

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف پذیری روان شناختی و نشخوار فکری بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه

فاطمه حیدری^۱، پرویز عسگری^{۲*}، علیرضا حیدری^۳، رضا پاشا^۴، بهنام مکوندی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۲۵

خلاصه

مقدمه: درد قفسه سینه از جمله شکایت‌های رایج افراد در مراجعه به مراکز درمانی است که پس از بررسی مشخص می‌گردد اغلب این دردها منشأ غیر قلبی دارند. درمان شناختی-رفتاری یک روش روان‌درمانی مبتنی بر دو دیدگاه رفتاری و شناختی است که در این روش تأکید روی اصلاح رفتار و تغییر آن است. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کار آزمایشی آموزشی تصادفی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۴۰ بیمار بودند که به شکل هدفمند از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۵ انتخاب گردیدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به دو پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری پاسخ دادند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان به شکل هفتگی قرار گرفتند و جهت گروه کنترل به شکل هفتگی ویزیت رایگان انجام گردید. داده‌ها با آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات مقیاس نشخوار فکری کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش بر خلاف گروه کنترل افزایش یافت ($p < 0/001$). این برتری در پیگیری دو ماه بعد نیز حفظ شده بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری جهت بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه که دچار ناتوانی‌های جسمی شده‌اند، مؤثر است و نتایج درمان نیز پایدار می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نشخوار فکری، درد غیر قلبی قفسه سینه

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: D.askary@iauhvaz.ac.ir، تلفن: ۰۶۱۳۴۴۵۷۱۷۴

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مقدمه

درد غیر قلبی قفسه سینه (non cardiac chest pain) رایج‌ترین شکایت‌ها در جمعیت عمومی است [۱]. بیماران مبتلا به درد غیر قلبی قفسه سینه ممکن است احساس فشار یا سوزش در ناحیه قفسه سینه را گزارش کنند که به ناحیه پشت، گردن و شانه‌ها کشیده شده که شبیه درد قلبی بوده و از درد قلبی قفسه سینه، غیرقابل تشخیص باشد. درد غیر قلبی قفسه سینه بسیار فراگیر است و می‌تواند شامل موارد اسکلتی عضلانی، ریوی، عفونی، اختلالات گوارشی و یا روان‌شناختی باشد [۲]. اما طبق مطالعه سیستماتیک Schroeder و همکاران و پژوهش‌های انجام شده دیگر، برای حدود ۶۶٪ از بیماران با درد قفسه سینه، هیچ تبیین قلبی جهت درد یافت نشده است. در واقع، این بیماران نوعی از درد غیر قلبی قفسه سینه را تجربه می‌کنند که می‌تواند به عوامل روان‌شناختی و فیزیولوژیکی متنوعی مرتبط باشد، در حالی که اغلب مدارک و شواهدی دال بر بیماری جسمانی یافت نمی‌شود و در عوض، همیشه یک حس ضعیفی از علائم و نشانه‌های نگران‌کننده و درد وجود دارد [۳-۵]. در بیماری‌های با درد مزمن به علت طول مدت و شدت بیماری ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی بیماران دست‌خوش تغییرات فراوانی می‌شوند. به عبارتی دیگر، میزان ناتوانی و محدودیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از بیماری‌ها می‌تواند بر روی انتظارات و توقعات هر فرد از سلامتی‌اش تأثیر گذارد [۶]. در حیطه تشخیص برای چنین بیماری‌هایی معمولاً عوامل روانی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند، لذا این عوامل واجد اهمیت زیادی در تشخیص و سپس پیگیری و درمان هستند [۴-۷]. جهت درمان این بیماران از چند دهه گذشته تحقیقات بالینی بر روی بررسی اثربخشی بسته‌های مداخله و تأثیر مداخلات متمرکز شده است. یکی از این روش‌های درمانی مداخله‌ای، روش درمان شناختی-رفتاری است [۸] که پژوهش‌های انجام شده تأثیر آن را بر دردهای مزمن نشان می‌دهند [۹-۱۰، ۵-۴]. در دیدگاه شناختی-رفتاری، درمان فرآیندی پویا و نوعی یادگیری است؛ یعنی رفتار نامطلوب انسان و مشکلات روانی وی نشأت گرفته از یادگیری‌های غلط می‌باشد که در این روش تأکید روی اصلاح رفتار و تغییر آن است [۱۱]. نشخوار فکری

