

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 صلیانی^۱، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد^{۲*}، علی مشهدی^۳، رضا عطارزاده حسینی^۳، حسین مشهدی نژاد^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 پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۳

تاریخ بازبینی: ۹۳/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در تمام جهان، دردهای مزمن است که هر سال میلیون‌ها نفر گرفتار آن می‌شوند و درمان مناسبی هم به آنها ارائه نمی‌شود. پژوهش‌ها بیانگر این است که یکی از پیامدهای درد مزمن، واکنش‌های عاطفی مثل اضطراب و پرخاشگری است که به‌خاطر اثرات درازمدت درد به‌وجود می‌آیند. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی بر اضطراب و پرخاشگری زنان مبتلا به درد مزمن است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. در این پژوهش، ۴۰ زن مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و ۱۸ نفر با نمرات بالایی در آزمون اضطراب و پرخاشگری مشخص شدند. سپس به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایشی (۹ نفر) و کنترل (۹ نفر) قرار گرفتند. ابتدا هر دو گروه پرسشنامه افسردگی-اضطراب-استرس، پرخاشگری، مقیاس چند وجهی درد را تکمیل نمودند. سپس گروه آزمایش به‌مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار داشت و مجدداً آزمون‌ها اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین اضطراب ($P < 0/05$) و پرخاشگری ($P < 0/05$) 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

وجود ساخت داروهای ضد درد قوی، ابداع روش‌های نوین پزشکی و جراحی، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران، امری دور از دسترس باقی مانده‌است^(۱). درد مزمن

از ابتدای تاریخ بدون بشر، تلاش برای کنترل درد، از اهداف اصلی آدمی بوده‌است. علی‌رغم این تاریخ طولانی و با

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

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^(۱۵-۱۷-۱۹). 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 بر آن، 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 آنجایی که 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^(۲۳)، 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 روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد بودند. نمونه آماری این پژوهش

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 مرتبطانند و خشم نیز به‌عنوان یک هیجان منفی به‌خودی خود اثر مستقیمی بر روی درد دارد^(۶).

درد مزمن می‌تواند به اضطراب و اختلال‌های اضطرابی مانند هراس، اضطراب منتشر، خودبیمارانگاری و اختلال استرس پس از سانحه منجر شود^(۷). اختلالات اضطرابی با کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به اختلال‌های جسمانی و هزینه‌های اجتماعی بالا همراه هستند^(۸). علاوه بر این، 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 آزرده‌گی 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

و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و برای نمره کل پرخاشگری ۰/۸۹ گزارش شده است. این ابزار از اعتبار بازآزمایی خوبی برخوردار است^(۳۷). همسانی درونی این پرسشنامه پرخاشگری در ایران بررسی شده است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ محاسبه شده و پایایی آن به شیوه بازآزمایی برابر ۰/۷۸ گزارش شده است^(۳۸).

۴- پرسشنامه چند وجهی درد (MPI) این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده است که در این تحقیق تنها از بخش اول آن استفاده شده است. 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^(۳۹). نحوه پاسخ‌دهی به هر کدام از سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت از صفر تا 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 شده است (۰/۹۱-۰/۶۲=r)^(۳۹). اعتبار و روایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. 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^(۳۹-۴۰).

آزمودنی‌ها پرسشنامه افسردگی-اضطراب-استرس، پرخاشگری و مقیاس چند وجهی درد را تکمیل و افرادی که نمرات بالایی در درد، اضطراب و پرخاشگری داشتند، به عنوان 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 به مدت ۸ هفته اجرا گردید. در این تحقیق از پروتکل درمانی شناخت درمانی مایکل فری استفاده شده است^(۴۱). محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

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 به دست 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^(۴۲). 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 شده است^(۴۲). روایی و اعتبار این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است که همسانی درونی برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در کل ضرایب پایایی آن مورد تأیید و قابل اعتماد است^(۴۳).

