اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با درد غیرقلبی قفسه سینه

حدیث توکلی[1]، بهمن اکبری[2*]، ارسلان سالاری[3]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاداسلامی، رشت، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۳- دانشیار، گروه قلب و عروق، واحد رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

یافته / دوره ۲۲ / شماره ۲ / تابستان ۹۹ / مسلسل ۸۴

چکیده

دریافت مقاله: ۹۹/۱/۲۷ پذیرش مقاله: ۹۹/۳/۶

مقدمه: درد قفسه سینه غیر قلبی بسیار فراگیر و شکایت هشداردهنده است که افراد را به کلینیک‌های قلب و عروق هدایت می‌کند. اما در بسیاری از موارد علت جسمانی برای این دردها وجود ندارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با درد غیرقلبی قفسه سینه بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۴۰ بیمار بودند که به شکل هدفمند از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب دکتر حشمت رشت در سال ۱۳۹۶ انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به دو پرسش‌نامه استاندارد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پاسخ دادند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان ۹۰ دقیقه‌ای گروهی به شکل هفتگی قرار گرفتند و برای گروه کنترل هیچ مداخله درمانی صورت نگرفت. نتایج با آزمون t مستقل، تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در گروه آزمایش بر خلاف گروه کنترل، میانگین نمرات راهبردهای منفی شناختی تنظیم هیجان کاهش یافت ($F=18/16$, $p<0/001$). میانگین نمرات راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان ($F=4/76$, $p=0/014$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش یافت($F=30/82$, $p<0/001$)، این یافته ها در پیگیری نیز حفظ شده بود.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش با روش شناختی رفتاری بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روان‌شناختی در بیماران دارای درد قفسه سینه غیر قلبی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: درد غیرقلبی قفسه سینه، درمان شناختی رفتاری، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.

*آدرس مکاتبه: ، رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک: BAkbari44@yahoo.com

مقدمه

درد قفسه سینه شایع‌ترین دلیل مراجعه افراد به کلینیک‌های قلب و عروق است (۱). اما بیش از ۵۰٪ از بیمارانی که به دنبال درمان درد قفسه سینه هستند، مشکل قلبی ندارند (۲). در واقع، اغلب مدارک و شواهدی دال بر بیماری قلبی عروقی یافت نمی‌شود اما نشانه‌های نگران‌کننده و درد به طور مداوم وجود دارند، بنابراین درد غیرقلبی قفسه سینه با عوامل روان‌شناختی و فیزیولوژیکی متنوعی ممکن است در ارتباط باشد (۳). درد مزمن پدیده‌ای چند بعدی است که باعث نقص در سطوح عملکردی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی می‌شود (۴). اضطراب ابتلا به بیماری قلبی در بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی بسیار شایع است که منجر به چرخه بدخیم می‌شود زیرا باعث حفظ اضطراب و درد و جلوگیری ثانویه از فعالیت بدنی می‌شود (۵) و فرد درد را بیش از حد ارزیابی می‌کند. فاجعه‌آمیزکردن درد با هر دو نوع ناتوانی جسمی و روانی-اجتماعی همراه است (۶). فاجعه پنداری درد، سبک شناختی اسنادی را توصیف می‌کند که بر عملکرد درد اثر منفی دارد. این راهبرد انطباق ناسازگارانه، شامل سه بعد نشخوار ذهنی در ارتباط با درد، بزرگ‌نمایی درد و درماندگی در مواجهه با تجربیات زندگی است (۷). راهبردهای مقابله با هیجانات منفی دارای مفهوم وسیع و مؤلفه‌های متعدد شناختی و رفتاری است و به طورکلی مقابله به عنوان تلاش‌هایی به منظور افزایش تطابق فرد با محیط در شرایط فشارزا توصیف شده است (۸).

