ۲) سوء مصرف مواد، ۳) عدم تمایل به شرکت در جلسات.

ابزارهای اندازه‌گیری عبارتند بودند از:

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: اطلاعات مربوط به بیماران در زمینه میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و محل درد از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته به‌دست آمد.

۲. پرسشنامه افسردگی-اضطراب-استرس (DASS -۲۱): این پرسشنامه شامل مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه افسردگی-اضطراب-استرس شامل ۷ سؤال است که هر سؤال از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود[۲۳]. پرسشنامه افسردگی-اضطراب-استرس از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار هستند. برای مثال، ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس پرسشنامه افسردگی-اضطراب-استرس بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ گزارش شده‌است[۲۴]. روایی و اعتبار این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار گرفته‌است که همسانی درونی برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به‌ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در کل ضرایب پایایی آن مورد تأیید و قابل اعتماد است[۲۵].

۳- پرسشنامه پرخاشگری (AQ): این پرسشنامه شامل ۲۹ سؤال است که چهار جنبه از پرخاشگری را می‌سنجد: پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت. این پرسشنامه با نمره کل سؤالات، میزان پرخاشگری کلی را می‌سنجد[۲۶]. آلفای کرونباخ آن برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷و برای نمره کل پرخاشگری۰/۸۹ گزارش شده‌است. این ابزار از اعتبار بازآزمایی خوبی برخوردار است[۲۷]. همسانی درونی این پرسشنامه پرخاشگری در ایران بررسی شده است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری به‌ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ محاسبه شده و پایایی آن به شیوه باز آزمایی برابر ۰/۷۸ گزارش شده‌است[۲۸].

۴- پرسشنامه چند وجهی درد (MPI) این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده‌است که در این تحقیق تنها از بخش اول آن استفاده شده‌است. اولین بخش پرسشنامه چند وجهی درد دارای ۲۰ عبارت است و شامل پنج خرده مقیاس: شدت درد، اختلال در عملکرد روزانه، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی و حمایت اجتماعی است[۲۰]. نحوه پاسخ‌دهی به هر کدام از سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت از صفرتا ۶ متغیر است. پرسشنامه درد از همسانی درونی خوبی برخوردار است (۰/۹۰-۰/۷۰=آلفا) و اعتبار بازآزمایی آن بعد از ۲ هفته محاسبه شده‌است (۰/۹۱-۰/۶۲=r)[۲۹]. اعتبار و روایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته‌است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین عبارات هر خرده مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ متغیر است[۲۰-۳۰].

آزمودنی‌ها پرسشنامه افسردگی-اضطراب-استرس، پرخاشگری و مقیاس چند وجهی درد را تکمیل و افرادی که نمرات بالایی در درد، اضطراب و پرخاشگری داشتند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب شده به تصادف در دو گروه ۹ نفری قرار گرفتند. گروه‌ها شامل گروه درمانی شناختی و گروه کنترل بودند. اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل پرسشنامه‌ها را قبل از اجرای مداخله درمانی و بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی تکمیل کردند. برای اعضای گروه آزمایش جلسات درمانی ۲ ساعت در هفته و به‌مدت ۸ هفته اجرا گردید. در این تحقیق از پروتکل درمانی شناخت درمانی مایکل فری استفاده شده‌است[۳۱]. محتوای جلسات به‌شرح زیر می‌باشد:

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول۱: محتوای جلسات گروه درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه۱	مروری بر ساختار جلسات و معرفی برنامه، آموزش مدل ABC، یادآوری اهمیت تکالیف.
جلسه۲	توضیح ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها، تحریف‌های شناختی عمده.
جلسه۳	آموزش اعضای گروه درباره ماهیت طرح‌واره‌ها، ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند و شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
جلسه۴	توضیح دسته‌بندی باورهای منفی، معرفی طرح‌واره‌های منفی و تنظیم فهرست اصلی باورهای منفی، توضیح نقشه‌های شناختی و تهیه آن.
جلسه۵	توضیح فرایند طبیعی تغییر باور منفی، معرفی الگوهای آزمون باورها شامل بررسی شواهد و سودمندی.
جلسه۶	معرفی روش تحلیل علمی برای ارزیابی باورها، توضیح باورهای مخالف و معرفی ویژگی‌های آن، تهیه سلسله مراتب باورهای مخالف.
جلسه۷	توضیح شیوه‌های تغییر باورهای منفی از جمله تغییر ادراکی و روش بازداری قشری اختیاری(VCI).
جلسه۸	توضیح روش‌هایی برای تغییر تفکر از جمله استفاده از خیال‌پردازی، شبیه‌سازی موقعی واقعی، توضیح فرایند تداوم تغییر، کسب پس‌خوراند از اعضا درباره برنامه درمانی.

داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آنجا که پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود، برای پاسخ به سوال پژوهش از آزمون‌های توصیفی و استنباطی مانند تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۱۸ بیمار مبتلا به درد مزمن (۹ نفر در گروه آزمایش و ۹ نفر در گروه گواه) انجام گرفت. در ذیل ابتدا به یافته‌های جمعیت شناختی و توصیفی سپس به یافته‌های استنباطی می‌پردازیم.

جدول۲: نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها برحسب گروه‌های آزمایش و کنترل

ویژگیهای فردی		تحصیلات			تأهل		شغل			محل درد					
		دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	مجرد	متأهل	دانشجو	شاغل	خانه دار	سر	گردن	شانه	کمر	بیش از یک مورد
گروه آزمایش	فراوانی	۱	۴	۴	۲	۷	۳	۳	۳	۱	۱	۲	-	۵
	درصد	۱۱/۱	۴۴/۴	۴۴/۴	۲۲/۲	۷۷/۸	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۱/۱	۱۱/۱	۲۲/۲	-	۵۵/۶
گروه کنترل	فراوانی	۱	۷	۱	۴	۵	۴	۴	۱	-	-	۱	۱	۷
	درصد	۱۱/۱	۷۷/۸	۱۱/۱	۴۴/۴	۵۵/۶	۴۴/۴	۴۴/۴	۱۱/۱	-	-	۱۱/۱	۱۱/۱	۷۷/۸

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جـدول ۲ بیانگـر نتایـج حاصـل از داده‌هـای توصیفـی و جمعیت شـناختی اسـت. یافته‌هـای پژوهـش نشـان داد کـه در هـر دو گـروه ۶۱/۱ درصـد آزمودنی‌هـا دارای تحصیلات لیسـانس بودند. ۶۶/۷ درصـد آزمودنی‌هـا متأهـل بودند. ۳۸/۹ درصـد آزمودنی‌ها دانشـجو و ۳۸/۹ شـاغل بودنـد. ۶۶/۷ درصـد آزمودنی‌هـا بیش از یـک مـورد را به‌عنـوان محـل درد خـود انتخـاب کـرده بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب و پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس‌ها	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب (مقیاس DASS-21)	۲۲/۲۲	۹/۲۹	۱۲	۴/۸۹	۱۹/۵۰	۱۰/۶۷	۱۷/۳۳	۹/۵۶
پرخاشگری (نمره کلی)	۷۵/۷۷	۲۶/۳۹	۶۸/۵۵	۲۰/۳۴	۷۰/۲۲	۱۲/۴۱	۶۸/۶۶	۱۹/۱۸
- پرخاشگری فیزیکی	۱۷/۶۶	۷/۳۴	۱۶/۸۸	۴/۲۵	۱۷/۳۳	۵/۶۱	۱۸/۲۲	۶/۶۲
- پرخاشگری کلامی	۱۳/۲۲	۳/۹۶	۱۱/۴۴	۲/۶۰	۱۲/۲۲	۳/۰۷	۱۲/۲۲	۳/۸۹
- خشم	۲۱/۳۳	۷/۹۳	۱۸/۶۶	۶/۳۰	۲۰/۱۱	۴/۵۶	۱۷/۶۶	۵/۵۹
- خصومت	۲۳/۵۵	۹/۹۰	۲۱/۵۵	۹/۴۰	۲۰/۵۵	۴/۲۱	۲۰/۵۵	۶/۶۱

میانگیـن و انحـراف اسـتاندارد متغیرهـای اضطـراب و پرخاشـگری و خـرده مقیاس‌هـای آن را در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل بـه تفکیـک پیش‌آزمـون و پس‌آزمـون در جـدول ۳ آمده‌اسـت. همانطـور کـه جـدول نشـان می‌دهـد، میانگیـن نمـره اضطـراب و نمـره پرخاشـگری و خـرده مقیاس‌هـای آن (پرخاشـگری کلامـی، پرخاشـگری فیزیکـی، خشـم و خصومـت) در هـر دو گـروه آزمایـش و کنتـرل بیـن پس‌آزمـون و پیش‌آزمـون تفـاوت ظاهـری دارد.

