مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۳۹۸، دوره ۲۱، صفحه ۶۶-۶۱

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر ادراک و شدت درد در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن

معصومه دهستانی (MA)[1]، بهرام میرزائیان (PhD)[1*]، پیام سعادت (MD)[2]

۱-گروه روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲-مرکز تحقیقات اختلال حرکت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

دریافت: ۹۷/۶/۱۰، اصلاح: ۹۷/۸/۲۶، پذیرش: ۹۷/۱۱/۱۴

خلاصه

سابقه و هدف: تجربه درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد، بیانگر شدت درد و سبک عاطفی آن بیانگر ادراک درد می باشد. از آنجائیکه درمان شناختی-رفتاری، یک روش درمانی مبتنی بر شواهد بوده و بر اصلاح فرآیندهای فکری ناکارآمد و تغییر رفتارهای ناسازگارانه تأکید دارد، لذا این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر ادراک و شدت درد در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه شبه کارآزمای بالینی بر روی ۳۰ نفر از بیماران نوروپاتیک مزمن مراجعه کننده به بیمارستان روحانی شهر بابل در دو گروه ۱۵نفری آزمایش و کنترل انجام شد. درمان شناختی-رفتاری گروهی در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد. شرکت کنندگان قبل و ۴۵روز پس از اتمام جلسات مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و ادراک درد با مؤلفه‌های باور به استمرار درد در آینده، خود ملامتگری، ثبات درد در زمان حال، اسرار آمیزی درد و نیز شدت درد ارزیابی شدند. نمره قابل کسب از پرسشنامه باورها و ادراک درد ۳۰ تا ۳۰- و پرسشنامه شدت درد از صفر تا ۶ می‌باشد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌ی کل ادراک درد (۸/۸۷±۷/۴۰- در مقابل ۱/۹۳±۶/۳۰) (p=۰/۰۰۱) و خرده مقیاس‌های باور به استمرار درد در آینده (۴/۱۳±۱/۷۶- در مقابل ۰/۹۳±۳/۳۰) (p=۰/۰۴)، باور به ثبات درد در آینده (۲/۱۳±۳/۵۰- در مقابل ۰/۸۰±۳/۱۶) (p=۰/۰۴)، اسرار آمیزی درد (۲/۷۳±۳/۶۷- در مقابل ۱/۳۳±۳/۹۵) (p=۰/۰۰۳) و نیز شدت درد (۲/۱۹±۱/۲۸ در مقابل ۳/۶۴±۱/۲۷) (p=۰/۰۰۳) نشان داد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله اثربخش بر کاهش ادراک و شدت درد در بیماران نوروپاتیک مزمن باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری گروهی، ادراک درد، شدت درد، نوروپاتیک مزمن.

مقدمه

اگر چه درد معمولاً یک تجربه گذرا می باشد، اما برای برخی از مردم درد از گذشته ها 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 همه گیرشناسی 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 بوده و به عنوان یک مشکل قابل توجه در این جامعه است (۳). درد معمولاً به عنوان تجربه ای حسی و هیجانی تعریف می‌شود که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است (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 طول انجامد(۲). داده‌های جدید نشان دادند که درد طولانی مدت با تغییرات عملکردی و ساختاری مغز ارتباط دارد (۴). درد نوروپاتیک وضعیت‌های تحلیل برنده 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 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). ادراک درد آستانه شناخت یا آگاهی از درد است امّا تغییرات و نوسانات زیادی در ادراک درد در بین افراد و یا حتی در یک فرد در مقاطع زمانی متفاوت وجود دارد، این نوسانات می‌توانند بر اساس پیچیدگی‌های موجود در سازوکارهای ایجاد کننده درد و برخی عوامل روانی تفسیر گردند (۷). تجربه درد از

▣ این مقاله حاصل پایان نامه معصومه دهستانی دانشجو رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر بهرام میرزائیان
آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، گروه روانشناسی بالینی. تلفن: ۰۱۱-۳۳۰۳۲۸۹۱
E-mail: bahrammirzaian@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.61]

دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد، بیانگر شدت درد است (۲). درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy=CBT)، براین 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 لذت بخش در زندگی شان است (۱). Moss Morris و همکاران به نقش حمایتی درمان شناختی- رفتاری در سندرم خستگی مزمن اشاره کردند و براهمیت ادراک بیماران از بیماری در پایدار شدن اختلال اشاره داشتند (۹). Hewlet و همکاران در مطالعه‌ای گزارش نمودند که درمان شناختی—رفتاری گروهی برای خود کنترلی خستگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موجب بهبود تأثیرات خستگی، مقابله، شدت خستگی ادراک شده و بهزیستی می‌شود (۱۰).Homzehpour Haghighi و همکاران در پژوهش خود به تأثیر معنی دار درمان شناختی-رفتاری بر ادراک بیماری و ادراک درد اشاره کردند (۷). Kolivand و همکاران گزارش نمودند که درمان شناختی—رفتاری برکاهش شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است (۱۱). Sadoughi و همکاران در پژوهش اثربخشی روش درمان شناختی-رفتاری را در کاهش سردرد تنشی مزمن اعلام نمودند در پژوهش Sadoughi و همکاران میانگین شدت درد نسبت به پژوهش حاضر کمتر است (۱۲). با توجه به اینکه در کشورمان درد یک 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 نوروپاتیک مزمن لازم است اثربخشی سایر مداخلات غیردارویی برکاهش 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 درباره بسیاری از مشکلات روانشناختی اثر بخش است و در واقع این مدل نیمه آزمایشی جزء طرح‌های بالینی پر کاربرد است. تاکنون تأثیرات مراقبه، آموزش آرمیدگی و ... در مورد کاهش درد انجام شده است و کمتر مطالعه‌ای به تأثیر CBT بر درد بیماران نوروپاتیک مزمن پرداخته است. لذا این مطالعه با استفاده از رویکرد درمان شناختی-رفتاری (CBT) بمنظور بررسی تأثیر مداخله‌ی رویکرد درمانی شناختی-رفتاری بر ادراک درد و شدت درد در بیماران نوروپاتیک مزمن در شهر بابل انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه شبه کارآزمایی بالینی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.۱۳۹۶.۷۳ و شماره ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT ۲۰۱۸۰۶۰۷۰۴۰۰۰۱N۱ بر روی ۳۰ نفر از بیماران نوروپاتیک مزمن مراجعه کننده به بیمارستان روحانی شهر بابل در سال ۱۳۹۶ انجام شد. به اعتقاد Bieling و همکاران در درمان شناختی رفتاری گروهی می‌توان تعداد شرکت کنندگان برای هر گروه را بین ۵ تا ۲۰ نفر در نظر گرفت (۱۳). در این مطالعه ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به نوروپاتیک 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. افراد در صورت ابتلا به درد مزمن نوروپاتیک با تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب براساس معاینه بالینی، نوار عصب-عضله، MRI ستون فقرات (۱۴و۱۵)، عدم ابتلا به اختلال روانی شدید (نظیر سایکوز، دوقطبی، اختلال شخصیت و ...) و بیماری‌های جسمانی دیگر، دامنه سنی ۶۰-۲۰ سال، سطح تحصیلات مقطع متوسطه و بالاتر، عدم شرکت در کلاسهای آموزشی و درمانی دیگر بطور همزمان، داشتن رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند و غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و 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 جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (۱۶)، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش در یک مطب خصوصی توسط ۲ نفر (یک متخصص روانشناسی و یکنفر کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی) اجرا شد (جدول ۱). شرکت کنندگان قبل و ۴۵ روز پس از اتمام جلسات مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش و کنترل بعد از پایان جلسات درمان گروه آزمایش، پرسشنامه های ادراک درد و شدت درد را پاسخ دادند (پیگیری اول). چهل و پنج روز بعد از پایان جلسات درمان، مجدداً گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه های ادراک درد و شدت درد را پاسخ دادند (پیگیری دوم).

