



The Effect of Schema Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy, Pain Intensity, Emotion Regulation in Spinal Column Surgery Patients

Habibeh Farokhi¹ , Mojtaba Ansari shahidi ^{*2} , Hassan Rezai Jamalloi³, Amrollah Ebarhimi⁴, Jalil Arabkhradmand⁵

1. Ph.D. Student of Health psychology, Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
4. Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Medical faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. Neurosurgeon of Milad Hospital Tehran, Defence health research center, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Aims and background: The aim of this study was to investigate the effect of schema therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy, pain intensity and emotion regulation in spinal column surgery patients suffering from pain in Milad hospital.

Materials and Methods: In this study semi-experimental with pretest-posttest control group design was used, 96 male people who were eligible for inclusion criteria and underwent spinal surgery assigned to experimental and control groups by chance and the experimental ones received interventional therapy. This study was to analyze the data from the test ANCOVA.

Results: Results showed that schema therapy is effective and improved Pain Acceptance and Pain Self-Efficacy and reducing amount of pain Intensity and emotion management.

Conclusion: The results revealed that schema therapy focuses on challenge and change process to create improvement and is appropriate for post operation pain management in patients with such a surgeries. According to the result of this study the schema therapy can be used as secondary prevention of pain consequences in these patients.

Keywords: Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy, Pain Intensity, Emotion Regulation, Schema therapy, Spinal column surgery patients

► Please cite this paper as:

Farokhi H, Ansari Shahidi M, Rezai Jamalloi H, Ebarhimi A, Arabkhradmand J [The Effect of Schema Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy, Pain Intensity, Emotion Regulation in Spinal Column Surgery Patients (Persian)]. J Anesth Pain 2021;11(4): 19-29.

Corresponding Author: Mojtaba Ansari Shahidi, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University Najafabad, Najafabad, Iran

Email: Dransarishaidi@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر پذیرش درد، خودکارآمدی درد، شدت درد و تنظیم هیجانی در بیماران تحت جراحی ستون فقرات

حبیبه فرخی^۱، مجتبی انصاری شهیدی^{۲*}، حسن رضایی جمالویی^۳، امراله ابراهیمی^۴، جلیل عرب خردمند^۵

۱. دانشجویی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران
۴. دانشیار مرکز تحقیقات روان تنی، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
۵. جراح مغز و اعصاب، بیمارستان میلاد تهران، مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۹

تاریخ بازبینی: ۹۹/۴/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر پذیرش درد، خودکارآمدی درد، شدت درد و تنظیم هیجانی در بیماران تحت جراحی ستون فقرات مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی میلاد تهران است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه است. ۹۶ بیمار مرد واجد ملاک‌های ورودی با روش نمونه گیری در دسترس که تحت جراحی یکی از انواع جراحی‌های ستون فقرات قرار گرفته‌اند، انتخاب به طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی قرار گرفتند و سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (آنکوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی از آن اثر بخشی مدل درمانی بر افزایش پذیرش درد و خودکارآمدی درد و کاهش شدت درد و تنظیم هیجانی بیماران جراحی ستون فقرات است.

نتیجه گیری: برحسب نتایج حاصل از این پژوهش طرحواره درمانی با تمرکز بر چالشها و شناختها با ایجاد تغییر مثبت و مناسب می‌تواند در مدیریت درد بیماران تحت جراحی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به نتایج این تحقیق روش طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان پیشگیری ثانویه ناشی از پیامدهای درد مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش درد، خودکارآمدی درد، شدت درد، تنظیم هیجانی، طرحواره درمانی، بیماران تحت جراحی ستون فقرات

مقدمه

خطرناک و ناخوشایند می‌گردد و از این طریق در حفظ حیات او نقش مهمی دارد. اگر چه وجود درد برای ادامه حیات ضروری است. اما این پدیده در بسیاری از مواقع

درد پدیده‌ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می‌شود. و باعث اجتناب فرد از محرک‌های

نویسنده مسئول: مجتبی انصاری شهیدی، استادیار گروه روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران
پست الکترونیک: Dransarishaidi@gmail.com

