

مقاله اصلی

مقایسه میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۵

خلاصه

مقدمه

بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن، فرآیندهای شناختی و هیجانی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر، مقایسه میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی بود.

روش کار

پژوهش حاضر پژوهشی علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران دارای درد مزمن و غیر درد مزمن و افراد سالم بزرگسال (۱۸ سال به بالا) شهر همدان بودند که تعداد ۲۱۰ نفر (از هر گروه ۷۰ نفر) از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای ارزیابی اولیه از مصاحبه و پرونده پزشکی و پرسشنامه موردیابی درد مزمن استفاده شد، و به پرسش‌نامه‌های تحریفات شناختی ایس و پرسشنامه کیفیت زندگی واروشربون پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است.

نتایج

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی در متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). علاوه بر این نتایج بیانگر آن بود که میانگین نمرات تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی به شکل دو به دو نیز با هم تفاوت معنادار دارند. بدین صورت که گروه بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به دو گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن و افراد عادی دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری بود. همچنین گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن نیز نسبت به گروه افراد عادی به شکل معناداری دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، باید با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب نسبت به کاهش تحریف شناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دارای درد اقدام نموده تا از این طریق بتوان شاهد بهبود روند درمانی آنها بود.

کلمات کلیدی

تحریف شناختی، کیفیت زندگی، درد مزمن، غیر درد مزمن
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

اعظم عاشوری^{۱*}

محمداسماعیل ابراهیمی^۲

یداله قاسمی پور^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

* گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.

Email: ashori23@gmail.com

مقدمه

تأمین سلامتی اقبال مختلف جامعه یکی از مهم ترین مسائل اساسی هر کشوری است. سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۱۵، سلامتی را حالت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است (۱)، که با بیمار شدن افراد به خطر می افتد. مطالعات مانیتسلکا و همکاران (۲) نشان می دهد که علت اصلی ۴۰ درصد از ملاقات بیماران با پزشکان، درد است. طبق تعریف انجمن بین المللی درد (۳)، درد تجربه های ناخوشایند همراه با دو بعد حسی و هیجانی که ممکن است با آسیب بافتی مشخصی همراه باشد یا نباشد (۴). درد مزمن از علل عمده رنج، ناراحتی، ناتوانی و ازکارافتادگی در جوامع به شمار می آید (۵) که به طور کلی توسط عوامل چندگانه شناختی، عاطفی و محیطی تحت تأثیر قرار می گیرد. اگرچه ممکن است عوامل رفتاری و روان شناختی در شروع درد نقش چندان بارزی نداشته باشد اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می کنند (۶ و ۷) و به عنوان یک عامل فشارزای بسیار قدرتمند بر کیفیت زندگی افراد در ابعاد مختلف تأثیر می گذارد (۸).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که سطح بهینه ای از احساس بهزیستی در زمینه کارکردهای جسمانی، شناختی، روانی و اجتماعی را در برمی گیرد. کیفیت زندگی، رابط بین وضعیت سلامت شخص از یک سو و توانایی در دنبال کردن اهداف زندگی از سوی دیگر است. بنابراین برآورده شدن نیازها و اولویت های اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد. کیفیت زندگی مفهومی جامعی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در برمی گیرد. در بعد فیزیکی مهم ترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است. درک از کیفیت زندگی متأثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و از انجام فعالیت های روزمره نظیر مراقبت از خود، رفتن به محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی موثر است. در بعد اجتماعی - فرهنگی، نقش های هر فرد

در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی وی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی هستند (۹، ۱۰). امروزه کیفیت زندگی جمعیت ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می گیرد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم ترین هدف مداخلات درمانی نام می برند (۱۱) که بعد روانی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجانی است که مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب در آن مطرح می شود (۱۲) که در بیماران دچار درد مزمن بالاتر از سایر بیماران دیگر است چرا که این بیماران دچار دردهای هیجانی بودند که در نتیجه تحریفات شناختی است.