به نظر می‌رسد میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز در میزان مقابله با درد، به‌خصوص از نوع مزمن نقش دارد زیرا انعطاف‌پذیری شناختی فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار می‌کند (۹). پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که پذیرش درد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سازه‌های مهم درمانی در بهبود عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن هستند (۱۰). پریشانی روان-شناختی مانند جسمانی‌سازی، ترس از احساسات بدن، اضطراب از بیماری قلبی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی رایج است و این ممکن است منجر به افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی شود. انتخاب درمان مناسب برای بیماران با دردهای مزمن مانند دردهای غیرقلبی قفسه سینه بسیار حائز اهمیت است. بیماران نیاز به ارزیابی به شیوه‌ای دارند که بیماری را درک و درد مزمن خود را مدیریت کنند. این امر با استفاده از درمان شناختی رفتاری حاصل می‌شود (۱۱ و ۱۲). مطالعات زیادی اثرگذاری مثبت درمان شناختی رفتاری بر تعداد ضربان همراه با درد قفسه سینه، اجتناب از فعالیت، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی را گزارش داده‌اند (۱۳-۱۷) اما هم-چنان در مورد اثرگذاری این درمان بر مکانیسم‌های شناختی و مدیریت شدت درد در این بیماران نیاز به پژوهش‌های بالینی بیشتری است (۵، ۱۱، ۱۸). با توجه به این که علل روان‌شناختی خود ممکن است عامل ایجاد و تشدید دردهای قفسه سینه با منشأ غیرقلبی باشند و میزان مراجعه افراد مبتلا به درد قفسه سینه غیر قلبی به مراکز درمانی بسیار زیاد است و لازم است به این افراد کمک شود تا به شرایط خود آگاه شوند و در هزینه اقتصادی، وقت و انرژی نیز صرفه‌جویی گردد، بنابراین هدف این مطالعه بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف-پذیری روان‌شناختی بیماران با دردهای غیر قلبی قفسه سینه بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسه سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب دکتر حشمت رشت

در سال ۱۳۹۶ بودند که به شکل سرپایی تحت بررسی و درمان قرار می‌گرفتند. این افراد همگی ساکن شهر رشت بودند و طی مراجعات در طول سه ماه قبل از شروع این پژوهش از فهرست بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس و اکوکاردیوگرافی انتخاب گردیدند. تمام آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه انجام پژوهش را پر کردند. در یک جلسه توجیهی به تمام آزمودنی‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات خصوصی آنها کاملاً محرمانه است.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن ملاک درد مزمن در قفسه سینه برای حداقل شش ماه گذشته، نداشتن بیماری قلبی– عروقی، نبود هم زمان بیماری‌های مرتبط با ایجاد درد قفسه سینه مانند بیماری‌های گوارشی، اسکلتی و ریوی یا آسیب ناشی از ضربه، استفاده نکردن از هر نوع درمانی در خلال دوره مداخله

ملاک‌های خروج از پژوهش: تشخیص همبودی با اختلالات روان‌پزشکی با استفاده از مصاحبه تشخیصی، استفاده از روش‌های درمانی دیگر در طی پژوهش مانند درمان‌های روان‌شناختی دیگر و درمان‌های پزشکی، غیبت در جلسات آموزشی

آزمودنی‌ها: برای نمونه از فهرست ۶۰ نفری بیماران با دردهای غیر قلبی قفسه سینه، تعداد ۴۸ نفر دارای شاخص‌های ورودی و خروجی مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این افراد بر اساس تشخیص نهایی متخصصان بیماری‌های قلب، بیماری قلبی – عروقی نداشته و آزمایشات، آزمایش ورزش و اکوکاردیوگرافی نرمال داشتند. از این تعداد، ۸ نفر به دلیل نداشتن تمایل از روند پژوهش خارج شدند. در نهایت تعداد ۴۰ آزمودنی با رضایت کتبی و به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به‌طور تصادفی در دو گروه جاگذاری شدند (گروه آزمایش ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر). افراد گروه آزمایش به صورت گروهی تحت ۸ جلسه آموزش یک ساعت و نیم درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد در ابتدا (پیش آزمون)، پس از پایان جلسات (پس‌آزمون) و مجدداً سه ماه بعد (پیگیری) ارزیابی گردید. اطلاعات مورد نیاز توسط پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد. گروه کنترل به همه پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند ولی تحت هیچ روش درمانی قرار نگرفتند. خلاصه محتوای جلسات درمانی و فعالیت‌های انجام شده طبق روش کاسیو (۱۹) به شرح زیر است:

جلسه اول: خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات، قوانین اصلی گروه، تعداد جلسات و مدت زمان جلسه، بیان انتظارات از شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی.

جلسه دوم: تلاش برای اتحاد بین اعضای گروه برای شکستن مقاومت‌ها و خودفاش‌سازی، تکلیف منزل

جلسه سوم: تجزیه و تحلیل رخدادهای فعال‌کننده، باورها و واکنش‌های عاطفی، تکلیف منزل

جلسه چهارم: آموزش تنفس مؤثر و آرامش عضلانی، تکلیف منزل

جلسه پنجم: ایجاد تنوع، شکستن مقاومت‌ها و شروع تغییر در روند افکار، احساس و رفتار، تکلیف منزل

جلسه ششم: بحث در زمینه تحلیل عینی، تحلیل منطقی و تحلیل سودمندی در رابطه با رفتارهای ناسازگارانه، تکلیف منزل

جلسه هفتم: بحث در زمینه مهارت‌های اجتماعی از جمله ابراز وجود، مهارت‌های بین‌فردی و خودکنترلی، تکلیف منزل