شکلی از شناخت‌های اضافی است که در افراد مبتلا به این اختلال دیده می‌شود و شامل اشتغال ذهنی دائمی با یک اندیشه یا موضوع و تفکر مداوم درباره آن است [۱۲]. فرد مدام افکار منفعلانه دارد که جنبه تکراری دارند، و مانع حل مسئله سازگارانده شده و به افزایش عاطفه منفی می‌انجامد [۱۳]. به اعتقاد Masten انعطاف‌پذیری نیز به معنی در معرض خطر قرار گرفتن و پیامدهای بهتر از حد مورد انتظار نشان دادن، حفظ سازگاری مثبت علی‌رغم وجود تجارب استرس‌آور و بهبودی خوب بعد از آسیب یا تروما می‌باشد [۱۴]. بنابراین، به نظر می‌رسد درگیر شدن در فرآیندهای پردازشی خودکار مانند نشخوار فکری به جای فرآیندهای مبتنی بر آگاهی ذهنی که شناختی هستند، همراه با توجه بدون انعطاف باعث می‌شود افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار فکری زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد نمایند و این چرخه معیوب بارها تکرار می‌گردد [۱۵]. درد نیز همراه با نشخوار فکری معطوف به آن، مانع انجام فعالیت‌های روزانه و ادامه زندگی به نحو مطلوب می‌گردد [۶] که علل روانی می‌توانند در برخی موارد عامل ایجاد و تشدید دردها از جمله دردهای قفسه سینه با منشأ غیر قلبی باشند. اما این علل در لیست تشخیص‌های افتراقی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند و در صورت تشخیص نیاز به درمانی مناسب و اثرگذار دارند تا مجدداً بیمار بتواند به زندگی بهینه و باکیفیت ادامه دهد [۷]. لذا اگر پس از بررسی‌های پزشکی کافی دلیلی برای درد قفسه سینه مشخص نشد بهتر است به مسائل روان‌شناختی پرداخته شود تا در صورت امکان جهت درمان چنین بیماری‌هایی اقدامات لازم مبذول گردد. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه بود.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق از نوع کارآزمایی آموزشی با کد ثبتی ۵۶۶ در کمیته اخلاق و تحقیقات بیمارستان مرکز قلب تهران و زیر نظر دانشگاه تهران بود. جامعه شامل کلیه بیماران ساکن تهران مراجعه‌کننده به این بیمارستان در سال ۱۳۹۵ در طی

سه ماه بود که به شکل سرپایی تحت بررسی و درمان قرار می‌گرفتند و در بخش مراقبت ویژه بستری نمی‌شدند، نمونه نیز از بین افراد واجد شرایط به صورت هدفمند انتخاب گردید. این افراد احساس فشار یا سوزش در ناحیه قفسه سینه را گزارش می‌کردند که به ناحیه پشت، گردن و شانه‌ها کشیده می‌شد، آن‌ها هیچ‌گونه داروی قلبی مصرف نمی‌کردند و تاکنون به دلیل مشکلات قلبی بستری نشده بودند.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن درد مزمن به شکل روزانه و همیشگی در قفسه سینه برای حداقل چهار ماه گذشته، نداشتن بیماری قلبی-عروقی، عدم وجود بیماری‌های مرتبط با ایجاد درد قفسه سینه مانند بیماری‌های ریوی یا ضربه خوردن، عدم استفاده از هر نوع درمان در طی دوره مداخله؛ تمایل به شرکت در مطالعه.

شرایط خروج از مطالعه: تشخیص همبودی با اختلالات روانی با استفاده از مصاحبه، استفاده از روش‌های درمانی دیگر در طول مطالعه مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یا روانکاوی و درمان‌های پزشکی، غیبت در جلسات حتی یک نوبت.

در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق، از آزمون‌های آماری تی دو گروه مستقل، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی به روش بونفرونی استفاده شد. علاوه بر این، دو ماه بعد نیز پیگیری از نمونه‌ها انجام شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

آزمودنی‌ها: از بیماران در دسترس لیستی تهیه شد و سپس تعداد ۶۰ بیمار ساکن شهر تهران که در سال ۱۳۹۵ در طی سه ماه به بیمارستان قلب تهران مراجعه کردند و بر اساس پرونده درمانی بیماری قلبی نداشتند انتخاب گردیدند. با توجه به ملاک‌های ورود و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، پس از مصاحبه تعداد ۴۴ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند که ۴ نفر به دلیل عدم تمایل، از مطالعه خارج گردیدند. بنابراین، نمونه مورد مطالعه برای این پژوهش، ۴۰ بیمار بودند (حجم نمونه با توجه به پژوهش‌های پیشین از جمله [۱۷-۱۶، ۱۰] انتخاب گردید)؛ که به‌طور تصادفی با