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

جلسات	شرح مختصر جلسات
یکم	ارتباط بین استرس—درد—ارزیابی
دوم	شناسایی افکار خودکار معرفی افکار خود کار و تصاویر ذهنی
سوم	ارزیابی افکار خودکار
چهارم	به چالش کشیدن افکار منفی تحریف شده ایجاد پاسخ‌های واقع گرایانه جایگزین
پنجم	شناسایی نظام باورهای بنیادین به چالش کشیدن باورهای منفی و تحریف شده و ایجاد باورهای جدید
ششم	باورهای واسطه‌ای و هسته‌ای مرتبط با درد به چالش کشیدن باورهای منفی و تحریف شده مرتبط با درد و ایجاد باورهای جدید
هفتم	ساختن و به کاربردن خودگویی‌های مقابله‌ای مثبت معرفی کارت‌های مقابله‌ای
هشتم	یادگیری و تمرین افشای هیجانی به صورت نوشتاری
نهم	فراگیری ارتباط جرأت ورزانه برنامه‌ریزی یک ارتباط جرأت ورزانه
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

پرسشنامه باورها و ادراک‌های درد: این پرسشنامه ۱۵ سؤالی شامل چهار عامل باور به استمرار درد در آینده، باور به ثبات درد در زمان حال، اسرار آمیزی درد و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.61]

خودملامتگری می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب از این پرسشنامه از ۳۰ تا ۳۰- می‌باشد(۱۷). در پژوهش Asghari moghaddam و همکاران ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه باورها و ادراک‌های درد در میان نمونه‌ای متشکل از ۲۳۲ بیمار مبتلا به دردهای سرطانی تایید شده است(۳). در مطالعه Williams و همکاران اعتبار پرسشنامه باورها و ادراک‌های درد را در یک جمعیت مبتلا به درد مزمن غیرسرطانی بررسی و تأیید شد(۱۷). در پژوهش Nannally و همکاران ضرایب همسانی درونی چهار عامل پرسشنامه بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ متغیر بود (۱۸).

پرسشنامه چند وجهی درد: این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده و ۱۲ عامل را اندازه‌گیری می‌کند که خرده مقیاس شدت درد یکی از این عوامل است. حداقل و حداکثر حداکثر نمره قابل کسب از خرده مقیاس شدت درد از صفر تا ۶ می‌باشد(۱۹). در پژوهش Kernes و همکاران پایایی ۱۲ عامل این پرسشنامه را در حد مطلوبی گزارش شد (۱۹). ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. در مطالعه Nicholas و همکاران ضمن تأیید اعتبار سازه پنج خرده مقیاس بخش اول این پرسشنامه ضرایب همسانی درونی این خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند(۱۵).

در پژوهش Asghari Moghaddam و همکاران با ۲۲۴ مرد ایرانی مبتلا به درد مزمن ویژگی‌های روان سنجی بخش اول و بخش دوم پرسشنامه چند وجهی درد تأیید شده است. در مطالعه Nannally و همکاران در جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن ضرایب همسانی درونی تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه (به استثنای خرده مقیاس کنترل بر زندگی) بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ متغیر است(۱۸). داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوار، تی تست مستقل، من ویتنی و آنالیز واریانس با داده‌های تکراری تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳٪) تحصیلات دانشگاهی و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰٪) شاغل و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳٪) شاغل بودند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۳/۲۰±۸/۳۲ سال و در گروه کنترل ۳۶/۲۰±۱۰/۶۶ سال بدست آمد. همچنین میانگین مدت زمان بیماری در گروه آزمایش ۹/۱۳±۹/۴۱ سال و در گروه کنترل ۴/۵۳±۴/۶۲ سال بود.