ولز و همکاران (۲۰۰۸) و کارتر، جردن و پورتر (۲۰۱۶) حاکی از آن است که بین طرحواره‌های ناسازگارانه و شدت درد رابطه وجود دارد و در میان طرحواره‌ها، طرحواره محرومیت هیجانی نمرات معناداری نسبت به طرحواره‌های دیگر کسب نمود^(۳،۴). یافته‌های پژوهشی نشان داده است که طرحواره درمانی می‌تواند شدت درد را کاهش و توانایی انجام فعالیت‌ها و خودکارآمدی بیماران مبتلا به درد مزمن را افزایش دهد. ساریاهو (۲۰۱۱) در تحقیق خود نشان داد که اکثر طرحواره‌ها در وضعیت کنونی درد پذیرش درد تاثیر دارند^(۵). همانطور که گفته شد درد یکی از مشکلات شایع در انواع جراحی‌ها می‌باشد که در این میان تسکین و کنترل درد یکی از نقش‌های کلیدی روان شناسان سلامت می‌تواند باشد که در این زمینه آزادی عمل بیشتری دارند و مهارت‌های بیشتری راکسب نموده‌اند. و از سوی دیگر با وجود اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود ابعاد جسمانی و روانی درد مزمن پژوهش‌های اندکی درخصوص رویکرد طرحواره درمانی در کنترل و مدیریت درد صورت گرفته است. که تلاش شد در این زمینه تحقیقی صورت گیرد. و از این جهت می‌توان گفت، اهمیت اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر پذیرش درد، خود کارآمدی درد، شدت درد و تنظیم هیجان بیماران تحت جراحی ستون فقرات می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دوماه) می‌باشد.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش بیماران بخش جراحی مغز و اعصاب مردان بیمارستان فوق تخصصی میلاد تهران که جهت جراحی یکی از اختلالات ستون فقرات گردنی و کمری به این بخش مراجعه کرده‌اند، تشکیل شده است. در

نقش هشدار دهنده و انطباقی خود را از دست می‌دهد و مشکلات گوناگونی را به وجود می‌آورد و از آنجا که درد بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله کیفیت زندگی اثر می‌گذارد و یکی از مولفه‌های نظام بهداشت و درمان پیشرفته به شمار می‌آید. از این رو شناسایی و اهمیت دادن به نقشی که درد در سلامت و بهداشت روان و جسم دارد امروزه بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در این میان واکنش‌های بیماران نسبت به درد در کنترل آن حائز اهمیت است. از آنجا که مدیریت درد یک رویکرد چند رشته‌ای است که در سالهای اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است^(۱). در میان انواع دردهای مزمن، درد ستون فقرات (کمر درد و درد گردن) از شایع‌ترین دردها می‌باشد که در دو دهه اخیر افزایش یافته است و یکی از پدیده‌های است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام مراقبتی و بهداشتی و درمانی می‌نماید. بعد از جراحی، درد یکی از مشکلات شایع است که از جمله چالش برانگیزترین مشکلات پزشکی نیز محسوب می‌شود. از آنجا که درد یکی از مؤلفه‌های نظام بهداشت و درمانی پیشرفته به شمار می‌رود. در کشورهای غربی این پیشنهاد مطرح است که در پرونده هر بیمار، درد را به عنوان پنجمین علامت حیاتی در کنار چهار علامت عمده حیاتی دیگر یعنی (فشارخون، ضربان قلب، درجه حرارت و تنفس) باید اندازه‌گیری شود جامیسون (۲۰۰۴). در همین راستا در آمریکا سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰ را دهه کنترل درد و پژوهش درباره آن نامیدند. و از آنجا که درد، تجربه‌ای ذهنی و پدیده ادراکی و پیچیده‌ای است به همین دلیل توصیف آن مشکل است. انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد را اینگونه تعریف می‌کند: درد یک تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب احتمالی یا واقعی بافت بدن در ارتباط است یا برحسب چنین آسیبی توصیف می‌شود^(۲). از همین جهت در راستای کنترل درد، درمانگران تلاش می‌کنند با ترکیب تکنیک‌های درمانی مختلف یا گسترش درمان‌های موجود درد کمتر و سلامت بیشتر درمان‌جویان را تامین نمایند. نتایج یافته‌های

اکتشافی مورد تایید قرار گرفته است.