آزمودنی‌ها به‌صورت داوطلبانه و بر اساس ملاحظات اخلاقی، مبنی بر حفظ اطلاعات فردی و رعایت شئونات انسانی و رازداری در خصوص اطلاعات و یافته‌های حاصل از پژوهش، و اطمینان خاطر مبنی بر این که در صورت عدم تمایل قادر به ترک طرح پژوهشی هستند، در پژوهش شرکت کردند. افراد گروه آزمایش تحت ۸ جلسه آموزش درمان شناختی-رفتاری به صورت هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه قرار گرفتند. در هر جلسه درمانی ۷ نفر شرکت داشتند و آموزش توسط روان‌شناس انجام می‌شد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری این افراد در ابتدا (پیش‌آزمون)، پس از پایان جلسات (پس‌آزمون) و مجدداً دو ماه بعد در پیگیری بعدی (Follow up) ارزیابی گردید. از گروه کنترل نیز تمامی آزمون‌ها اخذ شد ولی تحت هیچ روش درمانی قرار نگرفتند. با تمامی افراد شرکت‌کننده جهت حضور به موقع تماس تلفنی برقرار می‌شد. نحوه اجرای جلسات که توسط Alipour و همکاران (۱۳۷۵) ارائه شده است به شرح زیر می‌باشد [۱۸]:

جلسه اول: هدف از این جلسه آشنایی افراد با یکدیگر هم‌چنین شناختن ساختار، قوانین و پویایی‌های موجود در گروه است.

جلسه دوم: تلاش برای اتحاد بین اعضای گروه، افکار، احساسات و رفتار

جلسه سوم: مروری بر محتوای جلسه قبلی با مشارکت فعال همه اعضا، تجزیه و تحلیل رخدادهای فعال‌کننده، باورها و واکنش‌های عاطفی از دیدگاه درمان‌جویان، شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد و دسته‌بندی آن‌ها با استفاده از مهارت تحلیل رفتار ABC.

جلسه چهارم: مروری بر محتوای جلسه قبلی، آموزش

علمی تنفس مؤثر و آرامش عضلانی، تکلیف منزل جلسه پنجم: مروری بر محتوای جلسه قبلی، بحث در زمینه مهارت حل مسئله، مراحل آن و تأثیرات آن بر رفتارهای مرتبط با سلامت روان، ارائه تکالیف منزل جلسه ششم: مروری بر محتوای جلسات قبلی با مشارکت فعال اعضا، بحث در زمینه تحلیل عینی، تحلیل منطقی و تحلیل سودمندی در رابطه با رفتارهای ناسازگارانه، ارائه تکالیف منزل جلسه هفتم: مروری بر محتوای جلسه قبلی با مشارکت فعال همه اعضاء و بررسی تکالیف خانگی، بحث در زمینه مهارت‌های اجتماعی از جمله ابزار وجود، مهارت‌های بین فردی و خود کنترلی. تکلیف منزل جلسه هشتم: مروری بر محتوای جلسه قبلی و بررسی تکالیف خانگی، بحث در زمینه نقش اسناد رفتار به خصوص نقش آن در رفتارهای ناسازگار، ادامه تمرینات قبلی.

ابزار: پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری و پذیرش:

(Acceptance and Action Questionnaire-II)

این پرسش‌نامه ۱۰ سؤالی بنا بر پرسش‌نامه اصلی (AAQ-I) ساخته شده و سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. مشخصات اصلی روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ پژوهش نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ای رضایت‌بخشی دارد. در پژوهش‌های خارجی میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد [۱۹]. این پرسش‌نامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه)، حداقل نمره اکتسابی در این پرسش‌نامه ۱۰ و حداکثر آن ۷۰ می‌باشد. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش ایرانی ۰/۷۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۶ گزارش شده است [۲۰].

پرسش‌نامه مقیاس نشخوار فکری هوکسما و مارو:

(Rumination-reflection questionnaire)

Morrow و Nolen-Hoeksema در سال ۱۹۹۱ پرسش‌نامه‌ای

خودآزما شامل ۲۲ سؤال تدوین کردند که چهار سبک متفاوت واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسش‌نامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. حداقل نمره اکتسابی در این پرسش‌نامه ۲۲ و حداکثر آن ۸۸ می‌باشد. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده وجود نشخوار فکری بیشتر در افراد است. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری پایایی درونی بالایی دارد. پایایی درونی در نمونه خارجی از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی باز آزمایی برای پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ است [۲۱]. پایایی درونی در پژوهش انجام شده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ به دست آمده است. اعتبار پیش‌بینی مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند [۲۲].