تحریف شناختی به عنوان باورهای بسیار اغراق آمیز، سفت و سخت، غیرمنطقی و مطلق تعریف شده است، هرگاه انسان به گونه ای غیرمنطقی فکر کند، رویدادهای زندگی را به شکلی متفاوت از آنچه که واقعاً هستند درک می کنند (۱۳). تحریف شناختی به معنای اشتباهات و سوگیری های شناختی است یعنی نحوه ای که بیمار موقعیت ها و فشارهای روانی را ارزیابی می کند و دیدگاهش نسبت به خود، دنیا و آینده و اعتقادات و نگرش - هایی که سبب افزایش آسیب پذیری او در برابر اختلالات هیجانی می شود. بر این اساس تحریف های شناختی اگر به شکل متناوب رخ داده و ادامه پیدا کند، منجر به ناراحتی ها و اختلالات روان شناختی در افراد می شود (۱۴). تحریفات شناختی از جمله عواملی است که با بسیاری از بیماری ها ارتباط دارد. شناخت درست و مطابق با واقعیت، عاملی مهم برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای متفاوت زندگی است. ناآگاهی و آگاهی نادرست و تحریف شده، فرد را در تحلیل آنچه در زندگی رخ می دهد دچار لغزش می کند، این لغزش ها و انحرافات، در سازگاری فرد با دنیای اطراف و به طور کلی در سازگاری با زندگی اثر می گذارد و کیفیت زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد. احساس رضایت افراد، آرامش آنها و کیفیت زندگی آنها با فرایند تفکر فرد ارتباط مستقیم دارد (۱۵)

از بین مراجعین دو بیمارستان (اکباتان و شهید بهشتی) و مطب پزشکان متخصص (دکتر سینتا و دکتر لشکری) در شهر همدان انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و تعیین اندازه اثر با توجه به $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/08$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (۲۹) محاسبه شد که در هر دو گروه ۷۰ نفر برآورد گردید. شرایط ورود به مطالعه در مورد آزمودنی شامل (۱) تحصیلات پایان دوره راهنمایی؛ (۲) داشتن حداقل ۱۸ سال سن؛ (۳) نداشتن اختلالات روان پزشکی عمده؛ (۴) سابقه ابتلا به درد مزمن به مدت ۶ ماه یا بیشتر بر اساس ارزیابی اولیه پرسشنامه مورد یابی درد مزمن و پرونده پزشکی بیماران، در گروه درد مزمن؛ (۵) سابقه ابتلا به بیماری مزمن بدون درد، به مدت ۶ ماه یا بیشتر بر اساس مصاحبه با بیماران و پرونده پزشکی آنها در گروه غیر درد مزمن. انتخاب و نمونه‌گیری افراد سالم از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، از بین معلمان چهار آموزشگاه شرعی، حاج بابایی، مهدیه و حجاب انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. ملاک شمول در این گروه داشتن سه شرط اول ذکر شده در بالا به اضافه نداشتن درد و بیماری مزمن بود.

ابزارها

پرسشنامه تحریفات شناختی

پرسشنامه تحریفات شناختی شامل ۲۰ عبارت است که به سنجش تحریف‌های شناختی مطرح شده توسط الیس (۱۹۹۸) با هدف دستیابی به ابزاری آسان برای آگاهی از تحریف‌های شناختی استفاده شده است و از آنجایی که بسیاری از مشکلات و هیجانات نامناسب ما از سوی تفکرات نامعقولمان است، آگاهی از این تفکرات برای رهایی از بخش عظیمی از مشکلات و مداخلات موجود در زندگی ضروری است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیسف لیکرت از کاملاً مخالفم: نمره ۱ تا کاملاً موافقم نمره ۵ انجام می‌گیرد. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. بر اساس نمره‌گذاری هر فردی که نمره بیشتری را کسب کند از تفکر مناسب‌تری برخوردار است و هر کس نمره کمتری را به خود اختصاص دهد از تحریف‌های شناختی بیشتری استفاده کرده است. پایایی خارجی آن از طریق همسانی

که در نتیجه به ارتباط بین کیفیت زندگی و انحرافات شناختی اشاره دارد.

بر اساس آنچه گفته شد، و از آنجایی که مطابق با پژوهش‌های اخیر، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهد بود و دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد (۱۶)، که به‌طور عمده و سریع در حال رشد می‌باشد به طوری که در ۳۰-۱۱ درصد از جمعیت عمومی روی می‌دهد (۱۷). طبق پژوهش اصغری مقدم (۱۸)، در جمعیت عمومی بزرگ‌سال (۱۸ تا ۶۵ سال) ایرانی، شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر از ۹ درصد تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است که نسبت به سایر کشورها از درصد بالایی برخوردار است.