پرسشنامه پذیرش درد

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط ولز و مک کراکن تهیه شد و به صورت گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از ۲۰ مورد تشکیل شده است که در یک مقیاس ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. پرسشنامه پذیرش درد مزمن شامل دو خرده مقیاس است: (الف) درگیری در فعالیت‌ها (یعنی پیگیری فعالیت‌های روزانه با وجود درد)، (ب) پذیرش درد (یعنی عدم وجود نسیب تلاش‌ها برای اجتناب یا کنترل درد)، ۱۱ مورد این پرسشنامه به پذیرش درد مربوط و مستقیم نمره‌گذاری می‌شود درحالی‌که ۹ آیت دیگر در فعالیت‌ها نمره‌گذاری معکوس دریافت می‌کنند آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط کاسکاریلا برای درگیری در فعالیت و پذیرش درد به ترتیب ۷۹ و ۷۵ درصد گزارش شده است. در مطالعه پایلوت پایایی درونی آن نیز ۷۴ درصد به دست آمد.

پرسشنامه شدت درد

مقیاس شدت عددی شدت درد با استفاده از یک مقیاس درجه‌بندی عددی صفر (عدم وجود درد) تا ۱۰ (بدترین درد ممکن) ارزیابی شد از بیماران خواسته می‌شود که متوسط درد روزانه خود را در طی هفته گذشته درجه‌بندی کنند. این شاخص به طور گسترده در پژوهش‌های مربوط به درد استفاده می‌شود و ثبات، اعتبار و حساسیت این ابزار نسبت به تأثیرات درمانی مورد تأیید قرار گرفته است (جنسن و کارولی، ۱۹۹۲). در ایران نیز افشارزاده و همکاران، روایی و پایایی این مقیاس را برای پژوهش داخلی مناسب ارزیابی کرده‌اند. نکات قوت مقیاس و درجه‌بندی درد عبارت‌اند از سادگی، اجرا، کوتاهی زمان لازم برای اجرا و روش نمره‌گذاری آسان که دلیل پژوهشی مستحکمی که نشان دهد این مقیاس درمقایسه با سایر مقیاس‌ها در تغییرات

ابتدا با ۹۶ بیمار تحت جراحی ستون فقرات مصاحبه بالینی صورت گرفته و افرادی که دارای ملاک‌های ورودی این پژوهش که عبارتند از: جنسیت مرد، دامنه سنی ۴۹-۲۰ سال، داشتن تحصیلات متوسط به بالا، داشتن یکی از اختلالات ستون فقرات، توانایی شرکت در جلسات درمانی، عدم وجود سایر اختلالات روانی و سوء مصرف مواد و کسب نمره (۴۰-۴۵) بر اساس پرسشنامه درد مک‌گیل بوده است. که از بین جامعه آماری ذکر شده تعداد ۳۰ نفر که همه آنها تحت عمل جراحی ستون فقرات قرار گرفته بودند، انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابتدا از دو گروه با پرسشنامه پذیرش درد، شدت درد، خودکارآمدی درد و تنظیم هیجانی پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس گروه آزمایشی به مدت ۹ جلسه هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فنون طرحواره درمانی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمان پرسشنامه پس‌آزمون توسط گروه‌های آزمایشی و کنترل تکمیل شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه درد مک‌گیل

پرسشنامه درد مک‌گیل، در سال (۱۹۹۷) توسط مک‌گیل و ملزاک ساخته شد و کاربردی‌ترین ابزار استاندارد برای ارزیابی درد می‌باشد که دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد و ابعاد مختلف آن است. بعد حسی (مجموعه ۱ تا ۱۰)، بعد عاطفی (مجموعه ۵ تا ۱۵)، بعد ارزیابی درد (مجموعه ۱۷-۱۵) دردهای گوناگون (مجموعه ۱۷ تا ۲۰) است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۸۰ محاسبه شده است.