یافته‌ها

جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. ۴۰ نفر در این پژوهش شرکت داشتند، که در دو گروه آزمایش (۱۰ زن و ۱۰ مرد) و کنترل (۹ زن و ۱۱ مرد) به‌طور تصادفی جاگذاری شدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۴/۷ با انحراف معیار ۷/۶۵ و در گروه کنترل میانگین سن ۴۲/۹۵ و انحراف معیار ۷/۴۶ بود.

ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی و تأیید شد. هر دو گروه آزمایش و کنترل، از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن و سطح تحصیلات مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل مجذور کای نشان داد بین دو گروه از لحاظ سطح

بعدی نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شدند.

جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات مقیاس نشخوار فکری کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمانی افزایش یافته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این دو متغیر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیانگر این است که تفاوت معنی‌داری در اثر درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($p=0/001$)، $F=46/37$ و نشخوار فکری ($F=74/29$, $p=0/001$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود دارد.

تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مقایسه میانگین سنی دو گروه توسط آزمون تی مستقل، نشان داد که بین دو گروه از لحاظ سن نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در این مرحله رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رابطه معنی‌داری بین متغیرها وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین دو گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که دو گروه مذکور در هیچ یک از دو متغیر وابسته با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0/051$). با این حال در تحلیل‌های

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۵ (n= ۴۰)

سطح معنی‌داری	گروه کنترل (تعداد= ۲۰)	گروه آزمایش (تعداد= ۲۰)	جنسیت
$\chi^2=0/100$, $p=0/750$	۹	۱۰	زن
	۱۱	۱۰	مرد
$t=0/722$, $df=38$, $p=0/470$	$42/95 \pm 7/46$	$44/7 \pm 7/65$	سن (سال، میانگین \pm انحراف معیار)
$\chi^2=0/95$, $p=0/620$	۲	۴	سطح تحصیلات
	۸	۶	زیر دیپلم
	۱۰	۱۰	دیپلم
			تحصیلات دانشگاهی

$p \leq 0/05$

میانگین نمرات پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نیز از $95/30$ در مرحله پس‌آزمون به $05/46$ و در مرحله پیگیری به $05/44$ تغییر یافت ($p=0/001$) اما در گروه کنترل تغییر قابل‌ملاحظه و معنی‌داری مشاهده نشد، نمودار ۲ نیز مؤید این مطلب است.

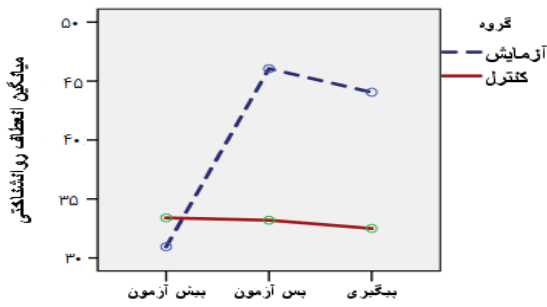
بر اساس نتایج جدول ۲، میانگین نمرات پیش‌آزمون نشخوار فکری بیماران مبتلا به درد غیر قلبی قفسه سینه گروه آزمایش از $95/57$ در مرحله پس‌آزمون به $8/41$ کاهش یافت و در مرحله پیگیری به $9/43$ رسید. ($p=0/001$) اما در گروه کنترل تغییر قابل‌ملاحظه و معنی‌داری مشاهده نگردید، نمودار ۱ نیز بیانگر این مسئله است.

جدول ۲- مشخصات توصیفی متغیرهای نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۵

نتیجه آزمون	مقدار p	مقدار F	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه	متغیر
مجدور اتا			انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین		
						آزمایش	نشخوار فکری
	$<0/001$	$74/29$	$42/90 \pm 2/30$	$41/8 \pm 2/5$	$57/95 \pm 3/35$		
	$0/24$	$80/2$	$69/85 \pm 11/18$	$69 \pm 13/16$	$67/5 \pm 13/89$	کنترل	
	$<0/001$	$46/37$	$44/05 \pm 1/21$	$46/05 \pm 1/36$	$30/95 \pm 0/86$	آزمایش	انعطاف‌پذیری
	$0/110$	$52/2$	$32/50 \pm 0/80$	$33/2 \pm 0/94$	$33/40 \pm 1/02$	کنترل	

