

تأثیر برنامه چند مدلی مدیریت درد بر درد ذهنی، فاجعه سازی درد در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۱۸

خلاصه

مقدمه

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه چند مدلی مدیریت درد بر درد ذهنی، فاجعه سازی درد در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد در سال ۱۳۹۸ بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نظر شیوه جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از همه بیماران زن و مرد بیمارستان رجایی قلب تهران در سال ۱۳۹۸ - ۹۹ که در نوار قلبی خصوصیات سندرم کرونری حاد را داشته و تشخیص به تأیید پزشک متخصص رسیده‌اند؛ بود. برای دستیابی به گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس با افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند انتخاب شدند و با توجه به جدول کوهن و میزان خطای ۱ درصد ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری، آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. در این مرحله پرسشنامه‌های درد ذهنی و فاجعه سازی درد به عنوان پیش‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد، سپس گروه آزمایش ۸ جلسه برنامه چند مدلی مدیریت درد را دریافت کردند، پس از پایان ۸ جلسه، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

نتایج

داده‌ها حاکی از تفاوت معنادار گروه آزمایش و کنترل در مقیاس درد ذهنی و فاجعه سازی درد بود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش تأثیر برنامه چند مدلی مدیریت درد را به عنوان یکی از روش‌های حمایتی در کاهش درد ذهنی و فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد نشان داد.

کلمات کلیدی

مدیریت درد، درد ذهنی، فاجعه‌سازی، سندرم کرونری حاد
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سحر صادقیان^۱

حسین ابراهیمی مقدم^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد رودهن

^۲ دانشیار، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد

رودهن

Email:

hosseinebrahimimoghadam6@gmail.com

مقدمه

سندرم کرونری حاد^۱ شامل انفارکتوس میوکارد با صعود قطعه ST و انفارکتوس میوکارد بدون صعود قطعه ST و آئزین صدری ناپایدار می‌باشد (۱). سندرم کرونری حاد شامل جمعیت گسترده و ناهمگونی از بیماران می‌شود که از بیماران با ناراحتی سینه، تغییرات غیراختصاصی نوار قلب و بیومارکرهای طبیعی تا بیماران با بالارفتگی انفارکتوس میوکارد و شوک کاردیوژنیک گسترده است (۲). اصطلاح ACS به این دلیل به کار می‌رود که اختلال‌های عروق کرونری مکانیزم‌های پاتوفیزیولوژیک مشترکی دارند که ماهیت اضطراری مشکل و نیاز به تشخیص سریع جهت رسیدن به حداکثر نتایج درمانی مطلوب را منعکس می‌نماید (۳). بیماران مبتلا به ACS ممکن است نشان‌های غیراختصاصی را برای هفته‌ها یا ماه‌ها قبل از رخداد قلبی تجربه کنند، این موارد، شامل خستگی، کوتاهی نفس، اختلال‌های گوارشی، اضطراب و احساس ناراحتی در قفسه سینه می‌باشند (۴). به دلیل وجود شباهت در فرآیند آئزین ناپایدار و انفارکتوس حاد، واژه سندرم حاد کرونری ممکن است برای همه این تشخیص‌ها به کار رود (۵).

گزارش‌های مختلف نشان داده‌اند که زنان عوارض بیشتری را نسبت به مردان پس از سکته قلبی حاد تجربه می‌کنند (۶). وضعیت سلامتی زنان پس از رخداد‌های قلبی-عروقی ضعیف‌تر از مردان است (۷). شاید این مسئله به دلیل تفاوت در زمان شروع درمان بین زنان و مردان باشد که در برخی از مطالعات نیز گزارش شده است (۸). تاخیر مراجعه زنان به اورژانس بیشتر است و اشتباه‌های تشخیصی نیز در آن‌ها بیشتر رخ می‌دهد (۹). مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در زنان بیشتر از مجموع مرگ و میر ناشی از سرطان سینه، تخمدان و رحم است (۶). بیماری‌های قلبی و عروقی در زنان تا پس از منوپوز به تاخیر می‌افتند اما پس از آن به شدت زیاد می‌شوند و مرگ و میر در زنان حتی بیشتر از مردان می‌شود (۱۰). با این وجود زنان کمتر احتمال می‌دهند که بر اثر بیماری قلبی از دنیا بروند، زمانی که از زنان سؤال می‌شود که از چه چیزی بیشتر می‌ترسند جواب آن‌ها سرطان سینه است، در حالی که مرگ بر