متغیرهای تحصیلات دانشگاهی، شغل، سن و مدت زمان بیماری در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول ۲). در بررسی متغیر شدت درد در طی زمان درگروه‌های مورد مطالعه با استفاده از آنالیز واریانس با داده های تکراری مشخص گردید که برای متغیر شدت درد اثر نوع مداخله ($F=۱۰/۲۱$ ، $p=۰/۰۰۳$) با اختلاف معنی داری همراه بوده و نشان داد که درمان شناختی-رفتاری کاهش شدت درد را در پی دارد (جدول ۳). در بررسی متغیر ادراک درد در طی زمان، درگروه‌های مورد مطالعه با استفاده از آنالیز واریانس با داده های تکراری مشخص گردید که برای متغیر ادراک درد اثر نوع مداخله ($F=۱۳/۳۵$، $p=۰/۰۰۱$) معنی دار بود.

جدول ۲. وضعیت مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای نمونه‌هابه تفکیک درد و گروه کنترل و آزمایش

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

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

جدول ۳. مقایسه میانگین شدت درد در طی زمان در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه کنترل Mean±SD	شدت درد آزمایش Mean±SD	P-value**
قبل از مداخله	۴/۳۶±۱/۶۳	۳/۶۸±۱/۱۷[a]	۰/۲۰
پیگیری اول	۳/۶۴±۱/۲۷	۲/۱۹±۱/۲۸[b]	۰/۰۰۴
پیگیری دوم	۳/۵۵±۰/۹۷	۱/۹۵±۱/۲۷[b]	۰/۰۰۱
P-value*	۰/۰۸	<۰/۰۰۱	-

حروف مشابه نشان عدم معنی داری در سطح ۰/۰۵ می باشد.(آزمون بونفرونی)

* آزمون آنالیز واریانس با داده های تکراری، **آزمون تی تست مستقل

در هر دو گروه میزان ادراک درد کاهش نشان داد اما میزان کاهش ادراک درد در گروه آزمایش به طور ملموس‌تری بیشتر بود و در زمان‌های پیگیری اول و دوم اختلاف در دو گروه معنی‌دار شد (جدول ۴). در بررسی خرده مقیاس استمرار درد در آینده، اثر نوع مداخله ($F=۴/۴۳$، $p=۰/۰۴$) معنی دار بوده و در گروه آزمایش به طور معنی‌داری کاهش میزان استمرار درد در آینده را نشان داد (جدول ۴). در بررسی خرده مقیاس خود ملامتگری، اثر نوع مداخله ($F=۰/۰۷$، $p=۰/۷۸$) اثر معنی دار نشان نداد اما در گروه آزمایش کاهش معنی داری مشاهده گردید. (جدول ۴). در بررسی خرده مقیاس ثبات درد در آینده، اثر نوع مداخله ($p=۰/۰۴$، $F=۴/۵۷$) معنی دار بود .در هر دو گروه میزان ثبات درد در آینده کاهش نشان داد اما میزان کاهش ثبات درد در آینده در گروه آزمایش به طور ملموس‌تری بیشتر بود و در زمان‌های پیگیری اول و دوم اختلاف در دو گروه معنی‌دار شد (جدول ۴). در بررسی خرده مقیاس اسرارآمیزی درد، اثر نوع مداخله ($F=۱۰/۷۱$، $p=۰/۰۰۳$) معنی دار بود. در هر دو گروه میزان اسرارآمیزی درد کاهش نشان داد. اما میزان کاهش در گروه آزمایش به طور ملموس‌تری بیشتر بود و در زمان‌های پیگیری اول و دوم اختلاف در دو گروه معنی‌دار شد (جدول ۴).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.61]