از طرفی نتایج پژوهش‌های که این نتایج با پژوهش‌های نادری و همکاران (۱۹)، سرابندی و همکاران (۲۰)، نصیری امیری و همکاران (۲۱)، یدالله پور و همکاران (۲۲)، کارلس (۲۳) و هئو، لئین، اکولی و منسر (۲۴)، حیدرزاده و همکاران (۲۵)، بارسلوز و همکاران (۲۶)، سوزا و همکاران (۲۷)، یزدی‌راوندی و همکاران (۲۸) نشان داده است که افراد دارای درد در متغیرهای روانشناختی، هیجانی و شناختی با افراد عادی تفاوت دارند. اما تاکنون به بررسی کیفیت زندگی و تحریف شناختی این افراد پرداخته نشده است. حال با توجه به اهمیت تحریف‌های شناختی و کیفیت زندگی در شدت و تحمل درد، در این پژوهش میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی بیماران دارای درد مزمن، درد غیر مزمن و افراد عادی مورد مقایسه قرار می‌گیرد. سؤال اصلی تحقیق این است که آیا تفاوتی بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی بیماران دارای درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی، از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران دارای درد مزمن و غیر درد مزمن می‌باشد که در طی فاصله زمانی سه‌ماهه بهار ۱۳۹۳ برای دریافت خدمات درمانی به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی شهر همدان مراجعه کرده بودند، که ۲۱۰ نفر به عنوان گروه نمونه از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس

شد، ضرایب باز آزمایی برای کل نمونه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شد.

پرسشنامه موردیابی درد مزمن

پرسشنامه موردیابی درد مزمن که توسط اصغری مقدم (۱۸) تدوین شده است، ۳۱ ماده دارد که ضمن تشخیص و موردیابی افراد مبتلابه درد مزمن، جنبه‌های مختلف درد مزمن را ارزیابی می‌نماید. آزمون از بخش‌های مختلف تشکیل شده است. آزمودنی وضعیت خود را روی پاسخ‌های چندگانه مشخص می‌سازد. برخی از حیطه‌های آزمون روی مقیاس ۱۰ نقطه‌ای درجه‌بندی می‌شود که نمره صفر بیانگر هیچ و نمره ۱۰ بیانگر حداکثر علامت است. در پژوهشی توسط پولادی ریشهری (۳۳) ضرایب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ، تنصیف و باز آزمایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. بررسی اعتبار آزمون با تدوین چند سؤال ملاک انجام گرفت که ضریب همبستگی بین سؤالات ملاک و پرسشنامه درد مزمن $r = 0/68 = 2$ بود ($P < 0/01$). این پرسشنامه جهت ارزیابی اولیه درد مزمن (سؤال ۷ و ۸) و دریافت اطلاعات دموگرافیک مورد استفاده قرار گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی شفه) استفاده شد.

نتایج

این پژوهش از ۲۱۰ آزمودنی به‌عنوان گروه نمونه انجام گرفت که در هر گروه ۷۰ نفر (۰/۳۳) قرار گرفتند که ۵۹ درصد از نمونه آماری مورد مطالعه زن و ۴۱ درصد را گروه مردان تشکیل دادند. ۱۹ درصد از گروه نمونه آماری مورد مطالعه بیماران دارای تحصیلات زیردیپلم، ۳۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۲۱ درصد دارای تحصیلات کاردانی، ۲۴ درصد تحصیلات کارشناسی و ۶ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند و میانگین سن بیماران مورد مطالعه ۳۹/۴۹ سال بودند.

درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۷ و $I = 0/74$ و برای خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ و روایی آن از طریق همبستگی با خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۵۳ به‌دست آمده که همگی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی‌دار است (۳۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشریون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد که اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند (۳۱). این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی کامل قرار می‌دهد، بعد جسمانی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (عبارت شماره ۲ در هیچ‌یک از زیرمقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شوند). پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود (۳۲). روایی و پایایی داخلی پرسشنامه کیفیت زندگی، در مطالعه‌ی اصغری مقدم و همکاران (۱۸) که در دانشگاه شاهد بر روی ۴۰۴ دانشجوی انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل نمونه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شد. به‌منظور بررسی باز آزمایی ۳۶-SF آزمون یک هفته پس از اجرا بر روی ۱۲۰ نفر از همان افرادی که در مرحله‌ی اول پرسشنامه را پر کرده بودند انجام

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار تحریف شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی

مؤلفه ها		بیماران مبتلا به درد مزمن		افراد عادی	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۵۴/۶۷	۶/۰۱	۴۴/۸۴	۶/۳۴	۲۹/۷۱	۴/۵۴
۳۷/۰۸	۶/۶۳	۴۸/۳۴	۵/۰۷	۵۵/۲۰	۸/۱۲

نتایج حاصل از جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی با هم متفاوت است. اما معناداری این تفاوت توسط آمار استنباطی در ادامه مورد بررسی قرار می گیرد.