جلسه هشتم: مروری بر جلسات گذشته، بحث در زمینه نقش اسناد در رفتارهای ناسازگار

ابزار

پرسش‌نامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان

در سال ۲۰۰۱ میلادی پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون در هلند تهیه شد (۲۰). ساختار این پرسش‌نامه چند بعدی است و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی به کار می‌رود. در مقایسه با پرسش‌نامه‌های دیگر مقابله‌گری که تفاوتی میان تفکرات و اعمال افراد قائل نیستند، این پرسش‌نامه منحصراً به تفکرات اشخاص بعد از تجارب منفی می‌پردازد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه دارای ۹ مؤلفه و ۳۶ ماده است. پاسخ‌های این پرسش‌نامه در پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، به ندرت ، هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. نمرات هر یک از مؤلفه‌ها ممکن است از ۴ تا ۲۰ نمره در نوسان باشد. نمره کل راهبردهای مثبت و منفی از مجموع مؤلفه‌های مرتبط با این راهبردها به دست می‌آید. گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۲ روایی و پایایی مناسبی را برای این پرسش‌نامه گزارش کردند (۲۱). ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ برای نوجوانان ، ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ برای جوانان، ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ در بزرگسالان، ۰/۷۶ تا ۰/۸۸ در افراد مسن و ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ در بیماران با اختلالات روانی گزارش شده است. در نمونه‌های ایرانی، یوسفی پایایی پرسش‌نامه در نمونه ای متشکل از آزمودنی‌های ۱۵ تا ۲۵ سال را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲گزارش کرده است (۲۲). امین آبادی و همکاران اعتبار پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۳).

این پرسش‌نامه توان ارزیابی سبک‌های شناختی عموم افراد و خصوصاً کسانی را که تجربه منفی داشته‌اند دارد. این پرسش‌نامه را می‌توان در گروه‌های سنی مختلف با تحصیلات متفاوت، بیماران روانی و افراد بهنجار اجرا نمود (۲۱).

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

این پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شد و شامل ۱۰ سؤال است. این پرسش‌نامه سازه‌ای است که به‌شکل کلی قادر به توضیح و اندازه‌گیری فقدان تحرک و تنوع، میزان پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. حداقل نمره به دست آمده در این پرسش‌نامه ۱۰ و حداکثر آن ۷۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است. بوند و همکاران وی پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ای را رضایت‌بخش گزارش کردند. میانگین نمرات ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۴). این پرسش‌نامه در ایران ترجمه و اعتبارسنجی شد. پایایی این پرسش‌نامه ۰/۷۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۵).

تحلیل آماری

برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های آماری تی دو گروه مستقل، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سه ماه بعد پیگیری از نمونه‌ها انجام شد و داده‌های آماری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ بیانگر اطلاعات جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل است. نتایج مقایسه میانگین سنی دو گروه از آزمون تی دو گروه مستقل، نشان داد که بین دو گروه از لحاظ سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هم‌چنین نتایج تحلیل کای دو نشان داد که بین دو گروه از لحاظ جنسیت و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

برای انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش فرض‌های آزمون بررسی گردید. ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو- ویلک بررسی و تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون لوین نیز در تساوی واریانس‌های نمرات راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسه سینه در دو گروه حاکی از برقراری این پیش‌فرض بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ درج شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه در دو گروه آزمایش و کنترل (n=۴۰)

	گروه درمان شناختی رفتاری (تعداد=۲۰)	گروه کنترل (تعداد=۲۰)	سطح معنی‌داری
جنسیت			
زن	(٪۶۰)۱۲	(٪۵۵)۱۱	۰/۱۰۲X2=
مرد	۸ (٪۴۰)	۹ (٪۴۵)	۰/۷۴۹P=
سن (میانگین سال±انحراف معیار)	۳۹ ± ۶/۷۷	۳۵ ± ۶/۲۱	,۳۸ , df=۲/۰۲t= ۰/۰۵۱ p=
سطح تحصیلات			
زیر دیپلم	۰ (٪۰)	۲ (٪۱۰)	۲/۲۵۰X2=
دیپلم	۹ (٪۴۵)	۷ (٪۳۵)	۰/۳۲۵P=
تحصیلات دانشگاهی	(٪۵۵)۱۱	(٪۵۵)۱۱	