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^(۴۴). آلفای کرونباخ آن برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم

جدول ۱: محتوای جلسات گروه درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	مروری بر ساختار جلسات و معرفی برنامه، آموزش مدل ABC، یادآوری اهمیت تکالیف.
جلسه ۲	توضیح ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها، تحریف‌های شناختی عمده.
جلسه ۳	آموزش اعضای گروه درباره ماهیت طرح‌واره‌ها، ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند و شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
جلسه ۴	توضیح دسته‌بندی باورهای منفی، معرفی طرح‌واره‌های منفی و تنظیم فهرست اصلی باورهای منفی، توضیح نقشه‌های شناختی و تهیه آن.
جلسه ۵	توضیح فرایند طبیعی تغییر باور منفی، معرفی الگوهای آزمون باورها شامل بررسی شواهد و سودمندی.
جلسه ۶	معرفی روش تحلیل علمی برای ارزیابی باورها، توضیح باورهای مخالف و معرفی ویژگی‌های آن، تهیه سلسله مراتب باورهای مخالف.
جلسه ۷	توضیح شیوه‌های تغییر باورهای منفی از جمله تغییر ادراکی و روش بازسازی قشری اختیاری (VCI).
جلسه ۸	توضیح روش‌هایی برای تغییر تفکر از جمله استفاده از خیال‌پردازی، شبیه‌سازی موقعی واقعی، توضیح فرایند تداوم تغییر، کسب پس‌خوراند از اعضا درباره برنامه درمانی.

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.

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.

جدول ۲: نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر حسب گروه‌های آزمایش و کنترل

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

جدول ۲ بیانگر نتایج حاصل از داده‌های توصیفی و جمعیت شناختی است. یافته‌های پژوهش نشان داد که در هر دو گروه ۶۱/۱ درصد آزمودنی‌ها دارای تحصیلات لیسانس بودند.

۶۶/۷ درصد آزمودنی‌ها متأهل بودند. ۳۸/۹ درصد آزمودنی‌ها دانشجو و ۳۸/۹ شاغل بودند. ۶۶/۷ درصد آزمودنی‌ها بیش از یک مورد را به‌عنوان محل درد خود انتخاب کرده بودند.

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

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

ظاهری دارد.

جهت پاسخ به سوال پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه می‌گردد. برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. پیش‌فرض 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 ($P > 0.05$).

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اضطراب و پرخاشگری و خرده‌مقیاس‌های آن را در بیماران مبتلا به درد مزمن در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ آمده‌است. همانطور که جدول نشان می‌دهد، میانگین نمره اضطراب و نمره پرخاشگری و خرده‌مقیاس‌های آن (پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی، خشم و خصومت) در هر دو گروه آزمایش و کنترل بین پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت

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

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

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 ($P > ۰/۰۵$).

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب ($F=۵/۲۰, P<۰/۰۵$) در مرحله پس آزمون 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

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

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

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پرخاشگری ($F=۴/۹۰, P<۰/۰۵$) 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.

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 شده است. تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در تحقیقات گذشته مورد بررسی قرار گرفته است^(۱۴) و^(۱۵) 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 مهربانی زاده^(۱۴) است که دریافتند گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن تأثیر معنی‌داری داشته است. علاوه بر این می‌توان گفت که با یافته‌های شهنی و همکاران^(۳۳) که معتقدند درمان شناختی رفتاری باعث کاهش عواطف منفی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است، 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 درمان شناختی باعث کاهش پرخاشگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. 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 بر این 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 به دست 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 بیناندازد. 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 بیندازند 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

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.

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

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. Khoyneshad 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 Psychology 2002; 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), Isted, 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, Fang A. 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

- pain. *Pain* 2011; 152: 2098–2107.
18. Morley S. 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)]. 1st ed. Tehran: Roshd publication 1390; 206-207.
 21. Rahimian Bogar E. [clinical health psychology (Persian)]. 1st ed. 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*, 6th ed. 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.

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

Faezeh Salayani¹, MohammadJavad Asghari EbrahimAbad^{*2}, Ali Mashhadi², Reza Attarzadeh Hosseini³, Hossein Mashhadi Nejad⁴, Sima Eftekharzadeh⁵, Reihaneh Ahmadzadeh Ghavidel⁶

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, Mashhad
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