نتایج حاصل از جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی با هم متفاوت است. اما معناداری این تفاوت توسط آمار استنباطی در ادامه مورد بررسی قرار می گیرد.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه تحریف شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی

ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
۰/۹۱	۸۶/۴۲	۴	۴۱۴	
۰/۱۴	۱۷۲/۸۱	۴	۴۱۲	
۵/۸۱	۲۹۸/۰۴	۴	۴۱۰	۰/۰۰۰۱
۵/۷۵	۵۹۵/۵۱	۲	۲۰۷	

با معناداری آزمون واریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی تفاوت معنادار وجود داشته باشد. لذا جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی در کدامیک از متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی بوده، به بررسی واریانس تک متغیری پرداخته می شود.

با معناداری آزمون واریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی تفاوت معنادار وجود داشته باشد. لذا جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی در کدامیک از متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی بوده، به بررسی واریانس تک متغیری پرداخته می شود.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس تک متغیری جهت مقایسه تحریف شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
گروه	تحریف شناختی	۲۲۱۲۷/۷۸	۲	۱۱۰۶۳/۸۹	۴۳۸/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
	کیفیت زندگی	۱۱۷۱۰/۳۲	۲	۵۸۵۵/۱۶	۱۲۹/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
خطا	تحریف شناختی	۵۲۲۱	۲۰۷	۲۵/۲۲				
	کیفیت زندگی	۹۳۷۲/۴۵	۲۰۷	۴۵/۲۷				
کل	تحریف شناختی	۴۱۷۰/۱۶	۲۱۰					
	کیفیت زندگی	۴۸۲۵۳۲	۲۱۰					

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی در متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود داشته است. همچنین یافته ها بیانگر آنند که به ترتیب ۸۰ و ۵۵٪

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی در متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود داشته است. همچنین یافته ها بیانگر آنند که به ترتیب ۸۰ و ۵۵٪

جدول ۴- مقایسه دو به دو گروه‌ها در متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار معناداری
تحریف شناختی	بیماران با درد مزمن	بیماران با درد غیر مزمن	۰/۸۵	۰/۰۰۰۱
	بیماران با درد	افراد عادی	۰/۸۵	۰/۰۰۰۱
	بیماران با درد	بیماران با درد مزمن	-۹/۸۳	۰/۰۰۰۱
	غیر مزمن	افراد عادی	۱۵/۱۳	۰/۰۰۰۱
	افراد عادی	بیماران با درد مزمن	-۲۴/۹۵	۰/۰۰۰۱
	بیماران با درد مزمن	بیماران با درد غیر مزمن	-۱۵/۱۳	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	بیماران با درد مزمن	بیماران با درد غیر مزمن	۱/۱۳	۰/۰۰۰۱
	بیماران با درد	افراد عادی	۱/۱۳	۰/۰۰۰۱
	بیماران با درد	بیماران با درد مزمن	۱۱/۲۵	۰/۰۰۰۱
	غیر مزمن	افراد عادی	-۶/۸۵	۰/۰۰۰۱
	افراد عادی	بیماران با درد مزمن	۱۸/۱۱	۰/۰۰۰۱
	بیماران با درد غیر مزمن	بیماران با درد غیر مزمن	۶/۸۵	۰/۰۰۰۱

کیفیت زندگی کمتری بود. همچنین گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن نیز نسبت به گروه افراد عادی به شکل معناداری دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری بود. این نتایج با پژوهش‌های نادری و همکاران (۱۹)، سرابندی و همکاران (۲۰)، نصیری امیری و همکاران (۲۱)، یدالله پور و همکاران، (۲۲)، کارلس (۲۳) و هتو، لنین، اکولی و منسر (۲۴)، حیدرزاده و همکاران (۲۵)، بارسلوز و همکاران (۲۶)، سوزا و همکاران (۲۷)، یزدی‌راوندی و همکاران (۲۸) همخوانی دارد.