P≤۰/۰۵

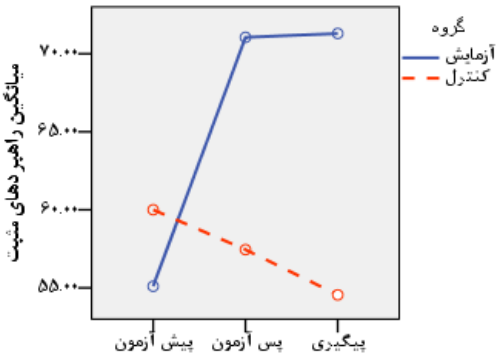
جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش آزمون انحراف معیار±میانگین	پس آزمون انحراف معیار±میانگین	پیگیری انحراف معیار±میانگین	نتیجه آزمون F	نتیجه آزمون Sig	مجذور اتا
راهبردهای شناختی مثبت	آزمایش	۵۵/۱۰±۱۲/۸۰	۷۱/۰۵±۵/۵۴	۷۱/۳۰±۵/۰۱	۴/۷۶	۰/۰۱۴	۰/۲۰
	کنترل	۶۰/۰۰±۹/۴۸	۵۷/۴۵±۹/۷۰	۵۴/۵۵±۹/۷۰			
راهبردهای شناختی منفی	آزمایش	۵۲/۰۵±۸/۶۸	۳۵/۵۰±۳/۷۵	۳۶/۰۵±۳/۰۳	۱۸/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۹
	کنترل	۴۹/۱۵±۷/۳۵	۴۹/۳۵±۷/۳۶	۴۹/۶۵±۵/۴۸			
انعطاف‌پذیری روان-شناختی	آزمایش	۳۴/۹۰±۳/۲۷	۴۵/۳۵±۵/۰۴	۴۴/۰۵±۵/۶۲	۳۰/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
	کنترل	۳۴/۰۵±۴/۳۷	۳۴/۵۰±۲/۵۴	۳۳/۹۵±۲/۴۶			

مجذور اتا: میزان تأثیر مداخله

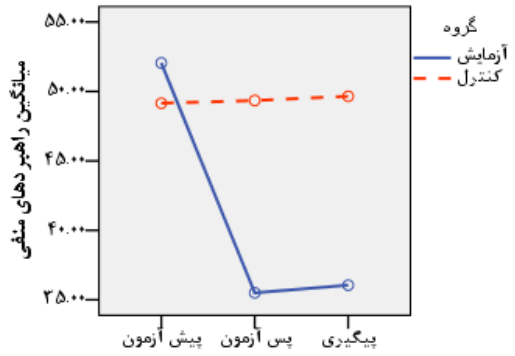
نتایج جدول ۲ بیانگر این است که میانگین نمره راهبردهای شناختی منفی کاهش و در مقابل میانگین نمره راهبردهای شناختی مثبت و هم‌چنین مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش افزایش داشت. نمودارهای ۱-۳ مؤید این مطلب است. بر اساس نتایج این جدول، میانگین نمرات پیش‌آزمون «راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان» بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسه سینه در گروه آزمایش از ۵۵/۱۰ در مرحله پس‌آزمون به ۷۱/۰۵ افزایش یافت و در مرحله پیگیری به ۷۱/۳۰ تغییر یافته بود (p<۰/۰۵). اما در گروه کنترل شاهد کاهش میانگین بودیم، نمودار ۱ گویای این مطلب است. میانگین نمرات پیش‌آزمون «راهبردهای منفی شناختی تنظیم هیجان» بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسه سینه در گروه آزمایش از ۵۲/۰۵ در مرحله پس‌آزمون به ۳۵/۵۰ کاهش یافت و در مرحله پیگیری افزایش اندکی داشت (p<۰/۰۰۱) اما در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر بود، نمودار ۲ نشانگر این مسأله است. میانگین نمرات پیش‌آزمون «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی»

شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش نیز از ۳۴/۹۰ در مرحله پس‌آزمون به ۴۵/۳۵ افزایش یافت. در مرحله پیگیری با اندکی کاهش به ۴۴/۰۵ تغییر یافته بود (p<۰/۰۰۱) اما در گروه کنترل تغییر قابل ملاحظه و معنی‌داری مشاهده نشد، نمودار ۳ بیانگر این موضوع است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این متغیرها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بر اثر درمان شناختی رفتاری در راهبردهای شناختی مثبت (F =۴/۷۶ , p<۰/۰۵)، راهبردهای شناختی منفی (F =۱۸/۱۶ , p<۰/۰۰۱) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (F =۳۰/۸۲ , p<۰/۰۰۱) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود دارد.



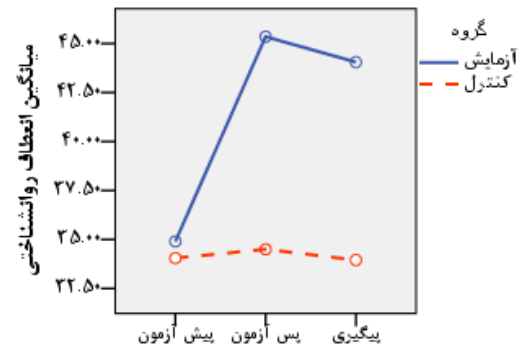
نمودار ۱. میانگین نمره راهبردهای شناختی مثبت در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات راهبردهای شناختی مثبت دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شده است. مطابق نمودار فوق، میانگین نمرات راهبردهای شناختی مثبت گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشت و این افزایش در مرحله پیگیری هم تداوم داشت. در حالی که میانگین راهبردهای شناختی مثبت گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است.