در پژوهش دور کین (۲۰۰۹) در اعتباریابی پرسشنامه مذکور ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ و ضریب خرده مقیاس‌های آزمون بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. سازگاری درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ و نیز ضریب همبستگی گویه - مقیاس مورد تحلیل عامل

در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌های از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای سرکوبی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها بعد از انجام پرسشنامه‌های پیش آزمون و انجام جلسات درمانی و اجرای پرسشنامه‌های پس آزمون از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (آنکوا) استفاده شد و به بررسی استنباطی داده‌ها از جمله میانگین، انحراف استاندارد و سطح معناداری پرداخته شد و اثر متغیر مستقل بر گروه آزمایش با آزمون کواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

ارزیابی این پیش فرض‌ها در این مطالعه نشان می‌دهد گمارش تصادفی آزمودنی‌ها مورد سنجش به صورت تصادفی بوده است. از سویی دیگر، با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد در ارزیابی متغیرهای وابسته مقیاس اندازه‌گیری متغیر وابسته این پذیرش فاصله‌ای بوده است. براساس پیش فرض تساوی واریانس‌ها نمرات متغیر وابسته فرض بر این است که واریانس نمرات گروه‌ها با هم مساوی بوده و تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. این پیش فرض با استفاده از آزمون لوین مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

درمانی دارای حساسیت بالینی کمتری است وجود ندارد (جامیسون، ۲۰۰۴).

پرسشنامه خودکارآمدی درد نیکولاس

پرسشنامه خودکارآمدی درد (نیکولاس، ۱۹۸۹) بر پایه مفهومی که بندورا از خودکارآمدی مطرح کرده است، ساخته شد. وی این نظریه را مطرح کرده است که انتظار خودکارآمدی تعیین کننده میزان مقاومت افراد در برابر موانع و تجربیات ناخوشایند است. نیکولاس در تدوین پرسشنامه خودکارآمدی درد، رویکرد خاصی را اتخاذ کرد که طی آن از بیمار می‌خواهد تا به هنگام درجه بندی توانایی اش برای انجام فعالیت‌های خاص درد خود را نیز به حساب آورد. این پرسشنامه، ۱۰ عبارت دارد که هر عبارت میزان ارزیابی بیمار از توانایی وی را برای انجام گروهی از فعالیت‌ها با وجود درد بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ بخشی (صفر تا ۶) اصلا مطمئن نیستم = صفر تا کاملاً مطمئن هستم = شش مورد پرسش قرار می‌دهد و نمره بیمار در این مقیاس بین صفر تا ۶۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن است. این پرسشنامه دارای ضریب همسانی درونی بسیار خوب ۰/۹۲ پایایی و باز آزمایی ۰/۸۳ است.

پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان

این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان در سال (۲۰۰۳) در ۱۰ سوال تدوین شده است. این پرسشنامه دارای دو خرد مقیاس ارزیابی مجدد باشش سوال و سرکوبی با چهار سوال می‌باشد. پاسخ‌های آزمودنی براساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱-نمره) تا کاملاً موافق (۷-نمره) است. حداقل نمره این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر آن ۷۰ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و اعتبار باز آزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. (گراس و جان، ۲۰۰۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس

جدول ۱: آزمون لوین جهت پیش فرض ارزیابی تساوی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مرحله ارزیابی	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
پذیرش درد	پس آزمون	۰/۸۰۸	۲	۲۷	۰/۵۰۹
	پیگیری	۱/۴۳۹	۲	۲۷	۰/۲۹۰
شدت درد	پس آزمون	۱/۷۶۲	۲	۲۷	۰/۲۶۹
	پیگیری	۷/۶۹۹	۲	۲۷	۰/۰۰۲
خودکارآمدی	پس آزمون	۳/۴۰۱	۲	۲۷	۰/۰۵۷
	پیگیری	۱۰/۲۴۹	۲	۲۷	۰/۰۰۰
تنظیم هیجانی	پس آزمون	۰/۷۰۷	۲	۲۷	۰/۵۰۸
	پیگیری	۱/۶۴۸	۲	۲۷	۰/۳۶۰