مجدور اتا: میزان تأثیر مداخله

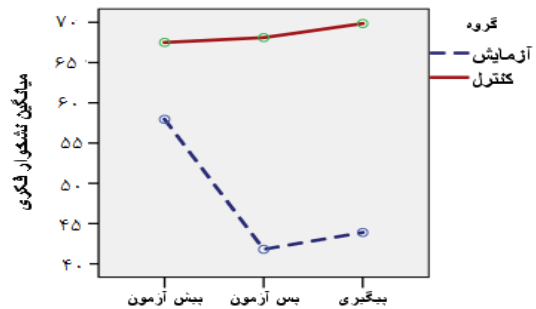
روان‌شناختی گروه کنترل در سه مرحله مطالعه، تغییرات قابل ملاحظه نداشته است ($p=0/110$).



نمودار ۲- مقایسه میانگین نمره انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل مربوط به بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۵

در مرحله بعد آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو بین میانگین مراحل در هر متغیر در گروه آزمایش انجام شد که نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌گردد. نتایج آزمون برای گروه آزمایش نشان داد که در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری، بین مقایسه دو به دو میانگین تمام مرحله‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p<0/001$).

همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نشخوار فکری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است و این کاهش در مرحله پیگیری هم تداوم داشت ($p=0/001$). در حالی که میانگین نمرات نشخوار فکری گروه کنترل در هر سه مرحله مطالعه تقریباً بدون تغییر است ($p=0/087$).



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمره نشخوار فکری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل مربوط به بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۵

نمودار ۲ بیانگر این است که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است و در مرحله پیگیری اندکی کاهش یافته است اما همچنان تفاوت مراحل معنی‌دار است ($p=0/001$). در مقابل، میانگین نمرات انعطاف‌پذیری

جدول ۳- مقایسه دو به دو میانگین مراحل در متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری گروه آزمایش مربوط به بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز قلب تهران

متغیر	عامل I	عامل J	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	مقدار P
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-10/15	1/70	<001/0
	پیش‌آزمون	پیگیری	*-10/13	1/55	<001/0
	پس‌آزمون	پیگیری	*10/15	1/70	0/11
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*2/00	0/60	<001/0
	پیش‌آزمون	پیگیری	*13/10	1/55	<001/0
	پس‌آزمون	پیگیری	*-2/00	0/60	0/11

بحث

دارد. به عبارت دیگر، پس از اجرای روش درمانی شناختی- رفتاری طی هشت جلسه، میانگین نمرات مقیاس نشخوار فکری در گروه آزمایش کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در این گروه افزایش داشت. در مقابل در گروه کنترل، میانگین نمرات مقیاس نشخوار فکری افزایش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کاهش نشان داد. البته این تفاوت‌ها در پیگیری

هدف از مطالعه حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه بود. یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون مقیاس نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود

ایجاد، تشدید و روند درمان درد غیر قلبی قفسه سینه، بسیار حائز اهمیت می‌باشند، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت پس از بررسی‌های کامل جسمی و بیماری قلبی، جدا از درمان‌های دارویی جهت افراد مبتلا به این اختلالات که منشأ درد آنان غیر قلبی است، به روش‌های درمانی غیر دارویی از جمله آموزش روش‌های متفاوت شناختی، ادراکی و در نهایت رفتاری توجه ویژه مبذول دارند.

میزان مراجعه افراد مبتلا به درد غیر قلبی قفسه سینه به مراکز درمانی در حدی است که لازم است به این افراد کمک شود تا به شرایط خود آگاه شده و در روند صحیح درمانی مربوط به خود قرار گیرند. همان‌گونه که نتایج این پژوهش نشان داد پس از اجرای روش درمانی شناختی- رفتاری نشخوار فکری در گروه درمانی کاهش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در این گروه افزایش داشت که در پیگیری نیز نتایج مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دو مؤلفه قابل ملاحظه در این بیماران هستند که می‌توانند در کنترل درد بیمار تأثیرگذار باشند.

در این مطالعه هدف از درمان شناختی- رفتاری، کمک به بیماران با درد مزمن غیر قلبی قفسه سینه بود تا بتوانند افکار و احساسات آزاردهنده را کنترل کنند، از ماهیت ناکارآمدی افکار فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن و چرخه معیوب ناشی از نشخوار فکری، به انجام آن چه در زندگی برای آنان مهم است، بپردازند.

