



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 21, Issue 3 (Summer 2019), 395- 578

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن

معصومه دهستانی^۱ (M.A)، بهرام میرزائیان^{۱*} (Ph.D)، پیام سعادت^۲ (M.D)

^۱ - گروه روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

^۲ - مرکز تحقیقات اختلال حرکت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۸

bahrammirzaian@gmail.com

• نویسنده مسئول، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۵۹۵۲۸

چکیده

هدف: درمان شناختی- رفتاری، یک روش درمانی مبتنی بر شواهد است که بر اصلاح فرآیندهای فکری ناکارآمد و تغییر رفتارهای ناسازگارانه تأکید دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن بود. مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه‌آزمایشی که بر روی ۳۰ نفر از بیماران نوروپاتیک مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان روحانی بابل در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل انجام شد. درمان شناختی- رفتاری گروهی در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد. شرکت‌کنندگان ۴۵ روز بعد از اتمام جلسات مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. هر دو گروه، پرسش‌نامه‌های استاندارد راهبردهای مقابله (روزنشتایل و کیف) و خودکارآمدی درد (نیکولاس) را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری پاسخ دادند. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله در دو گروه آزمایش و کنترل در توجه برگردانی ($P < 0/001$)، تفسیر مجدد از درد ($P < 0/001$)، نادیده انگاشتن درد ($P = 0/02$)، گفتگو با خود ($P = 0/04$)، افزایش فعالیت ($P < 0/001$) و نیز خودکارآمدی درد ($P = 0/004$) وجود دارد. اما خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله با درد در فاجعه‌آفرینی ($P > 0/05$) و امیدواری - دعا ($P > 0/05$) در گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی می‌تواند به عنوان یک مداخله اثربخش بر کاهش راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی در بیماران نوروپاتیک مزمن محسوب شود.

واژه‌های کلیدی: درد مرم، درمان شناختی- رفتاری، روان‌درمانی گروهی، راهبردهای مقابله با درد، خودکارآمدی

مقدمه

اگر چه درد معمولاً یک تجربه گذرا است، برای برخی از مردم درد از گذشته‌ها دوام یافته تا جایی که از واکنش سازگارانه به یک آسیب حاد فراتر می‌رود و منجر به آشفتگی هیجانی و افزایش استفاده از منابع موجود در سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌گردد [۱]. مطالعات همه‌گیرشناسی گزارش دادند که یک پنجم جمعیت عمومی اروپا و آمریکا تحت تأثیر درد مزمن قرار دارند [۲]. از مطالعات انجام شده در ایران می‌توان نتیجه گرفت که در میان جمعیت ایرانی، درد پدیدهای شایع است. بر پایه‌ی اطلاعات موجود می‌توان درد را به عنوان یک مشکل قابل توجه در این جامعه دانست [۳]. درد معمولاً به

عنوان تجربه‌ای حسی و هیجانی تعریف می‌شود که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است یا در اصطلاح چنین آسیبی تعریف می‌شود [۱]. درد مزمن دردی است که در ۶ ماه حداقل ۳ ماه هر روز یا تقریباً هر روز وجود داشته باشد. این درد ممکن است از ۳ ماه تا ۳۰ سال به طولانی‌مدت با تغییرات عملکردی و ساختاری مغز ارتباط دارد [۴]. درد نوروپاتیک (Neuropathic pain) وضعیت‌های تحلیلی برنده‌ی عصبی هستند که با شرح حال و معاینه عصبی مناسب تشخیص داده می‌شوند [۵]. ادراک درد یک واکنش فیزیولوژیک قابل اندازه‌گیری از گیرنده‌های حسی مخصوص درد بوده

استفاده از راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان پستان شده است [۱۵]. Ghazaie و همکاران در پژوهشی اعلام نمودند که درمان شناختی- رفتاری از طریق کاهش ترس از زایمان، ترس از درد و افزایش خودکارآمدی زایمان، سزارین‌های غیر ضروری را کاهش می‌دهد [۲۰].