اثر سکته قلبی ۱۰ برابر بیشتر از سرطان سینه در بین زنان است (۶). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که به دلیل تاخیر بیشتری نسبت به مردان در ACS نامشخصی زنان مبتلا به پیگیری مراقبت‌های سلامتی دارند (۳). هرچند زنان بیشتر از مردان از مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌کنند. اما اغلب در تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی با مشکل مواجه‌اند، یکی از دلایل بروز این مشکل این است که ارائه‌دهندگان ACS خدمات بهداشتی و خود زنان در شناسایی علائم زودرس مشکل دارند (۶). روزنفلد و همکارانش بر اساس نتایج مطالعه‌شان به این نتیجه رسیدند که مشکل در تفسیر شدت نشانه‌ها فاکتور پیش بینی کننده تاخیر در پیگیری مراقبت درمانی در زنان است (۱۱). یک توضیح ممکن در مورد تاخیر زنان ممکن است این باشد که را همانند مردان تجربه نمی‌کنند، بنابراین ACS شاید زنان نشانه‌های این امکان وجود دارد که زنان در پذیرش بیماری قلبی مشکل داشته باشند و مانند مردان سبب به پیگیری آن اقدام نکنند (۱۲). از بین نشانه‌های بیماری‌های قلبی درد قفسه سینه بیشتر به عنوان نشانه اولیه شناخته شده است، هر چند ممکن است دلایل مختلفی داشته باشد که یکی از آن‌ها بیماری‌های قلبی و عروقی است (۱۳). الگوی درد و نحوه تفسیر آن در بین زنان و مردان بسیار متفاوت است، بیش از یک مدل برای تفاوت تفسیر درد در زنان و مردان پیشنهاد شده است. فاکتورهای مختلفی از قبیل فاکتورهای بیولوژیک، فرهنگی، فردی و انتظارها نقشی مورد بحث قرار گرفته‌اند (۱۴). مدل بیولوژیک این گونه فرض می‌کند که وجود هورمون استروئید باعث تفاوت در مسیرهای انتقال درد می‌شود (۱۵). در مدل انتظارها نقشی بر هویت زنان به عنوان "مراقب طراحی شده" خانواده تأکید شده است و معتقد است ایفای نقش مراقبتی در خانه سبب ساز ایجاد تفاوت احساس درد در زنان و مردان می‌گردد (۱۴). با وجود تمام این تفاوت‌ها بسیاری از پزشکان معتقدند که بسیاری از دردهای سینه در زنان منشأ قلبی ندارد که این خود زمینه ساز به وجود آمدن مشکلاتی در تشخیص بیماری در زنان می‌شود توافق کلی بر وجود تفاوت بین تظاهرات بالینی سندرم کرونری حاد وجود ندارد، برخی مطالعات بین زنان و مردان تفاوت‌های قابل توجهی را پیدا

¹ Acute Coronary Syndrome

کرده‌اند در حالی که برخی دیگر وجود این تفاوت را رد کرده‌اند. با این وجود اطلاعات محدود و غیر قابل اتکایی در مورد این تفاوت وجود دارد. برخی مطالعات از نتایج خود اینطور نتیجه گرفته‌اند که زنان علائم بیشتری را نسبت به مردان نشان می‌دهند (۱۶). برخی مطالعات تظاهرات بالینی کاملاً متفاوتی را در بین زنان و مردان توصیف نمودند (۱۷)، زنان تهوع، استفراغ و عوارض گوارشی بیشتری را نشان دادند در حالی که در هر دو گروه افراد مبتلا به بیماری قلبی بدون درد به صورت یکسان وجود داشت و تنگی نفس شایع‌ترین علامت در بیماران بدون درد دو گروه بود (۱۸). نحوه بروز درد نیز در بین مردان و زنان متفاوت گزارش شده است، شکایت از درد گردن، پشت، فک و حالت تهوع در مردان کمتر از زنان بود در حالی که تنگی نفس، درد دست و تعریق در مردان بیشتر از زنان گزارش شده بود (۱۹، ۲۰). در زنان دردهای پیشرونده که با استراحت بهبود می‌یابند بیشتر است (۲۱). زنان درد بیشتری را در هنگام فعالیت‌های روزمره نشان می‌دهند در حالی که درد حین ورزش در مردان بیشتر است (۲۲). رویکردهای درمانی گوناگونی برای درمان بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد وجود دارد که از آن جمله دارو، جراحی، تزریق موضعی، فیزیوتراپی، تحریک، درمان‌های روانشناختی (هیپنوتیزم، تن آرامی، درمان شناختی، رفتار درمانی)، روان پزشکی، رویکردهای جایگزین (یا طب مکمل) می‌باشد (۲۲).