افراد غالباً افکار و احساساتی را تجربه می‌کنند که باعث تشدید یا تقویت باورهای معیوب و نادرست در آنان می‌گردد. چنین باورهایی می‌توانند به رفتارهای مشکل‌زا منجر گردند و جنبه‌های مختلف زندگی فرد شامل خانواده، روابط عاطفی، کار و تحصیل را تحت تأثیر قرار دهند. در نتیجه‌ی این الگوهای فکری منفی، ممکن است فرد شروع به کناره‌گیری از اجتماعات کند و یا از فرصت‌های پیش آمده برای ارتقا در کار یا تحصیل صرف‌نظر نماید [۲۷]. اما هنگامی که با کمک این درمان خطاهای شناختی معمول خود را تشخیص دهد، می‌تواند شیوه‌های فکری خود را به صورتی کارآمد اصلاح کند [۲۸].

دو ماه بعد نیز معنی‌دار بود و بیانگر این موضوع می‌باشد که استفاده از روش درمانی شناختی- رفتاری در این بیماران جهت کنترل درد مؤثر است. بنابراین، نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دو مؤلفه قابل ملاحظه در این بیماران بوده و با کار بر روی آن‌ها می‌توان به نتایج درمانی بسیار مطلوبی دست یافت.

در همین راستا در پژوهش‌هایی که McCracken و Velleman و هم‌چنین Morone و همکاران انجام دادند، مشخص گردید که در بیماران مبتلا به نشانگان درد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر همراه است [۲۴-۲۳]. نتایج مطالعات ذکر شده و نیز مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موجب افزایش توانایی فرد جهت کنترل و فائق آمدن بر دردهای با منشأ روان‌شناختی می‌گردد. Esler و همکاران نیز تأثیر یک دوره مداخله کوتاه مدت درمان شناختی- رفتاری در اورژانس قلب بر بیماران مراجعه‌کننده را ارزیابی نمودند. اثر این مداخله در بیماران درد قفسه سینه غیرکرونی، به این صورت بود که بیماران گروه مداخله در مقایسه با بیماران گروه کنترل، بهبود بیشتری در رابطه با درک و ماهیت درد قفسه سینه از خود نشان دادند [۹]. Clarke و همکاران در مطالعه‌ای اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ۱۹ نفر و درمان شناختی- رفتاری بر ۲۶ آزمودنی مقاوم به درمان با مشکلات روان‌شناختی را مورد بررسی قرار دادند و گزارش کردند که در هر دو گروه بهبود مشاهده شد [۱۰]. در سال ۲۰۱۵، Mourad در کتاب خود نتیجه چندین پژوهش را مورد بررسی قرار داد. تمامی پژوهش‌ها در مورد تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه بوده و نتایج آن‌ها نشان می‌دهد که پس از درمان گروه آزمایش درد کمتری را نسبت به گروه کنترل تجربه کرده‌اند [۲۵]. در پژوهش Kolivand و همکاران که بر روی ۳۰ بیمار با درد مزمن انجام شد، مشخص گردید گروه آزمایش پس از درمان روند بهبودی خوبی را نسبت به گروه کنترل طی کرده بودند [۲۶]. همان‌گونه که مشاهده می‌گردد نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات ذکر شده هم‌راستا است. با توجه به این‌که عوامل روان‌شناختی در

در واقع، حجم زیاد افرادی که به خدمات پزشکی مراجعه می‌کنند، مشکل جسمی جدی ندارند. این ناآگاهی هزینه زیادی را به لحاظ اقتصادی، وقت و انرژی تحمیل می‌کند و ممکن است این بیماران تخت‌های بخش‌های ویژه را اشغال کرده و در نتیجه بیمارانی که نیاز واقعی و مبرم به بستری شدن داشته باشند، مورد رسیدگی به موقع قرار نگیرند. از سوی دیگر، افراد مبتلا به درد غیر قلبی قفسه سینه نیز به نتیجه درمانی مطلوب درمانی دست نخواهند یافت زیرا درد همچنان ادامه می‌یابد [۲۸].

تعارض منافع

نتایج این مطالعه با منافع هیچ سازمان یا افرادی تعارض ندارد.