نمودار ۲. میانگین نمره راهبردهای شناختی منفی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

نمودار ۲ بیانگر این است که میانگین نمره راهبردهای شناختی منفی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است و این کاهش در مرحله پیگیری ادامه یافته است. در مقابل میانگین نمره راهبردهای شناختی منفی گروه کنترل در هر سه مرحله مطالعه تغییرات قابل ملاحظه نداشته است.



نمودار ۳. میانگین نمره انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

نمودار ۳ نشان می‌دهد میانگین نمره انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشت و این افزایش در مرحله پیگیری هم تداوم داشت. اما میانگین نمره انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه کنترل در هر سه مرحله مطالعه تقریباً بدون تغییر بود.

در مرحله بعد آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی بین میانگین مراحل در هر متغیر در گروه آزمایش انجام شد و نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌گردد. نتیجه آزمون تقیبی بونفرونی در جدول ۳ برای گروه آزمایش نشان داد در تمامی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵)، و در مراحل پس آزمون – پیگیری راهبردهای شناختی مثبت (p=۱/۰۰)، راهبردهای شناختی منفی (p=۱/۰۰) و انعطاف پذیری روانشناختی (p=۰/۰۵۴)، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۳. مقایسه جفتی میانگین مراحل در متغیرهای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه آزمایش

متغیر	عامل I	عامل J	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
راهبردهای شناختی مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	-*۶/۷۰	۲/۱۴	۰/۰۱
		پیگیری	-*۵/۳۷	۲/۱۴	۰/۰۴۹
	پس آزمون	پیگیری	۱/۳۲	۱/۴۴	۱/۰۰
راهبردهای شناختی منفی	پیش آزمون	پس آزمون	*۸/۱۷	۱/۴۲	<۰/۰۰۱
		پیگیری	*۷/۷۵	۱/۴۶	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۲	۱/۱۹	۱/۰۰
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	-*۵/۴۵	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-*۴/۵۲	۰/۸۰	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۲	۰/۳۷	۰/۰۵۴

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با درد غیرقلبی قفسه سینه بود که یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون مقیاس راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین پس از اجرای روش درمانی شناختی-رفتاری به شیوه گروهی در هشت جلسه، میانگین نمرات راهبردهای شناختی منفی در گروه آزمایش کاهش و راهبردهای شناختی مثبت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در این گروه افزایش داشت. در مقابل در گروه کنترل، میانگین نمرات راهبردهای شناختی مثبت کاهش یافت و میانگین نمرات راهبردهای شناختی منفی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تغییر قابل ملاحظه‌ای نشان نداد. البته این تفاوت معنی‌دار در گروه آزمایش، طی پیگیری سه ماه بعد نیز تداوم یافت و بیانگر این موضوع است که روش درمانی شناختی-رفتاری به شیوه گروهی در تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران با دردهای غیر قلبی قفسه سینه مؤثر است.

هم راستای یافته‌ها و نتایج پژوهش حاضر می‌توان به پژوهشی اشاره کرد که ویلکسون و همکاران در سال ۲۰۱۹ به بررسی این موضوع پرداختند که آیا درمان شناختی رفتاری برای بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه مراجعه‌کننده به بخش اورژانس کارآمد است؟ یافته‌های پژوهش آنها با کاهش ۵۹ درصدی در پذیرش بیماران به بخش اورژانس و ۶۹ درصد صرفه‌جویی در هزینه‌ها همراه بود (۲۶). در مطالعه دیگری، حیدری و همکاران مداخله‌ای بر بیماران با دردهای غیر قلبی قفسه سینه انجام دادند و نتایج بیانگر این بود که در بیماران با دردهای غیر قلبی قفسه سینه پس از مداخله درمان شناختی رفتاری، میانگین نمرات مقیاس نشخوار فکری کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر خلاف گروه کنترل افزایش

یافت و این برتری در پیگیری دو ماه بعد نیز حفظ شده بود (۲۷). کمپبل و همکاران گزارش دادند که مداخلات شناختی - رفتاری با پرداختن به شناخت‌های ناسازگار در مورد علائم جسمی، به بیماران مبتلا به درد غیر قلبی قفسه سینه کمک می‌کند تا علت درد در قفسه سینه خود را تغییر دهند و اضطراب همراه با علائم خود را کاهش دهند و هم‌چنین این درمان در هدف قرار دادن سوء تفسیر علائم جسمی جزئی به عنوان نشانه بیماری جدی-تر مؤثر است (۱۸).