با توجه به این‌که در کشورمان درد يك مسئله فیزیکی قلمداد می‌شود و پیامدهای روان‌شناختی درد کم‌تر مورد توجه و مطالعه قرار گرفته است و با عنایت به شروع و شدت بالای درد در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیك مزمن لازم است اثربخشی سایر مداخلات غیردارویی بر کاهش درد مورد توجه قرار گیرد. ضمن آن‌که این مطالعات کم‌تر در ایران انجام شده است. درمان شناختی- رفتاری اساساً مداخله‌ای نوین و مطابق مطالعات انجام شده درباره‌ی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی اثربخش است و در واقع این مدل نیمه‌آزمایشی جزء طرح‌های بالینی پرکاربرد است. تاکنون تأثیرات مراقبه، آموزش آرمیدگی و ... در مورد کاهش درد انجام شده است و کم‌تر مطالعه‌ای به تأثیر CBT بر درد بیماران نوروپاتیك مزمن پرداخته است.

این پژوهش با استفاده از رویکرد درمان شناختی- رفتاری (CBT) به‌منظور بررسی تأثیر مداخله‌ی رویکرد درمانی شناختی- رفتاری بر راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد در بیماران نوروپاتیك مزمن در شهر بابل انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه شبه کارآزمای بالینی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1396.73 و شماره ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT20180607040001N1 بر روی ۳۰ نفر از بیماران نوروپاتیك مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان روحانی شهر بابل در سال ۱۳۹۶ انجام شد. به اعتقاد Antony, McCabe, Bieling و همکاران در درمان شناختی رفتاری گروهی می‌توان تعداد شرکت‌کنندگان برای هر گروه را بین ۵ تا ۲۰ نفر در نظر گرفت [۱۹]. ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به نوروپاتیك مزمن دعوت شدند و ۳۰ نفر به صورت غیر تصادفی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده به دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند (مطالعه نیمه‌آزمایشی). افراد در صورت ابتلا به درد مزمن نوروپاتیك با تشخیص پزشک

که در اثر صدمه بافتی آشکار یا نهان ایجاد می‌شود که در سیستم اعصاب مرکزی از راه نخاعی- تالاموسی، تالاموس و سرانجام در نواحی مختلف کورتکس مغز به عنوان درد درک می‌شود [۶]. تعریف مقابله بر طبق الگوی مفهومی استرس چنین است: تلاش‌های دائم‌التغییر و پویایی شناختی و رفتاری به منظور کنترل (اداره‌ی) مقتضیات درونی یا بیرونی که معضل شناخته شده یا حل آن‌ها از منابع و امکانات موجود فرد فراتر است [۳]. مطالعات به عمل آمده، نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای فعال (تلاش برای انجام وظایف علی‌رغم وجود درد و عدم توجه به درد، مثل انجام يك فعالیت، یا نادیده انگاشتن درد) دارای نتایج انطباقی هستند و راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال (مثل وابسته شدن یا تکیه کردن به دیگران برای کمک‌گیری جهت کنترل درد و محدود کردن فعالیت) با درد شدیدتر و افسردگی هم‌بستگی دارند [۸]. مفهوم خودکارآمدی باور شخص به توانایی‌اش در انجام فعالیت‌ها است. در مطالعاتی که با بیماران درد مزمن انجام شده است، باورهای خودکارآمدی توانسته است بسیاری از رفتارهای خاص و تجربه‌ی درد را در میان مبتلایان به درد مزمن تبیین کند [۳]. درمان شناختی- رفتاری (CBT)، بر این منطق استوار است که ادراک و تظاهر قابل مشاهده درد به واسطه تعامل‌های متعدد بین حوادث محیطی و پاسخ‌های هیجانی، فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۸]. CBT برای درد مزمن شامل به چالش کشیدن باورها و آموزش دادن راه‌هایی به بیماران برای بازگشت مجدد و مطمئن به فعالیت‌های لذت‌بخش در زندگی‌شان است [۱].

Carroll و همکاران نیز بر اساس تحقیق خود اظهار نمودند در مدیریت درد راهبردهای مقابله‌ای فعال باعث افزایش توان فرد برای مقابله با درد شده و فرد ناتوانی کم‌تری را گزارش می‌کند [۱۰، ۱۱، ۱۷]. هم‌چنین در پژوهش Van Damme و همکاران گزارش شده است که توجه باعث دو برابر شدن ادراک درد و دشواری اجتناب از آن می‌شود. آموزش مؤلفه‌های شناختی- رفتاری و فنون حواس‌پرپی می‌تواند به افزایش مقابله‌های کارآمد نظیر رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، خوشبین‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی و مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده منجر شود که خود این مؤلفه‌ها می‌توانند به کاهش درد کمک کنند [۱۲، ۱۷]. Karamoozian و همکاران گزارش نمودند که گروه درمانی شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش سلامت روان و افزایش

راهبردهای مقابله‌ی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ متغیر بود [۳].