در زمینه تحریفات شناختی، نتیجه پژوهش نشان می‌دهد که میزان تحریفات شناختی در بیماران دارای درد مزمن و غیر درد مزمن بیشتر از تحریفات افراد عادی است و در بیماران درد مزمن بالاتر از بیماران غیر درد مزمن است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افراد مختلف در موقعیت‌های مشابه به گونه‌ای متفاوت عمل می‌کنند، چراکه احساسات متفاوتی دارند. در تمام صورت‌های خطاهای شناختی، فرد ذهن دیگران را می‌خواند یا تلاش می‌کند احساسات و عقاید آن‌ها را حدس بزند و به حدس خود اعتقاد کامل دارد و این در حالی است که توانایی حدس قطعی را ندارد. از آنجایی که خانواده و اطرافیان بیماران دارای درد مزمن و غیر درد مزمن به دلیل طولانی بودن مدت بیماری و شدت درد در جریان بیماری و مسائل مرتبط با آن قرار می‌گیرند و اغلب زندگی و امور عادی آنان متأثر از این بیماری می‌گردد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی به شکل دو به دو نیز با هم تفاوت معنادار دارند. بدین صورت که گروه بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به دو گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن و افراد عادی دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری بود. علاوه بر این گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن نیز نسبت به گروه افراد عادی به شکل معناداری دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی صورت پذیرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی در متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. علاوه بر این نتایج بیانگر آن بود که میانگین نمرات تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی به شکل دو به دو نیز با هم تفاوت معنادار دارند. بدین صورت که گروه بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به دو گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن و افراد عادی دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و

پژوهش به آن دسته از بیمارانی قابل تعمیم است که به صورت سرپایی در بیمارستان و کلینیک‌ها ویزیت می‌شدند. به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر آموزش اصلاح تحریفات شناختی بر کیفیت زندگی بیماران مورد تحقیق قرار گیرد و رابطه نوع بیماران و ویژگی‌های دموگرافیک آنان با میزان تحریفات شناختی آنان مورد پژوهش قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در یک نتیجه‌گیری کلی باید گفت که بین سه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن، غیر درد مزمن و افراد عادی در متغیرهای تحریف شناختی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. علاوه بر این گروه بیماران مبتلا به درد مزمن نسبت به دو گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن و افراد عادی دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری بود. همچنین گروه بیماران مبتلا به غیر درد مزمن نسبت به گروه افراد عادی به شکل معناداری دارای میانگین نمرات تحریف شناختی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری بود. این یافته باعث می‌شود تا به فرایندهای شناختی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد توجه بیشتری صورت پذیرد. چرا که عمده توجه در مورد این بیماران بر درمان فیزیولوژیکی استوار است. بر این اساس به نظر لازم می‌رسد تا با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب همچون درمانان ذهن آگاهی و درزمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به کاهش تحریف شناختی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران اقدام شود تا در نتیجه آن، بتوان با بهبود وضعیت روان‌شناختی، شناختی و هیجانی آنها، روند درمانی فیزیولوژیکی آنها را نیز تسریع بخشید.

تشکر و قدردانی

از کارکنان بیمارستان بعثت و بهشتی و پزشکان محترم و همچنین همه بیماران گرامی که در پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

بیماران نیز از این شرایط ناراحتند و معمولاً به واکنش‌ها و رفتارهای نزدیکان در مورد بیماری حساس‌اند و در مورد احساسات و عقاید اطرافیان در این زمینه حدس‌هایی می‌زنند (۲) و داوری‌هایی انجام می‌دهند که اغلب این ذهن‌خوانی‌ها با اشتباهات و انحرافات فراوانی و درنهایت با تحریفات شناختی در بیماران همراه است. این شرایط موجب می‌گردد تا بیماران درد مزمن و غیر درد مزمن تحریفات شناختی بیشتری نسبت به افراد عادی تجربه کنند.