سهم نویسندگان

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری فاطمه حیدری است. گردآوری اطلاعات و نگارش بر عهده فاطمه حیدری، اصلاحات بر عهده رضا پاشا و بهنام مکوندی، ویرایش نهایی بر عهده پرویز عسگری و علیرضا حیدری بوده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر در بیمارستان مرکز قلب تهران با کد اخلاق شماره ۵۷۷ انجام شده است، بدینوسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و نیز پرسنل و معاونت درمان بیمارستان که در انجام این طرح تحقیقاتی ما را یاری دادند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

پیشنهاد اصلی این پژوهش استفاده از روش درمانی حاضر در راستای درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد غیر قلبی قفسه سینه با منشأ غیر جسمی است، زیرا استفاده از روش حاضر در بیماران مبتلا به چنین دردهایی که منشأ روان‌شناختی دارد، بسیار کارآمد و مفید است. در این روش درمانی، اعتماد به نفس فرد بالا می‌رود و می‌آموزد که ترسی از بروز درد در هنگام انجام کارها نداشته باشد، لذا شروع به فعالیت کرده و در روند زندگی رضایت خاطر بیشتری به دست می‌آورد. پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌های آموزشی جهت این بیماران با روش حاضر برگزار شود تا موجب رشد ساختار تفکر و حل مسئله و در نهایت افزایش توانایی‌های جسمی بیمار گردد. همچنین، از این رویکرد در مراکز درمانی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دردهای مزمن جسمی با منشأ روانی استفاده شود. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه نمونه پژوهش حاضر معرف جامعه بیماران با دردهای غیر قلبی قفسه سینه در کل کشور نیست. در پژوهش حاضر انجام پیگیری دو ماه بعد از درمان، فراخوانی و جمع کردن افراد گروه‌ها سخت و دشوار بود و مردان تمایل و وقت کمتری نسبت به زنان جهت ادامه جلسات داشتند.

نتیجه‌گیری: درد قفسه سینه ناشی از بیماری قلبی عروقی بسیار خطرناک است و نیاز به درمان سریع و جدی دارد [۲۹]، اما بسیاری از عوامل روان‌شناختی نیز در بروز و تداوم درد غیر قلبی قفسه سینه نقش مهمی ایفا می‌کنند. اکثر افراد مبتلا به این درد نسبت به جنبه روان‌شناختی آن آگاه نیستند و در پی درد به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و به دنبال درمان‌های جسمی هستند و به نتیجه مطلوبی دست نخواهند یافت. این عدم اطلاع نسبت به مسائل روان‌شناختی سبب تکرار سیکل معیوب درمانی می‌گردد.

References

1. Fass R, Navarro-Rodriguez T. Noncardiac chest pain. JCG 2008; 42(5): 636-46.
2. Fass R, Achem SR. Noncardiac chest pain: epidemiology, natural course and pathogenesis. JNM 2011; 17(2): 110-23.
3. Schroeder S, Achenbach S, Körber S, Nowy K, de Zwaan M, Martin A. Cognitive-perceptual factors in noncardiac chest pain and cardiac chest pain. Psychosomatic medicine 2012; 74(8): 861-8.