پرسش‌نامه خودکارآمدی درد (Pain Self - Efficacy Questionnaire) (1989, Nicholas): عبارت تشکیل‌دهنده‌ی این پرسش‌نامه قدرت و دایره‌ی تعمیم‌یافته باور بیمار را به توانایی‌اش برای انجام پاره‌ای از امور، علی‌رغم وجود درد را می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب از پرسش‌نامه خودکارآمدی درد بین صفر تا ۶۰ است.

جدول ۱. پروتکل درمانی شناختی - رفتاری گروهی (2005, Thorn)

شماره جلسات	شرح مختصر جلسات
جلسه یکم	ارتباط بین استرس - درد - ارزیابی
جلسه دوم	شناسایی افکار خودکار معرفی افکار خود کار و تصاویر ذهنی
جلسه سوم	ارزیابی افکار خودکار
جلسه چهارم	به چالش کشیدن افکار منفی تحریف شده ایجاد پاسخ‌های واقع‌گرایانه جایگزین
جلسه پنجم	شناسایی نظام باورهای بنیادین به چالش کشیدن باورهای منفی و تحریف شده و ایجاد باورهای جدید
جلسه ششم	باورهای واسطه‌ای و هسته‌ای مرتبط با درد به چالش کشیدن باورهای منفی و تحریف شده مرتبط با درد و ایجاد باورهای جدید
جلسه هفتم	ساختن و به کار بردن خودگویی‌های مقابله‌ای مثبت معرفی کارت‌های مقابله‌ای
جلسه هشتم	یادگیری و تمرین افشای هیجانی به صورت نوشتاری
جلسه نهم	فراگیری ارتباط جرأت ورزانه برنامه‌ریزی یک ارتباط جرأت ورزانه
جلسه دهم	مرور مضمون فکر و مهارت‌های آموخته شده در این برنامه تدارک بازخوردی درباره‌ی جنبه‌های کارآمد و چالش برانگیز درمان برنامه ریزی برای ادامه‌ی تمرین‌ها در زندگی روزمره

Nicholas در دو مطالعه‌ی جداگانه با بیماران مبتلا به کمردرد مزمن ضرایب بازآزمایی و همسانی درونی عبارات آن را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۹۲ گزارش کرده است. Asghari and Nicholas ساختار عاملی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه خودکارآمدی درد را با استفاده از روش تحیل عامل تأییدی در یک نمونه‌ی ۳۴۸ نفری از مبتلایان به درد مزمن را بررسی کردند ضریب همسانی درونی عبارات این پرسش‌نامه ۰/۹۲ بود. این یافته

متخصص مغز و اعصاب، دامنه سنی ۶۰-۲۰ سال، سطح تحصیلات مقطع متوسطه و بالاتر، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان وارد مطالعه شدند و در صورت ابتلا به اختلالات روانی شدید و بیماری‌های جسمانی و معلولیت‌های دیگر، از مطالعه خارج شدند. قبل از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه‌ای برای گروه آزمایش تشکیل شد و در این جلسه تمام قواعد ضروری توضیح داده شد. درمان شناختی- رفتاری در ۱۰ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش در یک مطب خصوصی توسط ۲ نفر (یک متخصص روان‌شناسی و یک نفر کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی) اجرا شد که در جدول ۱ پروتکل درمانی مبتنی بر شناختی- رفتاری آمده است [۹]. شرکت‌کنندگان ۴۵ روز پس از اتمام جلسات مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله (Coping Strategies Questionnaire) (CSQ) (1985, keefe and Rosenstiel): این پرسش‌نامه دارای ۴۲ عبارت و ۷ خرده‌مقیاس است و در واقع شش راهبرد مقابله‌ی شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی، دعا- امیدواری) و یک راهبرد مقابله‌ی رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هر یک از خرده‌مقیاس‌ها (راهبردها) از ۶ عبارت تشکیل شده است. حداقل و حداکثر نمره‌ی قابل کسب در هر کدام از این راهبردها از صفر تا ۳۶ است.