به تازگی انجمن روانشناسی آمریکا، درمان روانشناختی بیماران دارای دردهای مرتبط با سندرم کرونری حاد را به عنوان یکی از بیست و پنج حوزه‌ای که در آن بهره‌گیری از دانش روان‌شناسی دارای حمایت‌های تجربی و بالینی می‌باشد، معین کرده است (۲۲). مشاهدات بالینی و پژوهش‌های به عمل آمده در مورد سندرم کرونری حاد نشان می‌دهد که مبتلایان به سندرم کرونری حاد مشکلات روانشناختی و رفتاری متفاوتی را دارند و در سازگاری با درد اختلالات چشمگیری را نشان می‌دهند (۲۳).

درمان‌های شناختی رفتاری سندرم کرونری حاد از سال ۱۹۸۳ به بعد، روز به روز گسترش بیشتری یافته است و اکنون دست کم چهار الگو (مدل) از آن در دنیا مورد استفاده است: مدل سیاتل^۱

(آمریکای شمالی)، مدل اینپوت^۲، مدل سالفورد^۳ (انگلستان) و مدل ادپت^۴ (استرالیا) (۲۴). الگوی درمانی که ما از آن استفاده کردیم تحت عنوان ADAPT مشهور است. این روش به بیمار در رویارویی با مشکلات ناشی از درد کمک می‌کند، مهم است به خاطر داشته باشید که چون سندرم کرونری حاد است، این برنامه علاج یا رفع درد نمی‌کند، با این وجود بسیاری از افراد گفته‌اند که استفاده از آن مشکلات درد آن‌ها را نسبت به پیش از آن کمتر کرده است (۲۲).

رویکرد درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد، بر اساس این فرض استوار است که بیمار با این باور که بسیاری از مشکلات او غیر قابل کنترل است وارد مرحله‌ی درمانی می‌شود. بنابراین، اهداف درمان شناختی- رفتاری این است که در ابتدا این انتظار را در بیماران به وجود آورد که می‌توانند مشکلات خود را به نحوی مؤثر کنترل کنند و سپس لازم است مهارت‌هایی را به آن‌ها آموزش داد تا بتوانند به نحوی مؤثر هم به مشکلات فعلی و هم به مشکلات جدیدی که بعد از پایان درمان به وجود می‌آیند، پاسخ دهند. برنامه‌ی شناختی رفتاری کنترل درد به طور آشکار تلاش می‌کند تا به بیمار در شناسایی و ایجاد تغییر در باورها، شناخت‌ها و راهبردهای مقابله غیر انطباقی یا غیر سودمند کمک کند که بر مبنای پژوهش‌های موجود علت بروز برخی از مشکلات مشاهده شده در بین بیماران سندرم کرونری حاد به شمار می‌آید (۲۲). فراتحلیل‌های متعدد، کارایی درمان‌های شناختی- رفتاری را در درمان مشکلات بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد نشان داده‌اند (۲۵-۲۷). پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نیز حاکی از این امر است (۲۸، ۲۹). حال با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا درمان شناختی- رفتاری مدیریت درد بر درد ذهنی، فاجعه سازی درد در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد مؤثر است؟

روش کار

روش پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع آوری شده جزء مطالعات کمی، از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی و