براساس یافته‌های مشاهده شده در جدول شماره ۱ تساوی واریانس نمرات پذیرش درد و شدت درد در مرحله پس آزمون و پیگیری و خودکارآمدی و تنظیم هیجانی در مرحله پس آزمون رعایت شده است. اما در مورد شدت درد و خودکارآمدی در مرحله پیگیری واریانس‌ها

مساوی نمی‌باشد و این پیش فرض رعایت نشده است. البته با توجه به گمارش تصادفی آزمودنی‌ها و مقیاس اندازه‌گیری فاصله‌ای برای متغیرهای شدت درد و خودکارآمدی عدم تساوی واریانس‌ها محدودیتی در استفاده از آزمون پارامتریک ایجاد نمی‌کند (دلاور، ۱۳۹۰).

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای وابسته در پیش آزمون با متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرها	سن		تحصیلات		وضعیت تاهل		مدت ابتلا
	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	
پذیرش درد	۰/۲۵	۰/۵۲	۰/۵۵	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۱۲۸
شدت درد	۰/۱۳	۰/۴۹	۰/۴۷	۰/۰۰۴	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۰۸
خودکارآمدی	۰/۱۴۸	۰/۵	۰/۵۱	۰/۰۰۸	۰/۰۲	۰/۹۲	۰/۰۸
تنظیم هیجانی	۰/۰۹	۰/۶۲	۰/۱۹	۰/۴۹	۰/۱۸	۰/۳۳	۰/۰۴

متغیرهای جمعیت شناختی را که با متغیرهای مورد بررسی همبستگی داشتند، کنترل شده‌اند ($P < 0/05$).

همانگونه که در جدول دیده می‌شود بین تحصیلات با پذیرش درد، خود کارآمدی و شدت درد ارتباط معناداری دیده می‌شود ($P < 0/05$). در انجام تحلیل کواریانس هر کدام

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش در آزمودنی‌های گروه طرحواره درمانی

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پذیرش درد	۷۹/۹	۲۴/۲۶	۸۸/۶	۲۱/۵۸	۱۹/۳۵
شدت درد	۲۵/۹	۶/۷	۲۹/۹۳	۷/۴۷	۶/۵۹
خود کارآمدی	۳۶/۱	۱۴/۶۹	۴۸/۸	۱۵/۴۹	۱۲/۸۹
تنظیم هیجانی	۹۵/۹	۲۱/۷۸	۹۸/۴	۱۳/۸۷	۱۲/۶۵

در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد مطالعه در بیماران گروه طرحواره درمانی در متغیرهای پذیرش درد، شدت درد، خود کارآمدی درد و تنظیم هیجانی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آمده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد پژوهش در گروه کنترل

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پذیرش درد	۷۵/۹	۲۵/۶	۷۵/۹	۲۷/۵۸	۲۵/۳۵
شدت درد	۲۵	۱۱/۷	۲۷	۶/۸	۶/۹
خود کارآمدی	۳۸/۱	۱۵/۱۹	۴۷/۷	۱۴/۴۹	۱۱/۹
تنظیم هیجانی	۷۸/۴	۲۷/۷۸	۷۸/۴	۲۱/۸۷	۱۱/۳۵

نمرات پذیرش درد، طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0/05$). ولی در مرحله پیگیری بین میانگین نمرات پذیرش درد دو گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). نتایج جدول

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد مطالعه در آزمودنی‌های گروه کنترل در متغیرهای پذیرش درد، شدت درد، خود کارآمدی درد و تنظیم هیجانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آمده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که بین میانگین

تنظیم هیجانی در طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. نتایج جدول نشان می‌دهد که متغیر کنترل پیش آزمون با نمرات پیگیری شدت درد رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

نشان می‌دهد که متغیر کنترل پیش آزمون با نمرات پیگیری شدت درد رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بین میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه درمانی طرحواره درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد و بین میانگین نمرات

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره اثرات مداخله طرحواره درمانی بر متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	مجدورات	درجه آزادی	میانگین	مجدورات	F	معناداری
پذیرش درد	۲۳۲۰۱/۷۱	۱	۱۰۲۳۴/۶۱	۲۰۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹
خودکارآمدی	۲۱۷۹/۲۷	۱	۲۶۳۹/۲۷	۶۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲
شدت درد	۶۵۸/۳۶	۱	۳۱۴/۱۸	۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
تنظیم هیجانی	۳۷۲۳/۶۶	۱	۴۴/۲۷۳۳	۳۳/۲۲	۰/۴۷	۰/۹۹

طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۳) افرادی که طرحواره‌هایی غیرانطباقی در مورد خود و رابطه‌شان با دیگران دارند وقتی در یک موقعیت خاصی قرار می‌گیرند فرایندهای توجهی و شناختی را هدایت می‌کند^(۶). یانگ و همکاران کار بک را بسط داده و مجموعه‌ی متنوعی از طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه را شناسایی کردند که فرض شد اشکال غیرانطباقی اولیه به عنوان یک الگوی گسترده، بدکار و فراگستر متشکل از خاطرات، هیجانان، شناخت و حواس جسمی درباره‌ی خود و رابطه با دیگران تعریف شده است که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند و در طول عمر فرد پیچیده می‌شوند^(۷). همسو با نظرات یانگ و همکاران و بک تحقیقات اخیر نیز وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار را با درد مزمن تایید کرده‌اند. از جمله ساریاهو و همکاران (۲۰۱۱) با تحقیق روی ۲۷۱ نفر از بزرگسالان سالم و مبتلا به درد مزمن فهمیدند که بیشتر از نصف مبتلایان به درد مزمن نمرات معناداری در طرح وارۀ ناسازگار به دست آوردند همچنین نشان دادند در مردان رایج‌ترین طرحواره معیار سرسختانه و عیب

با توجه به اطلاعات جدول ۵ و براساس نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره، تاثیر مداخله طرحواره درمانی بر پذیرش درد، شدت درد، خودکارآمدی و تنظیم هیجانی در مردان تحت جراحی ستون فقرات پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون معنادار بوده است. ($P < 0/001$). نتایج فوق نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی بر کاهش تجربه شدت درد و افزایش پذیرش درد و خودکارآمدی و کنترل تنظیم هیجانی در بیماران تحت جراحی ستون فقرات موثر است. و تاثیر درمان از نظر آماری نیز معنا دارا می‌باشد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری

طرحواره‌های شناختی سازه‌های سازمان یافته از اطلاعات ذخیره شده هستند که ادراک یا به عبارتی برداشت فرد از خود و دیگران، اهداف، توقعات و خاطرات را در بردارند. این طرحواره‌ها فرایندهای شناختی موقعیتی بعد را هدایت می‌کنند. یعنی توجه، تفسیر وقایع بازبایی و درنهایت به تفکرات خودکار منتهی می‌کنند. براساس مدل

می‌توان گفت از مؤثرترین درمان‌های هستند که خودکارآمدی را افزایش می‌دهند و آنجا که خود این رویکردهای درمانی بر فرآیندهای تغییر اعتقاد داشته، می‌تواند افزایش خود باوری را سبب شوند. بنابراین نقش خودکارآمدی در کنترل درد حائز اهمیت است. در این پژوهش سعی شده است با بهکارگیری تکنیک‌های طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به درد مزمن به افزایش خودکارآمدی آنها کمک شود. با توجه آنچه گفته شد، تأثیر مداخلات را بر این متغیر وابسته موثر و نکته‌ای که در این خصوص می‌توان مطرح کرد افزایش خودکارآمدی، خود مدیریتی درد را افزایش می‌دهد و به دنبال آن کاهش میزان درد بیماران مبتلا به اختلالات ستون فقرات تأیید می‌شود. محققان نتیجه گرفتند که توجه به تنظیم مهار هیجان در درمان و بهبود درد مزمن امری ضروری محسوب می‌شود. تبیین دیگر از یافته‌ها در کل این است که تکنیک‌های آموزشی داده شده باعث انعطاف‌پذیری شناختی و اصلاح باورهای ناکارآمد و تغییر نگرش بیمار می‌شود به طوری که آنها درد خود را پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجهه می‌شوند که با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و ایجاد طرحواره مثبت می‌تواند درد خود را مدیریت نمایند و به طور خلاصه بر پایه یافته‌های این پژوهش بر کارایی طرحواره درمانی و به لحاظ کاربرد بالینی می‌توان به بیمار آموزش داد تا باورهای خود را تغییر داده و برای یک زندگی بهتر تلاش کند^(۱۷و۱۹و۲۰). نتایج پژوهش حاضر حمایت‌مقدماتی از این برداشت کلی را ارائه می‌دهد که درمان طرحواره درمانی می‌تواند بر روی علائم درد از جمله شدت درد، پذیرش درد، خودکارآمدی و تنظیم هیجانی بیماران تحت جراحی ستون فقرات تأثیر داشته باشند. تا به حال مطالعات معدودی به بررسی نقش طرحواره‌ها در مدیریت و کنترل درد انجام پذیرفته است. این پژوهش از این نظر که کارایی و تداوم تأثیر این نوع درمان را بر کاهش علائم درد و افزایش کیفیت زندگی با وجود درد مورد بررسی قرار داده است،