Rosenstiel and keefe پرسش‌نامه راهبردهای مقابله را اول بار در میان گروهی از مبتلایان به کمردرد مزمن هنجاریابی کردند و ضریب همسانی درونی ۷ خرده‌مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد. از آن به بعد این پرسش‌نامه در مطالعات بسیاری هم با مبتلایان به درد حاد و هم مبتلایان به درد مزمن به کار گرفته شد و پایایی و اعتبار آن در مطالعات متعددی تأیید شده است. Asghari و همکاران، asghari and Golak، اصغری و نیکولاس، اصغری و همکاران در چهار مطالعه‌ی جداگانه با جمعیت ایرانی که مطالعه‌ی اول و دوم بر روی کارمندان مرد مبتلا به درد مزمن که در دو سازمان بزرگ دولتی مشغول به کار بودند و نمونه‌ی مطالعه‌ی سوم و چهارم از زنان سالمی تشکیل می‌دادند که برای انجام ماموگرافی مراجعه کرده بودند انجام شد. نتایج این چهار مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه راهبردهای مقابله را در جمعیت ایرانی تأیید کرد. ضرایب آلفای کرونباخ

نتایج

حاکمی از ضریب همسانی درونی بسیار خوب در این پرسش‌نامه است [۳].

داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوار، تی‌تست مستقل، من‌ویتنی و آنالیز واریانس با داده‌های تکراری تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ خلاصه شده است. در این مطالعه در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳٪/۳) تحصیلات دانشگاهی، و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰٪) شاغل و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳٪/۳) شاغل بودند. میانگین سنی در گروه آزمایش $36/20 \pm 10/66$ و در گروه کنترل $43/8 \pm 20/32$ به دست آمد. همچنین میانگین مدت زمان بیماری در گروه آزمایش $9/13 \pm 9/41$ و در گروه کنترل $4/4 \pm 53/62$ بود. متغیرهای تحصیلات دانشگاهی، شغل، سن و مدت زمان بیماری در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول ۲).

در پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری در مولفه توجه برگردانی در بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده نشد ($P=0/40$). اما در پس‌آزمون ($P<0/001$) و در زمان پیگیری ($P<0/001$) اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. به‌طوری‌که میانگین مولفه توجه برگردانی در گروه آزمایش بیش‌تر از گروه کنترل بود. در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری افزایش ($P<0/001$) و در گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش ($P<0/001$) در طول زمان در میانگین مولفه توجه برگردانی مشاهده شد (جدول ۳).

در زمان پیگیری، تفاوت معنی‌داری در مولفه تفسیر مجدد از درد، در بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده شد ($P<0/001$) به‌طوری‌که در گروه آزمایش افزایش قابل توجه‌ای در این مولفه نسبت به گروه کنترل دیده شد. همچنین در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری افزایش میانگین مولفه تفسیر مجدد از درد، در طی زمان مشاهده شد ($P<0/001$) (جدول ۳).

در بررسی متغیر فاجعه‌آفرینی، در هیچ یک از زمان‌ها در دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0/05$). اما در هر دو گروه آزمایش و کنترل با

گذشت زمان کاهش معنی‌داری دیده شد ($P<0/05$) (جدول ۳).

میانگین مولفه نادیده‌انگاشتن درد در پس‌آزمون ($P=0/02$) و در پیگیری ($P=0/009$)، در گروه‌های مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری نشان دادند چنان‌چه در گروه آزمایش میانگین این مولفه بیش‌تر از گروه کنترل به دست آمد. علاوه بر آن در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری، میانگین این مولفه افزایش یافته بود (جدول ۳).

اگر چه در پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در مولفه امیدواری-دعا دیده شد ($P=0/002$) اما در پس‌آزمون و پیگیری این اختلاف معنی‌دار نشان نداد ($P>0/05$). همچنین در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش و از پس‌آزمون به پیگیری افزایش را در میانگین این مولفه نشان داد که این کاهش و افزایش معنی‌دار نشان داد ($P<0/001$) (جدول ۳).

در مولفه گفتگو با خود، در پیش‌آزمون میانگین گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه آزمایش بود ($P=0/01$) اما در پیگیری، میانگین گروه آزمایش بیش‌تر از گروه کنترل نشان داد ($P=0/04$). در گروه آزمایش نیز میانگین این مولفه به‌طور معنی‌داری افزایش مقدار را نشان داد ($P<0/001$) (جدول ۳).