² Input

³ Salford

⁴ Adapt

¹ Seatel

در نظر گرفته شود. برخی از ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده در این پژوهش عبارتند از: پژوهشگر تمام مراحل پژوهش را صادقانه و شفاف توضیح داده است و نظر داوطلبین را برای شرکت در آزمون جلب کرده است. تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش قبل از پاسخ دادن به سوالات آزمون‌ها فرم رضایت شرکت در پژوهش را امضا کرده‌اند و می‌توانند در هر مرحله از پژوهش انصراف دهند. پژوهشگر متعهد است، تمامی اطلاعات داوطلبین به صورت محرمانه باقی بماند. داوطلبین از اینکه می‌توانند به صورت ناشناس و بدون نوشتن نام و نام خانوادگی در این پژوهش شرکت کنند. پژوهشگر به هر فرد درگیر در فرآیند پژوهش به طور اخلاقی احترام گذاشته و از تبعیض بین قومیت‌ها، جنسیت‌ها، وضعیت اجتماعی و اقتصادی اجتناب کرده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه درد ذهنی: این پرسشنامه توسط ملزاک (۱۹۹۷) تهیه شده است. این پرسشنامه ۲۰ مجموعه عبارت داشته و هدف سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد. اگر پاسخ دهنده هیچ یک از عبارات را مطابق با توصیف درد خود ندانست به آن مجموعه نمره صفر تعلق می‌گیرد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور بدست آورد امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه نماید. امتیاز بالاتر نشان دهنده میزان ادراک درد بالاتر در فرد پاسخ دهنده است و برعکس. در پژوهشی، روایی این پرسشنامه ۰/۶۱ می‌باشد که مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ بدست آمد (۳۰). در پژوهشی داخلی نیز، روایی این پرسشنامه ۰/۷۳ گزارش شد و پایایی نیز توسط آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد (۳۱).

پرسشنامه فاجعه سازی درد: این پرسشنامه توسط سالیون و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است و یک ابزار ۱۳ آیتمی است که از طریق آن از شرکت کنندگان خواسته می-

از نظر شیوه جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از همه بیماران زن و مرد بیمارستان رجایی قلب تهران در سال ۱۳۹۸-۹۹ که در نوار قلبی خصوصیات سندرم کرونری حاد را داشته و تشخیص به تایید پزشک متخصص رسیده‌اند؛ بود. برای دستیابی به گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس با افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، انتخاب شدند و با توجه به جدول کوهن و میزان خطای ۱ درصد، ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری، آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش شامل، وجود تشخیص قطعی سندرم کرونری حاد توسط پزشک متخصص، داشتن وضعیت پایدار فیزیولوژیک جهت پاسخ دادن به سوال‌ها، توانایی صحبت کردن و درک کامل زبان فارسی، سن ۳۰ سال و بالاتر، عدم اعتیاد به الکل، نداشتن بیماری عضلانی-اسکلتی یا گوارشی در زمان ایجاد بیماری قلبی، عدم کاهش سطح هوشیاری و بیهوشی در زمان ظهور علائم، ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و روانی غیر از سندرم کرونری حاد که منجر به تداخل با متغیرهای تحقیق شود، عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در جلسات، پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، ۳۰ نفر از بیمارانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، مورد شناسایی قرار گرفتند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. برای انجام پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه‌ی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای آزمودنی‌ها توضیح داده می‌شود و به آن‌ها ملاحظات اخلاقی تحقیق توضیح داده شده، پس از پایان دوره به پرسشنامه‌های درد ذهنی و فاجعه سازی درد پاسخ دادند. در این مدت گروه کنترل در انتظار ماند و درمانی روی آن‌ها اعمال نشد. بعد از ۴ ماه از اجرای آزمون مجدد، آزمون پیگیری (follow up) روی آزمودنی‌ها اجرا گردید. رعایت اخلاق و حقوق انسانی از اصول اولیه هر پژوهشی است که باید در تمامی مراحل پژوهش