در تبیین می‌توان گفت با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین شیوه‌ای که با آن بیماران درد قفسه سینه خود را درک و تفسیر می‌کنند بر بهبود بیماری و نحوه عملکرد آنها تأثیر می‌گذارد. اگر بیمار درد حاد خود را به عنوان درد با خطر کم در نظر بگیرد، فعالیت‌های روزانه روی آن تأثیری نخواهد داشت. در مقابل، اگر دچار درد مزمن و یا شدید شود که موجب ترس مربوط به درد و رفتار ایمنی از جمله اجتناب شود، ممکن است چرخه معیوبی ایجاد شود (۲۸). فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه به عنوان تهدید زیاد تفسیر می‌شود و تمایل به افزایش حس درد و احساس بی نظمی و ناتوان کننده در افکار مربوط به درد وجود دارد. فاجعه‌آمیز کردن درد با هر دو ناتوانی جسمی و روانی-اجتماعی همراه است (۶). بیماران مبتلا به دردهای غیر قلبی قفسه سینه به دنبال راهی برای کنترل و اجتناب از درد هستند زیرا درد باعث اضطراب و نگرانی از مرگ قریب الوقوع در آنها می‌شود. از آن‌جایی که درد غیرقلبی قفسه سینه در گروهی از بیماران جنبه روان‌شناختی دارد و این افراد در رابطه با ذهن آگاهی ضعیف‌تر عمل می‌کنند، لذا در تنظیم هیجانات خود مشکل داشته، درد را به شکل اغراق‌آمیزی ارزیابی می‌نمایند (۵). پژوهش‌هایی در سال‌های اخیر نقش ویژه انعطاف‌پذیری و نقطه مقابل آن انعطاف‌ناپذیری روان-شناختی را در پیش‌بینی پیامدهای مربوط به درد مانند مشکلات هیجانی (۲۹) و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده‌اند (۳۰). بیمارانی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتری دارند، بر باورهای اغراق آمیز خود در مورد درد تأکید دارند و این مسئله سبب ایجاد احساس فقدان کنترل شرایط در آنها می‌شود (۳۱). بیماران باید نحوه درک و رسیدگی به درد قفسه سینه خود را ارزیابی کنند. این امر با استفاده از درمان شناختی رفتاری حاصل می‌شود (۱۲). مداخله شناختی رفتاری شامل چندین راهبرد مانند آموزش تنفس، تمرین آرامش، آزمایش‌های رفتاری، مدیریت استرس و اضطراب و تغییر ساختار شناختی است. هدف اصلی این مداخله اصلاح باورهای غلط در مورد علائم جسمی و کاهش افکار فاجعه‌آمیز در مورد درد قفسه سینه است (۶).

در طول درمان شناختی رفتاری، تکنیک‌های حل مسئله به بیماران کمک می‌کند که کارآمدی خود را افزایش دهند. هم‌چنین بازسازی شناختی مستلزم تشخیص شناخت‌های ناسازگار جاری است که بیمار با آن‌ها درگیر بوده و اصلاح افکار به منظور جایگزین کردن شناخت و افکار سازگارانه است. از طریق تمرینات بازسازی شناختی، بیماران به طور فزاینده‌ای در شناخت این که تفسیرهای آنها از بیماری موجب تحریک درد در جهت مثبت و منفی می‌شوند، مهارت کسب می‌کنند (۳۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران پس از انجام این درمان، به‌طور قابل توجهی ترس خود را از انجام فعالیت بدنی (به باور آنها باعث شروع درد قفسه سینه در آنان می‌شد) از دست دادند. افسردگی در این بیماران به میزان قابل توجهی بهبود یافت، هم‌چنین احساس مرگ در این بیماران به‌طرز چشمگیری از بین رفت (۳۳). به نظر می-رسد درمان شناختی رفتاری یکی از مؤثرترین درمان‌های روان‌شناختی برای درد غیر قلبی قفسه سینه است (۱۸).

درد قفسه سینه غیر قلبی شایع، مختل‌کننده و همراه با استفاده از مراقبت‌های بهداشتی بالا است (۳۴). از آنجا که علت این عارضه معمولاً روان‌شناختی است و از سوءتعبیر علائم هیجانی، چرخه‌های معیوب خاص و باور به بدکارکردی قلب نشأت می‌گیرد، اکثر افراد مبتلا به این بیماری از جنبه روان‌شناختی آن اطلاعی ندارند و در پی درد به مراکز درمانی جسمی مراجعه می‌کنند و این فقدان هشیاری سبب تکرار چرخه معیوب درمان می‌گردد که منجر به اتلاف وقت و صرف هزینه‌های گزاف و انرژی می‌شود.