جدول ۴. مقایسه میانگین ادراک درد و خرده مقیاسهای آن در طی زمان در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه	قبل از مداخله Mean±SD	پیگیری اول Mean±SD	پیگیری دوم Mean±SD	P-value*
ادراک درد	آزمایش	۱/۴۷±۸/۳۴^{a}	-۸/۸۷±۷/۴۰^{b}	-۱۲/۳۳±۹/۰^{c}	<۰/۰۰۱
	کنترل	۶/۲۰±۵/۹۱^{a}	۱/۹۳±۶/۳۰^{b}	-۱/۸۷±۵/۵۹^{c}	<۰/۰۰۱
	P-value**	۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-
استمرار درد در آینده	آزمایش	-۱/۲۷±۲/۸۱^{a}	-۴/۱۳±۱/۷۶^{b}	-۴/۶۰±۲/۵۰^{b}	<۰/۰۰۱
	کنترل	-۱/۴۰±۳/۳۳	۰/۹۳±۳/۳۰	-۱/۷۳±۳/۴۷	۰/۵۵
	P-value**	۰/۷۴	۰/۰۰۸	۰/۰۲	-
خود ملامتگری	آزمایش	۱/۷۳±۳/۱۹^{a}	۰/۱۳±۳/۳۷^{b}	-۰/۳۳±۳/۷۷^{b}	۰/۰۰۴
	کنترل	۱/۸۰±۳/۸۵	۰/۷۳±۳/۵۳	۰/۰۷±۳/۴۳	۰/۱۷
	P-value**	۰/۶۲	۰/۶۵	۰/۸۰	-
ثبات درد در آینده	آزمایش	۰/۴۷±۴/۴۳^{a}	-۲/۱۳±۳/۵۰^{b}	-۲/۸۰±۳/۶۸^{b}	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۴۷±۳/۱۳^{a}	۰/۸۰±۳/۱۶^{ab}	-۰/۵۳±۳/۱۸^{c}	<۰/۰۰۱
	P-value**	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۰۸	-
اسرارآمیزی درد	آزمایش	۰/۵۳±۳/۹۹^{a}	-۲/۷۳±۳/۶۷^{b}	-۴/۶۰±۳/۵۶^{c}	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳/۳۳±۳/۰۱^{a}	۱/۳۳±۳/۹۵^{b}	۰/۴۷±۳/۷۹^{b}	۰/۰۰۱
	P-value**	۰/۰۶	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	-

حروف مشابه در هر سطر نشان عدم معنی داری در سطح ۰/۰۵ می باشد.(آزمون بونفرونی)، * آزمون آنالیز واریانس با داده های تکراری، **آزمون من‌ویتنی

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که درمان شناختی-رفتاری اثر معنی داری بر ادراک درد و شدت درد در بیماران نوروپاتیک مزمن دارد که این یافته همخوان با پژوهش Otis و همکاران است که در مطالعه‌ای اظهار نمودند درمان شناختی- رفتاری، رویکرد درمانی مؤثری برای کاهش درد و مداخله در رابطه با نوروپاتیک محیطی دیابتی دردناک، است. در پژوهش Otis و همکاران میانگین شدت درد نسبت به پژوهش حاضر بیشتر است (۲۰). Heutink و همکاران در پژوهشی نشان دادند که برنامه شناختی- رفتاری با ابعاد چندگانه روی بیمار با درد مزمن نوروپاتیک صدمه نخاع مؤثر است (۲۱). Palermo و همکاران در مطالعه‌ای اثر بخشی و در دسترس پذیری درمان شناختی-رفتاری از طریق اینترنت را در کاهش درد و بهبود عملکرد کودکان و نوجوانان با درد مزمن را تأیید کردند (۲۲). Janbozorgi و همکاران در پژوهشی اظهار نمودند که درمان شناختی – رفتاری باعث می‌شود اثرهای زیان‌بار درد به کمترین حد برسد و پریشانی‌های روان شناختی بهبود یابد (۲۳). Hamid و همکاران در مطالعه‌ای اعلام نمودند گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش درد و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معنی داری داشته است. در پژوهش Hamid و همکاران میانگین شدت درد نسبت به پژوهش حاضر بیشتر است (۲). Rahimian Boogar و همکاران در پژوهشی گزارش نمودند که درمان شناختی- رفتاری گروهی روش مؤثری برای کاهش علایم چند وجهی درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می‌باشد (۲۴). Rafiee و همکاران در پژوهش خود اظهار نمودند که درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی بیماران، کاهش فاجعه آمیز کردن درد، کاهش شدت درد و بهبود راهبردهای مقابله با درد مؤثر است. در پژوهش Rafiee و همکاران میانگین شدت درد نسبت به پژوهش حاضر بیشتر است (۲۵). Abbasi و همکاران در مطالعه‌ای تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را گزارش کردند (۲۶). درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر راهبردهای مقابله‌ای فعال (نظیر تلاش برای انجام وظایف علیرغم وجود درد و عدم توجه به درد، خودگویی‌های مثبت) منجر به کاهش شدت درد و افزایش تحمل آن می‌شود (۸). بنابراین پذیرفتنی است که مؤلفهٔ ادراک درد و شدت درد در نتیجه درمان شناختی- رفتاری کاهش پیدا می‌کند و بیمار احساس آسودگی خاطر و خودکارآمدی بیشتری می‌نماید. بطور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی – رفتاری گروهی می‌تواند ادراک درد و شدت درد در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک مزمن را کاهش دهد و پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های دارویی افراد مبتلا به درد نوروپاتیک 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.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از اساتیدی که در این پروژه همکاری داشتند بویژه خانم دکتر خدیجه پناهنده و شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.61]