نتیجه دیگر پژوهش در زمینه‌ی کیفیت زندگی نشان می‌دهد که افراد عادی نسبت به بیماران دارای درد مزمن و بیماران غیر درد مزمن دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند. همچنین بیماران غیر درد مزمن وضعیت بهتری نسبت به بیماران درد مزمن در این متغیر دارند. در تبیین این نتیجه می‌توان به این گفته‌ی بارسلوز و همکارانش (۳۰) اشاره کرد که هرچه شدت درد بیشتر باشد سلامت جسمانی، روان‌شناختی بیمار بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد و باعث ایجاد مشکلاتی مانند مشکلات خواب بیشتر، تحریک‌پذیری بیشتر و کم‌تر شدن فعالیت‌های حرکتی و بالاخره کم‌تر شدن تحمل بیمار می‌شود که همه‌ی این موارد کیفیت زندگی فرد را نسبت به کیفیت زندگی افراد با درد غیر مزمن با خطر بیشتری روبرو می‌کند. همچنین از آنجایی که افراد دارای بیماری‌های طولانی‌مدت و شدید (دارای درد مزمن و غیر درد مزمن) به علت بیماری و وضعیت ناشی از آن درک متفاوتی نسبت به افراد عادی از زندگی دارند و به تبع آن اهداف، انتظارات و خواسته‌هایشان متفاوت خواهد بود. آنان دارای نگرانی‌هایی در زمینه زندگی و بهبودی خود دارند، از به‌زحمت انداختن دیگران در رنجند، استقلالشان با توجه به وضعیت بیماری مورد تهدید است و نوع تفریح، فعالیت و تغذیه متفاوتی نسبت به افراد عادی دارند. مجموعه این عوامل موجب می‌گردد تا کیفیت زندگی آنان نسبت به افراد عادی پایین‌تر باشد.

محدودیت در دسته‌بندی دقیق بیماران دارای درد مزمن و غیر درد مزمن و عدم هنجاریابی آزمون تشخیص درد غیر مزمن و مزمن از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های

References

1. World Health Organization. Suicide rates. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates/en/, May 2015.
2. Belir S, Erfani N, Safaeerad J. The Relationship between Cognitive Distortions and Quality of Life among Postmenopausal, Infertile, under Hysterectomy, Uterine Leiomyoma and Normal Females. 2016. 1(4), 207-214.
3. Frisch M. A quick screen for DSM-IV disorders: The essential system approach. In L. VandeCreek & T. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 375- 384). Sarasota, FL: Professional resources Press.2002.
4. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med* 2002; 64: 773-786.
5. Mantyselka, P.; Kumpusalo, E.; Ahonen, R.; Kumpusalo, A.; Kauhanen, J.; Viinamaki, H.; Halonen, P. & Takala, J. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: A study in Finnish primary health care. *Pain*, 89. 175-180.
6. Kennedall PC. Assessment and cognitive- behavioral interventions: Purposes, Proposals, and Problems. In P.C. Kendall & S. D. Hollon(Eds.), *Assessment strategies for cognitive behavioral interventions*(pp.1-12) New York:Academic Press. 1981.
7. Michalos AC. *Global report on student well- being: Vol. I. Life satisfaction and happiness*. New York: Springer- Verlag 1991.
8. Souza CA, Oliveira LM, Scheffel C, Genro VK, Rosa V, Chaves MF, Cunha Filho JS. Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis-a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 41.
9. Orley J. WHO Meeting on quality of life: development of the WHOQOL instrument. *Quality of Life News* 1992; 4: 4
10. Park J. *Park's Textbook of Prevention and Social Medicine*. 15th Edition, Bondarsid S: India, 1995
11. Katschnig H, Krautgartner M. Quality of life: A new dimension in Mental Health Care. Sartorius N, Gaebel W, Lopez JJ, Maj M. *Psychiatry in society*. 2002; 171-85.
12. Campbell A, Vonverse PE, & Rogers WL. *The quality of American Life*. New York: Russell Sage.1976.
13. Ellis, A. (2005); *Rational emotive behavior therapy: a therapist's guide* (2nd Edition), With Catharine Maclaren. Impact Publishers.
14. Sadock BJ, Sadock AS, Sadock PRB. *Kaplan and Sadock comprehensive Text book of psychiatry*.2012.
15. Ansari Shahidi M, Zamani N. Compare the level of knowledge and quality of life in older women with a husband without a wife and Recent disengagement city of Hamedan. 2016. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*. 3(2).
16. Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R. & Sabate E. The challenge of chronic conditions: WHO responds? *BMJ*. 2010; 323:947-8.
17. Rustoen, T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S & Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain* 2004; 8(6): 555-565.
18. Asghari Moghadam GN, Strategy style with pain and adjustment people with chronic pain, *Behavior Daneshvar journal* 2006; 12(10): 19-27.
19. Nadery,K,Merghati khovby,E & Amimi,L (2013).Factors associated with quality of life in women with multiple sclerosis MS Society on a visit to Iran.*Monthly Kermanshah University of Medical Sciences*, 7, 614- 611
20. Sarabandi A, Mobaraki H, Kamali M, CHabok A, Soltani S. The effect of rehabilitation Services on quality of life for the blind *This research was supported by Tehran University of Medical Science (TUMS)*. 2012; 7(4): 48-56