محدودیت این پژوهش، بررسی نشدن شدت درد بیماران بر اساس مدت درد بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این موضوع در نظر گرفته شود. متخصصان حوزه سلامت با استفاده از روش درمانی حاضر می‌توانند در راستای درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد غیرقلبی قفسه سینه گامی مفید بردارند. کارگاه‌های آموزشی این روش درمانی به تغییر ساختار فکر و روش مواجهه افراد با بیماری کمک می‌کند و در نهایت باعث افزایش توان‌مندی آنها از نظر انعطاف روان‌شناختی در برخورد با موقعیت‌های هیجانی می‌شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و کارکنان و معاونت درمان بیمارستان قلب دکتر حشمت رشت که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Nicholson A, Fuhrer R, Marmot M. Psychological distress as a predictor of CHD events in men: the effect of persistence and components of risk. Psychosom Med 2005; 67(4):522-30.
2. Mourad Gh. Improving care for patients with non-cardiac chest pain: Description of psychological distress and costs, and evaluation of an Internet-delivered intervention. Linköping: Linköping University Electronic Press 2015: p. 84
3. Schroeder S, Achenbach S, Korber S, Nowy K, Zwaan M, Martin A. Cognitive Perceptual Factors in Noncardiac Chest Pain and Cardiac Chest Pain. PMJ 2012; 74(2):861-8.
4. Johnson MI. The Landscape of Chronic Pain: Broader Perspectives. Medicina (Kaunas) 2019; 55(5):182-201. doi: 10.3390/medicina55050182. PMID: 31117297; PMCID: PMC6572619.
5. Mourad G, Strömberg A, Jonsbu E, Gustafsson M, Johansson P, Jaarsma T. Guided Internet-delivered cognitive behavioural therapy in patients with non-cardiac chest pain - a pilot randomized controlled study. Trials 2016; 17(1):352-64. doi:10.1186/s13063-016-1491-1
6. Shelby RA, Somers TJ, Keefe FJ, et al. Pain catastrophizing in patients with non-cardiac chest pain: relationships with pain, anxiety, and disability. Psychosom Med 2009; 71(8):861–8. doi:10.1097/PSY.0b013e3181b49584.
7. Baranoff J, Hanrahan SJ, Kapur D, Connor JP. Acceptance as a process variable in relation to in catastrophizing multidisciplinary pain treatment. Eur J Pain 2013; 17(1):101-10. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00165.x.
8. Seldenrijk AD, Hamer MA, Avijit LA, Brenda PE, Steptoe AN. Psychological distress, cortisol stress response and subclinical coronary calcification. J Psychoneuroendocrinology 2012; 37(1):48-55.
9. Dickstein DP, Nelson EE, McClure EB, Grimley ME, Knopf L, Brotman MA, Rich BA, Pine DS, Leibenluft E. Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(3):341-55. doi: 10.1097/chi.0b013e31802d0b3d.
10. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance of chronic pain. Curr Pain Headache Rep 2006; 10(2):90-4.
11. Mourad G, Jaarsma T, Strömberg A, Svensson E, Johansson P. The associations between psychological distress and healthcare use in patients with non-cardiac chest pain: does a history of cardiac disease matter? BMC Psychiatry 2018; 18(1):172-82 doi: 10.1186/s12888-018-1689-8. PMID: 29866125; PMCID: PMC5987660.
12. Beck AT, Dozois DJ. Cognitive therapy: current status and future directions. Annu Rev Med 2011; 62:397–409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032.
13. Klimes I, Mayou RA, Pearce MJ, Coles L, Fagg JR. Psychological treatment for atypical non- cardiac chest pain: a controlled evaluation. Psychol Med 1990;