جهـت پاسـخ بـه سـوال پژوهـش از روش آمـاری تحلیـل کوواریانـس اسـتفاده شـد کـه نتایـج آن در ادامه ارائـه می‌گردد. بـرای انجـام تحلیـل کوواریانـس ابتـدا پیـش فرض‌هـای آن بررسـی شـد. پیـش فـرض همگنـی واریانس‌هـا در بیـن نمـرات دو گـروه آزمودنـی از طریـق آزمـون لویـن بررسـی شـد. نتایـج ایـن تحلیـل نشـان داد کـه تفـاوت معنـی‌داری در واریانـس دو گـروه مشـاهده نمی‌شـود (P>۰/۰۵).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل

	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی	میانگین مجذورات(MS)	مقدار F	میزان تأثیر	سطح معنی داری
اضطراب * پیش‌آزمون	۳۴۳/۴۷۴	۱	۳۴۳/۴۷۴	۹/۱۸	۰/۳۹	۰/۰۰۰
گروه	۱۹۴/۵۶۸	۱	۱۹۴/۵۶۸	۵/۲۰	۰/۲۷	۰/۰۳
خطا	۵۲۳/۵۸۳	۱۴	۳۷/۳۹۹			
کل	۴۴۶۰	۱۶				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب ($F=5/20, P<0/05$) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد. مجذور اتای سهمی که سهمی از واریانس را تبیین می‌کند در متغیر اضطراب برابر با ۰/۲۷ است که نشان می‌دهد درمان شناختی بر کاهش اضطراب تأثیرگذار بوده و میزان این تأثیر ۲۷ درصد می‌باشد. پیش فرض همگنی واریانس‌ها در بین نمرات دو گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد. نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در واریانس دو گروه مشاهده نمی‌شود ($P>0/05$).

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه بر روی میانگین نمرات پس آزمون پرخاشگری دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورات(SS)	درجه آزادی	میانگین مجذورات(MS)	مقدار F	میزان تأثیر	سطح معنی داری
پرخاشگری* پیش آزمون	۴۲۷۴/۳۶۶	۱	۴۲۷۴/۳۶۶	۴۷/۴۷	۰/۷۷	۰/۰۰۰
گروه	۴۴۱/۵۱۵	۱	۴۴۱/۵۱۵	۴/۹۰	۰/۲۵	۰/۰۴
خطا	۱۲۶۰/۵۵۸	۱۴	۹۰/۰۴۰			
کل	۹۰۹۸۹	۱۶				

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پرخاشگری ($F=4/90, P<0/05$) در مرحله پس آزمون معنی‌دار می‌باشد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که درمان شناختی بر کاهش پرخاشگری تأثیرگذار بوده و میزان تأثیر مداخله ۲۵ درصد می‌باشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی بر اضطراب و پرخاشگری زنان مبتلا به درد مزمن بود. این بررسی نشان داد که گروه درمانی شناختی باعث کاهش اضطراب گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده‌است. تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در تحقیقات گذشته مورد بررسی قرار گرفته‌است[۱۴و۱۵و۱۶و۳۲]. این یافته‌های با تحقیق عبدالقادری و همکاران[۱۵] هماهنگ است که نشان دادند درمان شناختی رفتاری می‌تواند افسردگی و اضطراب را در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن کاهش دهد. آنها معتقدند که خلق بیماران مبتلا به کمردرد مزمن با افکار ناخوشایند و منفی آنها مرتبط است. همچنین تأیید کننده نتایج تحقیق حمید ساعتچی و مهرابی زاده[۱۴] است که دریافتند گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن تأثیر معنی‌داری داشته‌است. علاوه بر این می‌توان گفت که با یافته‌های شهنی و همکاران[۳۲] که معتقدند درمان شناختی رفتاری باعث کاهش عواطف منفی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده‌است، نیز ارتباط دارد.