مولفه افزایش فعالیت در زمان پس‌آمایش ($P<0/001$) و در زمان پیگیری ($P=0/005$) اختلاف معنی‌داری نشان داد به‌طوری‌که میانگین گروه آزمایش بیش‌تر از گروه کنترل بود. گروه آزمایش افزایش معنی‌داری در طول زمان نشان داد ($P<0/001$) اما در گروه کنترل ابتدا میانگین کاهش و سپس افزایش یافت که این اختلاف معنی‌دار بود ($P=0/02$) (جدول ۳).

در بررسی متغیر خودکارآمدی درد، در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشتند ($P>0/05$). اما در پس‌آزمون ($P=0/004$) و در پیگیری ($P=0/01$) میانگین خودکارآمدی درد در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه کنترل بود. در هر دو گروه آزمایش و کنترل، میانگین این متغیر به‌طور معنی‌داری افزایش یافت اما این افزایش در گروه آزمایش ملموس‌تر بود ($P<0/05$) (جدول ۴).

جدول ۲. وضعیت مشخصات دموگرافیک و زمینه‌های نمونه‌ها به تفکیک در دو گروه کنترل و آزمایش

P-value	گروه		متغیر
	آزمایش تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	
۰/۶۰*	۳ (۲۰)	۵ (۳۳/۳)	زیر دیپلم
	۷ (۴۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	دیپلم
	۵ (۳۳/۳)	۳ (۲۰)	دانشگاهی
۰/۴۰*	۱۲ (۸۰)	۱۰ (۶۶/۷)	بیکار
	۳ (۲۰)	۵ (۳۳/۳)	شاغل
	Mean±SD	Mean±SD	
۰/۰۶**	۴۳/۸±۲۰/۳۲	۳۶/۱۰±۲۰/۶۶	سن
۰/۲۱***	۹/۹±۱۳/۴۱	۴/۴±۵۳/۶۲	مدت زمان بیماری

*آزمون کای اسکوار، **آزمون تی تست مستقل، ***آزمون من ویتنی

جدول ۳. مقایسه میانگین مولفه‌های راهبردهای مقابله با درد در طی زمان در گروه‌های مورد مطالعه

P-value*	گروه			متغیر
	پی‌گیری Mean ± SD	پس‌آزمون Mean ± SD	پیش‌آزمون Mean ± SD	
<۰/۰۰۱	۲۴/۴۷±۶/۳۲	۲۱/۰±۴/۷۵	۱۲/۴۰±۷/۵۸	توجه برگردانی
۰/۰۰۳	۸/۶۷±۷/۲۳	۱۰/۱۳±۶/۴۲	۱۴/۵۳±۶/۳۰	
-	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۰	P-value**
<۰/۰۰۱	۱۸/۸۰±۸/۶۹	۱۶/۳۳±۶/۴۴	۹/۲۰±۶/۶۰	تفسیر مجدد از درد
۰/۰۶	۵/۹۳±۷/۵۴	۱۲/۹۳±۸/۵۸	۹/۹۳±۹/۳۳	
-	<۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۸۰	P-value**
<۰/۰۰۱	۹/۴۷±۷/۸۴	۱۲/۶۷±۷/۱۹	۱۷/۹۳±۸/۵۴	فاجعه آفرینی
۰/۰۲	۱۲/۶۰±۸/۳۸	۱۷/۰۷±۸/۹۷	۱۹/۲۷±۹/۵۸	
-	۰/۳۰	۰/۱۵	۰/۶۹	P-value**
<۰/۰۰۱	۲۵/۳۳±۶/۳۵	۲۱/۶۷±۵/۵۲	۱۱/۹۳±۶/۲۶	نادیده انگاشتن درد
۰/۲۵	۱۷/۱۳±۹/۲۵	۱۴/۶۰±۹/۷۸	۱۵/۱۳±۹/۸۱	
-	۰/۰۰۹	۰/۰۲	۰/۲۹	P-value**
<۰/۰۰۱	۳۱/۷۳±۴/۲۱	۲۹/۳۳±۴/۳۷	۳۲/۲۷±۵/۷۸	امیدواری - دعا
۰/۲۳	۲۸/۷۳±۵/۰۳	۲۷/۱۳±۵/۹۱	۳۰/۱۳±۵/۱۲	
-	۰/۰۸	۰/۲۵	۰/۰۰۲	P-value**
<۰/۰۰۱	۲۶/۷۳±۵/۲۳	۲۵/۴۰±۴/۲۲	۱۷/۸۷±۶/۲۴	گفتگو با خود
۰/۴۰	۲۱/۸۷±۷/۵۰	۲۱/۵۳±۷/۲۸	۲۳/۸۷±۶/۱۲	
-	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۱	P-value**
<۰/۰۰۱	۲۳/۸۷±۵/۷۳	۲۱/۳۳±۳/۶۱	۱۳/۴۰±۵/۴۴	افزایش فعالیت
۰/۰۲	۱۴/۹۳±۹/۸۷	۱۰/۹۳±۸/۳۰	۱۴/۲۰±۸/۲۱	
-	۰/۰۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	P-value**