The Effectiveness of Cognitive – Behavioral Group Therapy On Pain Perception And Pain Severity Among Patients With Chronic Neuropathic Pain

M. Dehestani (MA)[1], B. Mirzaian (PhD)*[1], P. Saadat (MD)[2]

1.Department of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran

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

J Babol Univ Med Sci; 21; 2019; PP: 61-6

Received: Sep 1st 2018, Revised: Non 17th 2018, Accepted: Feb 3rd 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The experience of pain consists of two sensory and emotional dimensions. The sensory dimension of pain indicates pain severity and the emotional dimension indicates pain perception. Since cognitive–behavioral therapy is an evidence-based treatment and emphasizes on the correction of dysfunctional thought processes and changing the maladaptive behaviors, this study was designed to investigate the effectiveness of cognitive – behavioral group therapy on pain perception and pain severity among patients with chronic neuropathic pain.

METHODS: This quasi-randomized trial was performed among 30 patients with chronic neuropathy referring to Rouhani Hospital in Babol in two groups of case and control (15 patients in each group). Cognitive – behavioral group therapy was performed in ten 120-minute sessions, held once a week for the experimental group. Participants were examined before the experiment and 45 days after the sessions, and the perception of pain was evaluated by the components of belief in pain permanence, self-blame, belief in pain constancy, mysteriousness of pain, and pain severity. The attainable score in The Pain Beliefs and Perceptions Inventory was 30 to -30, and in The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory was 0 to 6.

FINDINGS: The results showed that there was a statistically significant difference between the two groups in the total score of pain perception (-8.87±7.40 vs. 1.6±93.30) (p=0.001), and the subscales of belief in pain permanence (-4.13±1.76 vs. 0.93±3.30) (p=0.04), belief in pain constancy (0.80±3.16 vs. -2.13±3.50) (p=0.04), mysteriousness of pain (-2.73±3.67 vs. 1.33±3.95) (p=0.003), and pain severity (2.19±1.28 vs. 3.64±1.27) (p=0.003).

CONCLUSION: The present study showed that cognitive–behavioral group therapy could be an effective intervention for reducing the pain perception and pain severity in patients with chronic neuropathic pain.

KEY WORDS: *Cognitive-Behavioral Group Therapy, Perception Of Pain, Pain Severity, Chronic Neuropathy.*

Please cite this article as follows:

Dehestani M, Mirzaian B, Saadat P. The Effectiveness of Cognitive – Behavioral Group Therapy On Pain Perception And Pain Severity Among Patients With Chronic Neuropathic Pain. J Babol Univ Med Sci. 2019;21:61-6.

***Corresonding Author: B. Mirzaian (PhD)**

Address: Department of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran.