در تبیین این یافته باید گفت، عاملی که سبب اضطراب زنان مبتلا به درد مزمن می‌شود، بیشتر از آن که به عوامل جسمی و بیماری مربوط باشد، به افکار و باورهای منفی خودآیند مرتبط است. افکار خودآیند و بنیادین منفی سبب بروز درماندگی شده و اضطراب و استرس را افزایش می‌دهد و بر شدت درد می‌افزاید. درمان شناختی به بیماران مبتلا به درد کمک می‌کند تا در نگرش و باورهای غیرمنطقی خود تغییر ایجاد کنند و از این طریق می‌توانند استرس و اضطراب خود را کنترل کنند و این به نوبه خود از شدت درد آنها می‌کاهد. به تعبیری، درمان شناختی منجر به شناسایی افکار اضطرابی، چالش با این افکار و جایگزین کردن آنها با افکار منطقی می‌شود و همین امر منجر به کاهش علائم اضطرابی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌گردد. اساس مدل شناختی درد مزمن هم شناخت‌های غیرواقع بینانه و منفی مانند افکار، تصاویر و باورها راجع به درد و سایر اتفاقات روزمره زندگی هستند که تأثیر منفی و قابل توجهی بر هیجان‌ها، رفتارها و حساسیت جسمی به درد می‌گذارند[۵].

از سوی دیگر نتایج نشان داد که که درمان شناختی باعث کاهش پرخاشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده‌است. تحقیقات پیشین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش پرخاشگری را مورد بررسی قرار داده‌اند[۱۶] و تحقیقات دیگری نیز رابطه خشم و درد مزمن را بررسی کرده‌اند[۹-۱۲]. این یافته‌ها تأیید کننده نتایج تحقیق گراهام و همکاران است[۱۱] که معتقدند بیماران مبتلا به درد مزمن خشم بیشتر و شدیدتری نسبت به سایر مردم دارند ولی اغلب خشم خود را سرکوب و یا آن را به شیوه‌ای پرخاشگرایانه ابراز می‌کنند که این رفتار خود بر شدت درد آنها می‌افزاید. پرخاشگری این بیماران بیشتر ناشی از ترس از دست دادن مراقبان و افراد نزدیک آنها است. این یافته با تحقیق تراست و همکاران[۹] که معتقدند خشم جزئی از تجربه درد شناخته می‌شود و ابراز خشم بالا با قدرت تحمل درد پایین و شدت درد بالا مرتبط است، هماهنگ می‌باشد. علاوه براین می‌توان گفت که تأیید کننده نتیجه یافته‌های اصغری مقدم و جولائی‌ها[۱۰] است که دریافتند خشم در بین بیماران مبتلا به درد مزمن بسیار شایع است. بیمارانی که در مقیاس خشم نمره بالاتری داشتند، از افسردگی شدیدتری شکایت داشتند و در کیفیت زندگی نمره پایین‌تری به‌دست آورده بودند.

در تبیین این نکته می‌توان گفت که درد مزمن، افراد مبتلا به درد را با یک سری محرک‌های استرس‌زا مواجه می‌کند که می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را به مخاطره بیاندازد. این قبیل افراد از جامعه کناره‌گیری می‌کنند، ممکن است از خانواده و دوستان خود روی برگردانده و به کلی از کارشان دست بکشند، مدام دعوا و مرافعه راه بیاندازند و یا ممکن است منزوی و گوشه‌گیر شوند. این قبیل بیماران با احساساتی از قبیل خشم، درماندگی، ناامیدی، ناکامی، انزوا و روحیه ضعیف روبرو هستند[۱۳]. بیماران مبتلا به درد مزمن در پاسخ به عوامل استرس‌زا، خشم بیشتر و شدیدتری نشان می‌دهند

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

اما اغلب با خشم خود مقابله یا آن را سرکوب می‌کنند[۱۱]. بنابراین، در درمان شناختی افکار منفی بیماران بازگو شده و هیجانات منفی ناشی از آن نیز تخلیه می‌شود و بدین وسیله زمینه تفکرات مثبت فراهم و مدیریت درد امکان‌پذیر می‌شود. به‌دنبال کنترل تفکرات منفی و حل و فصل آن و کاهش درد، خشم نیز کاهش یافته و احساس آرامش نیز برای آنها فراهم می‌شود. این بررسی با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده‌است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نبود دوره پیگیری بوده‌است که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که براساس یافته‌های پژوهش‌های گذشته، درمان شناختی در کاهش علائم روانی بیماران مبتلا به درد مزمن از جمله اضطراب و پرخاشگری می‌تواند مفید و موثر واقع شود. همچنین از میزان هزینه‌های درمانی بیماران کاسته شده و از آزاردیدگی جدی بیماران جلوگیری می‌کند. توجه به نقش اساسی عوامل روانشناختی و محیطی در بیماران مبتلا به درد مزمن ضروری به‌نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیق برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد. بدین وسیله از کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند به‌ویژه مسئولان و کارکنان بیمارستان امام رضا(ع) و بیمارستان قائم، کلینیک ویژه بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان قائم و همچنین بانوانی که با شرکت خود در پژوهش امکان اجرای آن را فراهم نمودند، قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