*آزمون آنالیز واریانس با داده‌های تکراری، **آزمون تی تست مستقل

جدول ۴. مقایسه میانگین متغیر خودکارآمدی درد در طی زمان در گروه‌های مورد مطالعه

P-value*	گروه			متغیر
	پی‌گیری Mean ± SD	پس‌آزمون Mean ± SD	پیش‌آزمون Mean ± SD	
<۰/۰۰۱	۵۱/۸۷±۷/۵۱	۴۷/۰±۹/۶۱	۳۳/۹۳±۱۳/۵۴	خودکارآمدی درد
۰/۰۰۶	۴۰/۴۰±۱۴/۰۸	۳۲/۶۰±۱۴/۷۵	۳۱/۰±۱۳/۸۴	
-	۰/۰۱	۰/۰۰۴	۰/۵۶	P-value**

*آزمون آنالیز واریانس با داده‌های تکراری، **آزمون تی تست مستقل

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری اثر معنی‌داری بر راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد در بیماران نورویپاتییک مزمن دارد که این یافته در راستای پژوهش Eccleston و همکاران می‌باشد که گزارش نمودند ارزیابی اطلاعات مرتبط با درد در پردازش شناختی آن و همچنین آموزش فنون حواس‌پررقی در کاربست درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به کاهش درد منجر شده و همچنین باعث شود که بیماران، نگرانی کم‌تری از درد داشته و به رویارویی فعال با آن مبادرت ورزند [۱۷،۹]. Dick و همکاران بر اساس تحقیق خود اظهار نمودند در مدیریت درد، راهبردهای مقابله‌ای فعال باعث افزایش توان فرد برای مقابله با درد شده و فرد ناتوانی کم‌تری را گزارش می‌کند [۱۷،۱۱،۱۰]. Sullivan و همکاران، Sullivan و همکاران اعلام نمودند که افکار فاجعه‌آمیز در مورد درد و سبک فاجعه‌آمیز گرایانه فکر با ادراک بیش‌تر درد، نگرانی نسبت به درد و احساس درماندگی و هدایت توجه نسبت به درد در ارتباط هستند. همچنین فاجعه‌آمیز ساختن درد با هیجان‌های منفی، جهت‌گیری منفی نسبت به خود و دنیا در ارتباط است [۱۷،۱۴،۱۳]. Rafiee و همکاران در پژوهش خود اظهار نمودند که درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی بیماران، کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد، کاهش شدت درد و بهبود راهبردهای مقابله با درد مؤثر است [۱۶]. Golchin و همکاران در مطالعه‌ای اعلام نمود که درمان‌گری شناختی- رفتاری از طریق تأثیرگذاری روی مؤلفه‌های زیستی، روانی، اجتماعی درد مزمن و تغییر دادن شناخت‌های ناسازگار باعث کاهش کم‌رود و به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و افزایش سبک‌های مقابله‌ای کارآمد می‌شود [۱۷]. Asghari و همکاران در پژوهش خود نقش غیر انطباقی راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی را در سازگاری با درد مزمن آشکار ساخت [۱۸]. Farshbaf Manei Sefat و همکاران در مطالعه‌ای گزارش نمودند درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتیزم درمانی در افزایش خودکارآمدی درد و کاهش شدت درد دختران با دیسمنوره اولیه اثربخش است [۱۹]. Issazadegan و همکاران در مطالعه‌ای گزارش نمودند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند همراه با مداخلات دارویی در میزان خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به سوء مصرف مواد اثرگذار باشد [۲۱]. Kamarzarin و همکاران در مطالعه‌ای اظهار نمودند که

درمان شناختی- رفتاری در افزایش خودکارآمدی و بهبود سلامت روان و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر مؤثر است [۲۲]. Ghamari givi و همکاران در پژوهشی گزارش نمودند که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رایانه یک روش درمانی عملی و مؤثر بر درمان اختلال افسردگی اساسی است [۲۳].