4. Beheshti AS, Irajian GH, Darabian M, Shafaian M, Ghorbani R, Keshavarzian M, et al. Determination of frequency and severity of mental and psychological disorders in patients with Non-cardiac chest pain referred to the Cardiology Clinic. JSUMS 2005; 7(1,2): 101-6.
5. Zamani B. (dissertation). Determination of frequency and intensity of psychical disorders in patients with non-organic chest pain referred to cardiology clinic of Imam Khomeini hospital of Ardebil and affecting factors. Ardebil: Ardebil University of Medical Sciences; 2015:46-8. [Persian]
6. Alipurbaghi L. (dissertation). Explores the role of social support in improving the quality of life in hemodialysis patients Lorestan Province. Tehran: Faculty of Social Sciences, University of Allameh Tabatabaee; 2012: 22-3. [Persian]
7. Castillo-Richmond A, Schneider RH, Alexander CN, Cook R, Myers H, Nidich S, et al. Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans. Stroke 2000; 31(3): 568-73.
8. Frasure-Smith N, Lespérance F. Reflections on depression as a cardiac risk factor. Psychosomatic medicine 2005; 67: S19-S25.
9. Esler JL, Barlow DH, Woolard RH, Nicholson RA, Nash JM, Erogul MH. A brief cognitive-behavioral intervention for patients with noncardiac chest pain. Behavior Therapy 2003; 34(2): 129-48.
10. Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. JCBS 2014; 3(3): 179-88.
11. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual review of psychology 2001; 52(1): 685-716.
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10 nd ed. Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 88-98.
13. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. " Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. JPSP 1999; 77(4): 801-14.
14. Masten AS. Resilience in individual development: Successful adaption despite risk and adversity. 2nd ed. NJ: Lawrence Erlbaum; 1994: 15-6.
15. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. Addictive behaviors 2008; 33(5): 675-88.
16. 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. JPR 2011; 70(2): 117-23.
17. Hamzepour HT, Doosti YA, Mirzaiyan B, Fakhri MK. The effectiveness of group-based cognitive-behavioral therapy on perception of illness and perception of pain in patients with rheumatoid arthritis. JKUMS 2015; 20(3): 45-57. [Persian]
18. Alipour B, Mohammad beygi M. Mental health. 1nd ed. Tehran: Deklame Gran; 1996: 72- 90. [Persian]
19. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy 2011; 42(4): 676-88.
20. Imani M. Investigating the structural factor of psychological flexibility questionnaire in students. JSLI 2016; 8(1): 162-81. [Persian]
21. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. JPSP 1991; 61(1): 115-21.
22. Mansoury A, Bashipour RA, Mahmoud AM, Farnam A, Fakhari A. Comparison of worries, obsessive compulsive and ruminant in people with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, and normal people. JPS 2011; 7(4): 55-74. [Persian]
23. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. Pain 2010; 148(1): 141-7.
24. Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK. "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. The Journal of Pain 2008; 9(9): 841-8.
25. Mourad G. Improving care for patients with non-cardiac chest pain- Description of psychological distress and costs, and evaluation of an Internet-delivered intervention. 1nd ed. Sweden: Linköping University Electronic Press; 2015: 37-43.
26. Kolivand P, Nazarimahin A, Jafari R. The effect of eognitive-behavioral therapy on pain intensity in patients with chronic pain. ShKKJ 2015; 3(3): 70-5.
27. Hofmann SG. An Introduction to Modern CBT: Psychological Solutions to Mental Health Problems. 1nd ed. New York: Wiley-Blackwell; 2012: 93-105.

28. Carruthers P. Two systems for mindreading? Review of Philosophy and Psychology 2016; 7(1): 141-62.
29. Hayek SS, Ko Y-A, Awad M, Soto ADM, Ahmed H, Patel K, et al. Depression and chest pain in patients with coronary artery disease. IJC 2017; 230: 420-6.

The Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Flexibility and Rumination in Patients with Non-Cardiac Chest Pains

Heidari F¹, Asgari P², Heidari AR³, Pasha R⁴, Makvandi B⁴

1- PhD Student of Psychology, Dept of Psychology, Science and Research College of Khuzestan, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Associate Prof, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)
Email: Askary47@yahoo.com, Tel: 06134457174

3- Associate Prof, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4- Assistant Prof, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Received: 15 April 2018

Accepted: 16 September 2018

Introduction: Chest pain is from among the common complaints individuals make when referring to therapeutic centers, but often after examinations it becomes evident that the pain has a non-cardiac origin. The cognitive-behavioral therapy is a type of psychotherapy based on the two cognitive and behavioral perspectives, with an emphasis on correcting the behavior and changing it. Therefore, the current study was conducted aimed at investigating the effects of cognitive-behavioral therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pains.

Materials and Methods: This is a randomized educational trial study with a pretest and posttest design, and a follow-up with the control group after two months. The research sample was selected purposively, including patients having referred to Tehran Heart Hospital, comprised of 40 patients with non-cardiac chest pains who were then randomly divided into experimental and control groups. The subjects responded to the psychological flexibility and rumination questionnaires. The experimental group was subjected to eight 90-minute weekly sessions of cognitive-behavioral therapy and regarding the control group, weekly visits were conducted free of charge. The results were analyzed using the independent t-test, the two-way analysis of variance with repeated measurements, and the Bonferroni method, making use of software.

Results: The results demonstrated that after performing 8 sessions of cognitive-behavioral therapy, the mean score of the rumination scale decreased and that of psychological flexibility increased in the treatment group, in contrast to the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: Providing trainings in cognitive-behavioral therapy is effective in psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pains with physical disabilities.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Psychological flexibility, Rumination, Non-cardiac chest pain

Please cite this article as follows:

Heidari F, Asgari P, Heidari AR, Pasha R, Makvandi B. The Effects of Cognitive-Behavioral therapy on Psychological Flexibility and Rumination in Patients with Non-Cardiac Chest Pains Community Health journal, 2018; 12(1): 30-40.

Funding: personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Ahvaz Branch, Islamic Azad University and Tehran Heart Center approved this study ethically.