جویی افراطی و ایثار است و در زنان رایج‌ترین طرحواره ابتدا ایثار و سپس معیارهای سرسختانه است. در تحقیقی دیگر با بررسی ۶۰۲ بیمار بزرگسال مبتلا به درد مزمن و افراد سالم متوجه شدند که مبتلایان به درد مزمن نمرات بیشتری در طرحواره‌های ناسازگار دارند و طرحواره محرومیت هیجانی نمرات بیشتری را کسب کرده‌اند^(۸). همچنین نتایج یافته‌ها مک کراکن و همکاران^(۹)، مورنو، لانچ و همکاران^(۱۰)، مک کراکن و ولز^(۱۱و۱۲)، کارمبوز و چاور و همکاران^(۱۳)، مسگریان، اصغری مقدم و شریفی^(۱۴)، جانسون و آندرسون^(۱۵) که به بررسی تأثیر درمان طرحواره درمانی بر متغیرهای درد پرداخته‌اند، همسو می‌باشد. مطالعات نشان داد که پذیرش درد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد را بالاتر می‌برد و درمان‌های روانشناختی با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی به کاهش درد و بهبود علائم در این دسته بیماران می‌شود. همچنین با توجه به پژوهش‌های قبلی در زمینه طرحواره درمانی که مورد بررسی قرار گرفت، نشان داد این روش درمانی در کاهش درد و مدیریت آن موثر است. به بیان دیگر می‌توان گفت که طرحواره درمانی با تغییر در باورها و شناخت فرد سبب کاهش شدت درد بیماران می‌شود^(۱۶) و با توجه به شیوع آمار اختلالات ستون فقرات (کمر درد یا گردن درد) و نقش مهم خصوصیات بیماری و عوامل شناختی به عنوان متغیر میانجی بر خود مدیریتی درد مهم است و از آنجا که شدت درد به طور مستقیم از طریق میانجی خودکارآمدی بر مدیریت درد ستون فقرات تأثیر دارد و در استدلال این یافته می‌توان اظهار کرد که مداخله طرحواره درمانی سبب کاهش شدت درد می‌شوند. و با تغییر در باورها و شناخت فرد سبب کاهش شدت درد بیماران می‌شود و از آنجا که شدت درد به طور مستقیم از طریق میانجی خودکارآمدی بر مدیریت درد ستون فقرات تأثیر دارد و در استدلال این یافته می‌توان اظهار کرد که این مداخله درمانی سبب کاهش شدت درد می‌شوند. با استناد به یافته‌های مسگریان و اصغری مقدم و همکاران

دارای نوآوری است. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد پس از پایان دوره درمان و پیگیری دو ماه کارایی و اثربخشی بیشتر به دلیل پذیرش درد و نقش طرحواره‌ها در کاهش علایم درد است. این مدل درمانی که به وسیله یک پروتکل درمانی انجام شد حمایت بیشتری را در درمان درد و توجیه‌کننده این باشد که طرحواره‌ها بر روی درد نقش بسزایی دارند و نتایج این پژوهش و مطالعات پیشین بتوانند چشم‌انداز نویدبخش را در اختیار متخصصین درد و افرادی که در تلاشند درد خود را کنترل کنند، ارائه دهد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری حبیبه فرخی (کد پژوهشی ۱۵۰۲۰۷۰۹۹۷۱۰۰۶ و کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1398.103) که در دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد تنظیم گردید. نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کلیه بیماران جراحی ستون فقرات شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌نماید.

References

1. Asghari Moghaddam MA. The measurement of pain. study new approaches to the psychology of pain Tehran: Roshd publishing, 2011; 26. [Full text in Persian].
2. Asghari Moghaddam MA. prevalence of Persistent and recurrent chronic pain its impact on social function and life employees of large industrial units Persian. j. Daneshver.2003;11(4): 1-14. [Full text in Persian].
3. vowles KE, Mccracken LM. Acceptance and vtment Effectiveness and process. consult and clinical psychol. 2016; (76): 397-407.
4. CaterjD, McIntosh VV, Jordan j, porter RJ, Frampton C, MandJoyce P. clini alttail comparing schema Therapy and cognitive behavior Therapy. journal of Affective Disorders. 2016; 151.
5. Sarriaho TH, saariah AS, Karila EA and joukamaa. Early MaladaPtive Schemas in finish Adult Chronic Pain Patients and control sample. Scandinavain journal of psychology. 2011;52 (2): 146-153.
6. Young JE, Klosko Js and weishaarm ME. schema Therapy: A Practitioner, scuide. Newyork: cuilford 2003;123-218.
7. Young, J.E.The relationship between appearance schema, self – esteem,and non dirct aggression among college women ph.D Dissertation Oklahoma state university. 2007;15-35.
8. Sarriaho TH, saariah AS, Karila EA and jouka maa . Early Malada Ptive Schemas in finish Adult Chronic Pain Patients and a control sample. Scandinavain journal of psychology. 2011; 52 (2): 146-153.
9. Mccrackenlm, Eeelestonec. Coping or acceptance what to do about chronic pain. 2005; 105(4): 197-204.
10. Morone Ne, Lynch s, Greco C, Tindel HA. Winner DK. The Effects of mindfulness meditation on older adult with chronic pain, The journal of pain 2005; 9: 841-880.
11. Mccracken LM, vowlesK. Acceptance of chronic pain. cur pain headache. 2006;10: 90-94.
12. Vowles KE, Mccarcken LM, Btienj zO. Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year Follow-up analysis of treatment effectiveness and process-Behav Resther, 2011; 6 (11): 748-55.
13. CrombezM, Schryver M, Ryckghem DM and Vanedamme S D. Implicit Associations between pain and self schema in patients with chronic pain, pain 2013; 154 (12): 2700-2706.
14. Mesgarian F, Asghari Moghaddam MA, SHairi MR. The Role of self –Efficacy in predicting catastrophic Depression in patients with chronic pain J clin psychol . 2013; 4(4): 74-83 [Full text in Persian].
15. JensenMP,AndresonKO. LombaradoER, TanG,. Anger Management style and Associations with Self-Efficacy and pain in Male Veterans, Jpain. 2005; 6(11): 765-770.
16. Krans D, Bollinger A, Nilges P. Chronic Pain acceptance and affective well- being A coping perspective. Euro. j. pain. 2011; (3):77-89.
17. Wicksell RK, olsson GL, Melin JE, Klosko Js and weishaarm ME. Schema Therapy: A Practitioner, scuide. Newyork : cuilford, 2009.
18. Yousefzadh M, Neshatdust HT,Talebi H.A comparison of the Effectiveness of cognitive – Behavior Therapy and schema Therapy on the Reduction of Depression among patients with chronic low Back pain in Tehran Iran. J Res Behavsci 2017; 15(1): 67-77 [Full text in Persian].
19. Sharooft SA, Sajadi F, BoostaniN. Management and Nursing Care Trans. Bowsher, Pain. Tehran. Iran. Publica tion, 1995; [Full text in Persian].
20. Veehof MM, oskam Mj, BohlmeijerET. Acceptance based interventions For the treatment of chronic pain a systematic review and meta-analysis. Pain, 2011; 152, (3): 533-42.