راهبردهای مقابله با دردها عنوان افکار و رفتارهای خاصی تعریف می‌شود که افراد از آن‌ها برای اداره‌ی درد یا واکنش‌های عاطفی خویش به درد استفاده می‌کنند. پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله‌ای، ادراک افراد از شدت درد و همچنین توانایی آن‌ها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در جلسات درمانی شناختی- رفتاری گروهی با ایجاد تغییر در شیوه‌های ناسازگارانه تفکر و احساسات در واقع بیماران توجه برگردانی، تفسیر مجدد از درد، نادیده انگاشتن درد، گفتگو با خود و ... را یاد می‌گیرند و با ایجاد تغییر در شیوه‌های رفتاری، بیماران، افزایش فعالیت را می‌آموزند. روش‌هایی چون الگودهی، کسب تجربیات موفقیت‌آمیز و تقویت اجتماعی از جمله روش‌های رایجی است که در برنامه‌های کنترل شناختی- رفتاری درد به کار گرفته می‌شود و نتایج مطالعات منتشر شده حاکی از تقویت باور به خودکارآمدی در میان بیماران است که در برنامه‌های درمانی شرکت داشته‌اند [۳]. بنابراین پذیرفتنی است که مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای فعال و خودکارآمدی درد در نتیجه درمان شناختی- رفتاری افزایش پیدا می‌کند.

به‌طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای فعال و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد نورویپاتییک مزمن را افزایش دهد و پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های دارویی افراد مبتلا به درد نورویپاتییک مزمن، به روش‌های درمان غیر دارویی از جمله درمان شناختی- رفتاری توجه ویژه نمایند. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی از جمله محدودیت در روایی بیرونی و ادامه روند مداخلات درمانی داشت.

تشکر و قدرانی

بدین وسیله از تمام اساتیدی که به شکلی در پیشبرد این پروژه همکاری داشتند به‌ویژه خانم دکتر خدیجه

[14] Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17: 52-64.

[15] Karamoozian M, Bagheri M, Darekordi A, Aminizadeh M. Impact of cognitive – behavioral Group therapy Stress Management Intervention on mental health and pain coping strategies breast cancer patients. *Iran Quart J Breast Dis* 2014; 7: 56-66. (Persian).

[16] Rafiee S, Sohrabi F, Shams J, Forough A. The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pars Jahrom Univ Med Sci* 2012; 10: 73-82. (Persian).

[17] Golchin N, Janbozorgi M, Alipour A, Agah-Heris M. The efficacy of cognitive behavioral therapy on using coping strategies and decreasing pain among females with chronic back pain. *J Fundament Mental Health* 2011; 13: 9-160. (Persian).

[18] Asghari M, Golak N. The roles of pain coping strategies in adjustment to chronic pain. *CPAP* 2005; 1: 1-23. (Persian).

[19] Farshbaf Manei Sefat F, Abolghasemi A, Barahmand U, Hajloo N. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and hypnosis therapy pain self-efficacy and pain severity in girls with primary dysmenorrhea. *Armaghane Danesh* 2017; 22: 87-103. (Persian).

[20] Ghazaie M, Tajikzadeh F, Sadeghi R, Ramezan Saatchi L. The comparison of pain perception, coping strategies with pain and self-efficacy of pain in athlete and non-athlete women. *J Fundament Mental Health* 2015; 17: 159-163. (Persian).

[21] Issazadegan A, Sheikhi S, Hafeznia M, Kargari B. The effectiveness of cognitive behavior therapy and pharmacological intervention in enhancing self-efficacy and on improving the quality of life of men with substance use. *J Urmia Univ Med Sci* 2015; 26: 74-80. (Persian).

[22] Kamarzarin H, Zaree H, Brouki MH. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on increasing of self-efficacy and improving of addiction symptoms among drug dependency patients. *Res Addic* 2012; 6: 75-85. (Persian).