21. Fatemeh Nasiri Amiri, Fahimeh Ramezani Tehran, Masoume Simbar, Reza Ali Mohammadpour Tahamtan. Components of quality of life of women with polycystic ovary syndrome: a qualitative study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2012; 52: 657-669.
22. Ydallhpur, M, Hassanzadeh, R & Fazlykobry, M (2013). Comparative study of " quality of life " from the perspective of positive psychology -oriented Islam. *Journal of Religion and Health*, 1, 5
23. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res* 2004; 13(1): 63-72.
24. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung*, 2009; 38(2): 100-8.
25. Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolaheidouzi pour J, Yousef I. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. *Holist Nurs Midwifery*. 2013; 23 (1):13-21.
26. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. [Quality of life of women with chronic pelvic pain: a crosssectional Analytical study]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32:247-253.
27. Souza CA, Oliveira LM, Scheffel C, Genro VK, Rosa V, Chaves MF, Cunha Filho JS. Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis-a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 41.
28. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Haghparast A, Ghaleiha A. Quality of life in patients with chronic pain disorders: Determination the role of intensity and duration of pain. 2016. *Koomesh*. 17(4): 836-843.
29. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1988.
30. Hamanci Z, Buyukozturk S. The interpersonal cognitive distortions scale: Development of the scale and investigation of its psychometric characteristics. *Psychological Reports*, 2004, 95, 291-303.
31. Weissman A. *The dysfunctional attitudes Scale*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy. 1997.
32. Montazeri A, Gostabi A, Vahdani nia M. Reliability and Validity of SF-36. *2006*; 5: 49-56.
33. Poladi A. *Pane Psychology*. Tehran. Nasle No Andish pub 2008.

Original Article

Comparison the level of cognitive distortion and life quality in the people with chronic pain, people with non-chronic pain and the habitual

Received: 09/11/2019 - Accepted: 05/01/2020

Azam Ashouri^{1*}
Mohammad Ismail Ebrahimi²
Yadollah Qasempour³

1 Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran.

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran.

3 Assistant Professor, Department of Psychology, University of Malayer, Malayer, Iran.

* Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran.

Email: ashori23@gmail.com

Abstract

Background: Chronic physiological diseases affect cognitive and emotional processes. according to this, accordingly the main goal of this research is comparing the level of cognitive distortion and life quality in the people with chronic pain, people with non-chronic pain and the habitual people in Hamedan.

Materials and Methods: The research method is based on the causal-comparative method. The Statistical group of this research is the whole 210 people with chronic and non-chronic pains and adults (upto18) in Hamedan whom selected based on the random cluster sampling. The necessary data gathered from the field Study and also by using the clinical interviewing about the pain kind and question aires of Alice cognitive distortion and varosherbon's questionnaire of life quality. The data analyzed based on some Statistical-descriptive indices Such as frequency, Percentage, Mean, graph, Standard deviation and deductive Statistics, Kolmogorov-Smirnov, MANOVA and shefeh post hoc test.

Results: The results showed that there was a significant difference between the three groups of patients with chronic pain, non-chronic pain and normal people in cognitive distortions and quality of life ($p < 0.001$). In addition, the results indicated that the mean scores of cognitive distortions and quality of life were significantly different between the three groups of patients with chronic pain, non-chronic pain, and normal individuals. Thus, the group of patients with chronic pain had higher average cognitive distortions and lower quality of life than the two groups of patients with non-chronic pain and normal subjects. Also, the patients with chronic non-pain had significantly higher mean cognitive distortions and lower quality of life than the normal group.

Conclusion: According to the findings of the present study, appropriate psychological treatments should be used to reduce cognitive distortions and improve the quality of life of patients with pain in order to improve their therapeutic process.

Keywords: Cognitive Distortion, Life Quality, Chronic Pain, non-Chronic Pain

Acknowledgement: There is no conflict of interest.