References

1. Gatchel J.R, Turk D.C. Psychological approaches to pain management: A practical's Handbook. Asghari Moghaddam M.A, Najarian B, Mohammadi M, Dehghani M (Persian translator), 1st ed. Tehran: Roshd publication 1381; 21.
2. Gatchel R.J, Baum A, Krantz D.S. An introduction to health psychology. Khoynezhad G.R (Persian translator), Mashhad: Behnashr publication 1377; 421.
3. Rafiee S, Sohrabi F, Shams J, Forough A.A. [The efficacy of cognitive behavioral therapy in patients with chronic musculoskeletal pain(Persian)]. Jahrom Uni Med Sci 2012; 10 (2): 73-82.
4. Sakakibara T, Wang Z, Paholpak P, Kosuwon W, Oo M, Kasai Y.A Comparison of Chronic Pain Prevalence in Japan, Thailand, and Myanmar. Pain Physician 2013; 16: 603-608.
5. Winterowd C, Beck A.T, Gruener A. Cognitive therapy with chronic pain patients.5thEd.NewYork: Springer publishing 2003; 25.
6. Turk D.C, Okifuji A. Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution, Journal of Consulting and Clinical Psychology2002; 70(3): 678 – 690.
7. Nasrollahi B, Mazaheri M.A, Dehghani M, Kiamanesh K, Jomehri .[Comparison of Hypervigilancy and Ambivalence over Emotional Expressiveness in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Non-patient Group (Persian)]. J Psychol 1391; 16:339-354.
8. Bergman Nordgren L, Hedman E, Etienne J, Bodin J, Kadowaki K, Eriksson S, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2014 Aug;59:1-11.
9. Trost Z, Vangronsveld K, Linton SJ, Quartana PJ, Sullivan MJ. Cognitive dimensions of anger in chronic pain. Pain. 2012 Mar;153(3):515-7..
10. Asghari Moghaddam M. Julaieha S. [The Relationship between Anger, Perception of Fault, and Adjustment to Chronic Pain (Persian)]. J Psychol 1387; 12: 314-331.
11. Graham J. E, Lobel M, Glass P, Lokshina I. Effects of written anger expression in chronic pain patients: making meaning from pain, J Behav Med 2008; 31(3): 201-212.
12. Bruehl S, Liu X, Burns J.W, Chont M, Jamison R.N. Associations between daily chronic pain intensity, daily anger expression and trait anger expressiveness: An ecological momentary assessment study. Pain 2012; 153(12):2325-8.
13. Thorn B.E. Cognitive Therapy For Chronic Pain: A step by step guide. Golchin N (Persian translator), 1sted, Tehran: Arjmand publication 1390; 4,6-,23.
14. Hamid N, Saatchi L, Mehrabizade Honarmand M. [Effects of cognitive - behavioral therapy on pain intensity and mental health in chronic low back pain patients referred to specialist clinician Tehran (Persian)], J Clin Psychol 1392; 10(3): 95-113.
15. Abdolghaderi M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. [The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on Decreasing Pain, Depression and Anxiety of Patients with Chronic Low Back Pain(Persian)]. J ShahidSadoughiUniv Med Sci 1392; 21(6): 795-807.
16. Hofmann S.G, Asnaani A, Vonk I.J.J, Sawyer A.T, FangA. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. CognitTher Res 2012; 36(5): 427–440
17. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

pain. Pain 2011; 152: 2098–2107.