20:605–11. doi: 10.1017/S0033291700017116.
14. Mayou RA, Bryant BM, Sanders D, Bass C, Klimes I, Forfar C. A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. Psychol Med 1997; 27:1021–31. doi: 10.1017/S0033291797005254.
15. Van Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, van Rood Y, van der Does JW, Bruschke AV, Rooijmans HG. Cognitive-behavioural therapy for noncardiac chest pain: a randomized trial. Am J Med 1999; 106:424-9.
16. Esler JL, Bock BC. Psychological treatments for noncardiac chest pain: recommendations for a new approach. J Psychosom Res 2004; 56:263–9. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00515-4.
17. Chambers JB, Marks EM, Hunter MS. The head says yes but the heart says no: what is non-cardiac chest pain and how is it managed? Heart 2015; 101:1240–9. doi: 10.1136/heartjnl-2014-306277.
18. Campbell KA, Madva EN, Villegas AC, et al. Non-cardiac Chest Pain: A Review for the Consultation-Liaison Psychiatrist. Psychosomatics 2017; 58(3):252–265. doi:10.1016/j.psym.2016.12.003doi:10.1016/j.psym.2016.12.003
19. Cosio D. Replication of a cognitive behavioral therapy for chronic pain group protocol by therapists in training. Postgrad Med 2015; 127(2):242-50. doi: 10.1080/00325481.2015.1000230.
20. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences 2001; 30: 1311–1327.
21. Garnefski N, Kommer T, Kraaij V, Teerds J. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. Eur J Personal 2002; 16:403–420. doi: 10.1002/per.458.
22. Yusefi F. Casual Pattern of Emotional Intelligence Cognitive Development, Cognitive Emotion Regulation and General Health. PhD Thesis of Educational Psychology, Shiraz University, Shiraz 2003. (In persian)
23. Aminabadi Z, Dehghani M, Khodapanahi MK. Factor structure and validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire". International Journal of Behavioral Sciences 2011; 5(4): 365-371. (In persian)
24. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther 2011; 42(4): 676-88.
25. Imani M. Investigating the Structural Factor of Psychologica Flexibility Questionnaire in Students. Journal of Learning and Education Studies 2016; 8(1): 181-62. (In persian)

26. Wilkinson M, Venning A, Redpath P, Ly M, Brown S, Battersby M. Can low intensity cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain presentations to an emergency department be efficacious? A pilot study. Aust Psychol 2019; 1– 8.
27. Heidari F, Asgari P, Heidari AR, Pasha R, Makvandi B. The Effects of Cognitive-Behavioral herapy on Psychological Flexibility and Rumination in Patients with Non-Cardiac Chest Pains. Community Health journal 2018; 12(1): 30-40. (Farsi)
28. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. J Behav Med 2007; 30:77–94. doi: 10.1007/s10865-006-9085-0.
29. McCracken LM & GutiérrezMartínez O. "Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy". Behaviour Research and Therapy 2011; 49, 267-274.
30. Kratz AL, Davis MC & Zautra AJ. "Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients". Annals of Behavioral Medicine 2007; 33, 291–301.
31. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. Phys Ther 2011; 91(5):700-11. doi: 10.2522/ptj.20100330.
32. Hoffman, BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychol 2007; 26(1):1–9.
33. Jonsbu E, Dammen T, Morken G, Moum T, Martinsen EW. Short-term cognitive behavioral therapy for non-cardiac chest pain and benign palpitations: a randomized controlled trial. J Psychosom Res 2011; 70: 117–123.
34. Israel JI, White KS, Farmer CC, Pardue, CM, & Gervino EV. Heart-Focused Anxiety in Patients with Non-cardiac Chest Pain: Structure and Validity. Assessment 2017; 24(1): 95-103.

Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Flexibility in Patients with Non-Cardiac Chest Pain

Tavakoli H[1], Akbari B[2*], Salari A[3]

1. PhD Student in Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2. Associate professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran, BAkbari44@yahoo.com.

3. Associate Professor, Department of Cardiovascular, Rasht Branch, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Received: April. 15, 2020 **Accepted**: May. 26, 2020

Abstract

***Background*:** Non-cardiac chest pain is very pervasive and an alarming complaint that leads people to cardiovascular clinics. However, in many cases there is no physical cause for these pains. The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on cognitive emotion regulation strategies and psychological flexibility in patients with non-cardiac chest pain.

Materials and Methods: This was a semi- experimental study with pre-test, post-test, and follows with the control group three months later. The 40 samples were selected by targeted sampling of patients that referred to the Dr. Heshmat's heart hospital in Rasht, and randomly divided into two groups. Participants responded to two questionnaires: Cognitive Emotion Regulation and Psychological Flexibility. The experimental group received 8 sessions of 90 minutes of cognitive-behavioral therapy weekly and there was no intervention for control group. After collecting data, results were analyzed by independent t test, Two-way analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test.

Results: The results showed that in the experimental group, in contrast to the control group, the mean scores of negative cognitive emotion regulation strategies decrease ($F=18.16$, $p< 0.001$). Positive cognitive emotion regulation strategies ($F=4.76$, $p< 0.05$) and psychological flexibility increased ($F=30.82$, $p< 0.001$). This result was maintained at follow-up.

Conclusion: Training by cognitive-behavioral therapy is effective on cognitive emotion regulation strategies and psychological flexibility in patients with non-cardiac chest pain.

Keywords: Non-cardiac chest pain, Cognitive behavioral therapy, Cognitive emotion regulation, Psychological flexibility.

Citation: Tavakoli H, Akbari B, Salari A. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Flexibility in Patients with Non-Cardiac Chest Pain. Yafte. 2020; 22(2):131-143.