Tel: +98 11 33032891

E-mail: bahrammirzaian@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.10.5]

[DOI: 10.22088/jbums.21.1.61]

References

1.Otis JD. Managing chronic pain: a cognitive behavioral therapy approach. UK: Oxford Univ Press; 2007.p.11-12.

2.Hamid N, Ramezan Saatchi 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(10):96-113. [In Persian]. Available from: http://jcps.atu.ac.ir/article_1990_2aaf492241e724bdc9f22a4b23fa084f.pdf.

3.Asghari Moghaddam MA. Pain and its measurement: Study of new approach to pain psychology. Tehran: Roshd; 2011.p. 21-210.

4.Carayannopoulos A. Comprehensive Pain Management in the Rehabilitation patient. Switzerland: Springer Int; 2017.p.3.

5.Udeagha CC. Neuropathic Pain. Croatia: Intech; 2012.p. 1-4.

6.Yong RJ, Nguyen M, Nelson E, Urman RD. Pain Medicine. Switzerland: Springer Int; 2017.p.3.

7.Haghighi T, Dousty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. J Kurdistan Univ Med Sci. 2015; 20(3):45-57. [In Persian]

8.Turk DC, Gatchel RJ. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. 3rd ed. Guilford Press; 2018.p. 201-21.

9.Moss-Morris R, Chalder T. Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. J Psychosom Res. 2003; 55(4): 305-8.

10.Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy. Ann Rheum Dis. 2011; 70(6):1060-7.

11.Kolivand P, Nazari Mahin A, Jafari R. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. Shefaye Khatam. 2015; 3(S1):70-5. [In Persian]. Available from: http://shefayekhatam.ir/article-1-955-en.html

12.Sadoughi M, Akkashe G. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reduction of chronic tension headache. J Shahrekord Univ Med Sci. 2009; 11(3):85-92.

13.Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Cognitive–behavioral therapy in groups. NY: Guilford; 2009.p. 199.

14.Ropper A, Samuels MA, Klein JP. Adams and victor's principles of Neurology. USA: Mc Graw- Hill; 2014.

15.Nicholas M, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. Manage Your Pain: Practical and Positive Ways of Adapting to Chronic Pain. 2nd ed. Souvenir Press; 2004.

16.Thorn BE. Cognitive therapy for chronic pain: step-by-step guide. NY: Guilford Press; 2004.

17.Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. Pain. 1989;36(3):351-8.

18.Nunnally JC, Bernstein IH. The Assessment of Reliability. Psychometr Theor. 1994; 3:248-92.

19.Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). Pain. 1985; 23(4):345-56.

20.Otis JD, Sanderson K, Hardway C, Pincus M, Tun C, Soumekh S. A randomized controlled pilot study of a cognitive-behavioral therapy approach for painful diabetic peripheral neuropathy. J Pain. 2013; 14(5):475-82.

21.Heutink M, Post MW, Bongers-Janssen HM, Dijkstra CA, Snoek GJ, Spijkerman DC, et al. The CONECSI trial: Results of a randomized Controlled trial of a multidisciplinary cognitive behavioral program for coping with chronic neuropathic pain after spinal cord injury. Pain. 2012; 153(1):120-8.

22.Palermo TM, Wilson AC, Peters M, Lewandowski A, Somhegyi H. Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. Pain. 2009; 149(1-2):205-13.

23.Jonbozorgi M, Golchin N, Alipour A, Agah Heris M. The effectiveness of group cognitive-behavior therapy on decreasing severity of pain and psychological distressamong women with chronic back pain. IJPCP. 2013; 19(2):102-8. [In Persian]

24.Rahimian Boogar A. The effect of cognitive-behavioral group therapy on improving the multidimensional pain symptoms of the patients with chronic low back pain a 4 months follow up. Ann Mil Health Sci Res. 2011;9(3):199-208.

25.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(2):73-82.

26.Abbasi S, Pahlavanzadeh S, Alimohammadi N. The effect of cognitive behavioral therapy on the severity of fatigue in women with multiple Sclerosis: a Randomized controlled trial Study. J Clin Nurs Midwifery. 2016; 5(2):40-57.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.10.5]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.61]