18. MorleyS. Efficacy and effectiveness of cognitive behavior therapy for chronic pain:Progress and some challenges. Pain 2011; 152 (3): 99–106.
19. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals with Chronic Pain. Am Psychol. 2014 Feb-Mar;69(2):153-66.
20. Asghari Moghaddam M-A. [Pain and assessment (Persian)]. 1sted. Tehran: Roshd publication 1390; 206-207.
21. Rahimian Bogar E. [clinical health psychology (Persian)]. 1sted.Tehran: Danjeh 1388, 655-656.
22. Bair M.J, Matthias M.S, Nyland K.A, Huffman M.A, Stubbs D.L, Kroenke K, Damush T.M (2009) Barriers and facilitators to chronic pain self-management: A qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression, Pain Med. 2009; 10(7): 1280–1290.
23. Fathi Ashtiani A. [Psychological tests: personality and mental health (Persian)]. 8th ed. Tehran:Besat 1391; 345-346.
24. Antony M.M, Barlow D.H. Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders. New York: Guilford 2002: 356-357.
25. Sahebi A, Asghari M.J, Salari R. [Validation of Depression Anxiety and stress scale(DASS-21) for Iranian population(persian)]. J Dev Psychol 1384; 1(4):299-312.
26. Sanai Zaker B, Aghband S, Falahati Sh, Hooman A. [Family& Marriage Scale (Persian)]. 2nd ed. Tehran: Besat 1387; 202-203.
27. Corcoran K, Fischer J. Measures for Clinical Practice and Research, New York: Oxford University 2007, Volume 2; 40-41.
28. Samani S. [Reliability and validity of Aggression questionnaire of Buss and Perry (Persian)]. J Child Psychol Psychiatry 1386, 13(4). 359-365.
29. Weiner R.S. Pain Management: A Practical Guide for Clinicians, 6thed.United States of America: CRC press, 2002; 1005-1006.
30. Davoidi I, Nasimifar N. [The effect of mindfulness-based stress reduction on chronic pain and coping strategies among women with chronic musculoskeletal pain (Persian)]. JSP 1391; 7 (22): 45- 62.
31. Free M. Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice. Mohammadi M, Farnam R (Persian Translator). Tehran: Roshd press 1391.
32. Shahni R, Shairi M.R, Asghari Moghaddam M.A, Naseri M, Delavari M. [The effectiveness of cognitive behavior treatment of pain on reduction of negative emotions and pain severity in patients with chronic pain (Persian)]. J psycho 1390; 4(2): 1-20.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]

Journal of Anesthesiology and Pain *Spring* 2015, Vol 5, NO 3

The effectiveness of cognitive group therapy on reducing anxiety and aggression of females with chronic pain

Faezeh Salayani[1], MohammadJavad Asghari EbrahimAbad[*2], Ali Mashhadi[2], Reza Attarzadeh Hosseini[3], Hossein Mashhadi Nejad[4], Sima Eftekharzadeh[5], Reihaneh Ahmadzadeh Ghavidel[6]

1. *Master student in family counseling, Department of psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad*
2. *Assistant professor of Psychology, Department of psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad*
3. *Associate professor of Sport physiology, Department of Physical Education and Sport Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashad*
4. *Associate professor of Neurosurgery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad*
5. *Assistant professor of Anesthesiology,Pain fellowship, , Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad*
6. *Assistant professor of Food technology, Department of Food Science and Technology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan*

ABSTRACT

Aims and Background: Chronic pain is a health issue that affects millions of people around the world. Research has indicated that psychological factors such as anxiety and aggression are common consequences of living with chronic pain. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy for females with chronic pain.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with a control group. In this study, 40 females with chronic musculoskeletal pain were recruited and 18 females with high score in anxiety and aggression were selected. They were divided randomly into two groups including, cognitive group therapy and the control group (9 persons per each group). Participants completed the DASS-21, the Aggression questionnaire, and the Multidimensional pain inventory. The cognitive group therapy was adopted as the experimental group under therapy over eight weeks and participants again completed the post treatment assessments. Analysis of Covariance was used for analyzing the data.

Findings: The results showed that anxiety ($p<0/05$) and aggression ($p<0/05$) in the experimental group have significantly decreased in comparison with the control group.

Conclusions: : According to the research findings, cognitive therapy can reduce anxiety and aggression in females with chronic pain.

Keywords: Chronic Pain, Anxiety, Aggression, Cognitive Group therapy, Females

▸ Please cite this Paper as:
Salayani F, Asghari EbrahimAbad M, Mashhadi A, Attarzadeh Hosseini R, Mashhadi Nejad H, Eftekharzadeh S,et al. [The effectiveness of cognitive group therapy on reducing anxiety and aggression of females with chronic pain (Persian)]. JAP 2015;5(3):34-44.

Corresponding Author: Mohammad Javad Asghari EbrahimAbad, Assistant professor of Psychology, Department of psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad
Email: mjasghari@um.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2024-03-29]