[23] Ghamari givi H, Imani H, Agh A, Mohammadipour rik N, Mehrabadi S. Efficiency of computerized cognitive behavioral therapy versus clinical intervention for the treatment of major depression. *Koomesh* 2012; 13: 218-224. (Persian).

پناهنده و شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند و همین‌طور داوران عزیز که با نظرات خویش موجب افزایش کیفیت این مقاله شده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

[1] Carayannopoulos A. *Comprehensive pain management in the rehabilitation patient*. Springer 2017.

[2] Yong R.J, Nguyen M, Nelson E, urman RD. *Pain medicine*. Springer 2017.

[3] Otis JD. *Managing chronic pain: a cognitive behavioral therapy approach. Therapist guide*. Tehran Roshd 2007; 11-12. (Persian).

[4] Hamid N, Ramezan Sa'atchi L, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of cognitive-behavioral therapy on pain severity and mental health of women with chronic low back pain. *Clin Psychol Studies* 2013; 3: 96-113. (Persian).

[5] Moghaddam MA. *Pain and it's measurement: Study of new approach to pain psychology*. Tehran Roshd 2011; 21-210. (Persian).

[6] Udeagha CC. *Neuropathic Pain*. Croatia Intech; 2012; 1-4.

[7] Gatchel RJ, Turk DC. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. Tehran Roshd 1996; 201-221.

[8] Thorn BE. *Cognitive therapy for chronic pain: step-by-step guide*. Tehran Argmand 2005: 137-340.

[9] Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull* 1999; 125: 66-356.

[10] Dick DB, Rashid S. *Chronic low back pain: Review of treatment and standards*. *J Behav Anal Health Sports Fil Med* 2008; 1: 19-25.

[11] Carroll L, Mercado AC, Cassidy JD, Cjte PA. A population based study of factors associated with combinations of active and passive coping with neck and low back pain. *J Rehabil Med* 2002; 34: 67-72.

[12] Van Damme S, Crombez G, Eccleston C. Disengagement from pain: The role of catastrophic thinking about pain. *Pain* 2004; 107: 6-70.

[13] Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 32-524.

Effectiveness of group cognitive- behavioral therapy on pain coping strategies and pain self- efficacy in patients with chronic neuropathic pain

Masoumeh Dehestani (M.A)¹, Bahram Mirzaian (Ph.D)^{*1}, Payam Saadat (M.D)²

1- Dept. of clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R. Iran

2- Mobility Impairment Resea Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran

* Corresponding author. +98 11 33259528

bahrammirzaian@gmail.com

Received: 23 Oct 2017; Accepted: 3 Mar 2019

Introduction: Cognitive-behavioral therapy (CBT) is a treatment method based on evidence that emphasis on inefficient thoughts correction and maladaptive behavioral change. The objective was to investigate the effectiveness of CBT on perception and pain intensity in patients with chronic neuropathic pain.

Materials and Methods: This research of quasi-experimental was performed among 30 chronic neuropathic patients who referred to Rohani hospital of Babol (Iran) in two groups of 15 based on pretest- posttest design. The CBT was performed for the experimental group in 10 sessions, each week 1 session of 120 minutes. Participants were re-evaluated 45 days after the sessions, and pain coping strategies was evaluated according to diverting attention, reinterpretation of pain, catastrophizing, ignore of pain, prayer-hope, self-statement, increasing pain behaviour subscales and pain self-efficacy was also evaluated. Relatively, coping strategies questionnaire (Rosenstiel and Keefe) and pain self-efficacy questionnaire (Nicholas) were used in pretest, posttest and follow up in both experimental and control groups.

Results: This study showed that there was a significant difference between the subscales of pain coping strategies in the experimental and control groups in diverting attention ($P<0.001$), reinterpretation of pain ($P<0.001$), ignore of pain ($P=0.02$), self-statement ($P=0.04$), increasing of pain behaviour ($P<0.001$) and self-efficacy ($P=0.004$), but there was not a significant difference between the subscales of pain coping strategies in catastrophizing ($P>0.05$) and prayer-hope ($P>0.05$).

Conclusion: The present study showed the CBT could be considered as an effective intervention on pain coping strategies and pain self-efficacy in patients with chronic neuropathic pain.

Keywords: Chronic Pain, Cognitive Behavioral Therapy, Pain Coping Strategies, Group Psychotherapy, Self Efficacy