جلسه دوم: گفتگو در مورد ضرورت تنظیم اهداف رفتاری، اثرات عدم فعالیت بر بدن و چرخه‌ی معیوب فعالیت در بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد و آموزش و تمرین تکنیک تن آرامی؛ جلسه سوم: توضیحاتی در مورد ورزش و حرکات کششی و تمرین تکنیک تن آرامی؛ جلسه چهارم: شناسایی و چیره شدن بر موانع تغییر و گفتگو در مورد شیوه‌های مفید و غیرمفید تفکر راجع به درد و تمرین تکنیک تن آرامی؛ جلسه پنجم: شناسایی و به چالش کشیدن افکار غیرمفید در برابر افکار مفید، آموزش و تمرین فنون انحراف توجه و تمرین تکنیک تن آرامی؛ جلسه ششم: صحبت در مورد فشار روانی و چگونگی کنترل آن، آشنایی با حل کساله و کاربرد آن و تمرین تکنیک تن آرامی؛ جلسه هفتم: گفت و گو در مورد اثرات کمبود خواب خوب، ارائه راهبردهایی برای بهبود بخشیدن به خواب و تمرین تکنیک تن آرامی؛ جلسه هشتم: مرور تکالیف پیشین و و راهبردهایی برای حفظ تغییرات و جلوگیری از افت درمانی؛ برای مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. براساس این جدول، تفاوتی بین گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای سن، تحصیلات (برحسب سال) و مدت بیماری آزمودنی‌ها (براساس سال) وجود نداشت. با توجه به اطلاعات جدول ۲، میانگین نمرات درد ذهنی برای گروه آزمایش در پیش آزمون ۳۵/۸۰ و در پس آزمون ۴۸/۲۷ به دست آمده است. در متغیر فاجعه سازی درد نیز میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون ترتیب ۱۶/۳۵، ۱۲/۷۸ بوده است. مقادیر میانگین این متغیرها برای گروه کنترل نیز در جدول ارائه شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و انتخاب نوع آزمون‌های مربوطه، ابتدا باید به بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرها پرداخت. اگر متغیرها هنجار باشند، استفاده از آزمون‌های پارامتریک و همین‌طور استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک مجاز خواهد بود.

شود که تجارب دردناک گذشته را منعکس کرده و همچنین درجه‌ای را که آنها به هر یک از ۱۳ افکار یا احساساتی که در هنگام درد تجربه می‌کنند، بر روی مقیاس ۵ گزینه‌ای با دامنه ۰ = به هیچ وجه یا اصلاً، ۴ = همه اوقات یا همیشه مشخص می‌نمایند. این پرسشنامه را می‌توانید در کمتر از ۵ دقیقه انجام و نمره گذاری نمائید. PCS شامل یک نمره کلی و سه خرده مقیاس می‌باشد: ۱- نشخوار فکری، ۲- بزرگ نمائی و ۳- درماندگی. نتایج تحقیقات در زمینه بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه نشان دهنده پایایی درونی مناسب تا بسیار خوب این پرسشنامه می‌باشد (آلفای کرونباخ: نمره کلی PCS: ۰/۸۷، نشخوار: ۰/۸۷، بزرگ نمائی: ۰/۶۶، درماندگی: ۰/۷۸؛ سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵). نمره کلی با جمع کردن پاسخ‌های داده شده به هر ۱۳ آیتام با دامنه ۰ تا ۵۲ بدست می‌آید (۳۲). خرده مقیاس‌های PCS نیز با جمع کردن هر آیتام مرتبط با هر یک از سه خرده مقیاس بر اساس جدول زیر بدست می‌آید. در پژوهشی داخلی، روایی پرسشنامه حاضر را در پژوهش خود ۰/۶۹ اعلام کرد که این مقدار مورد تایید است و از طرفی پایایی نیز براز خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۸۳ گزارش نمود (۳۳).

برنامه چند مدلی مدیریت درد

برنامه مدیریت درد (ADAPT) در مرکز تحقیقات و کنترل درد دانشگاه سیدنی واقع در بیمارستان رویال نورث شهر سیدنی، از سال ۱۹۹۴ تکوین پیدا کرده است. اساس ADAPT مبتنی بر کاری است که نیکولاس و همکاران در بیمارستان سنت توماس لندن در سال ۱۹۸۸ شروع کردند. این برنامه که در سنت توماس لندن به INPUT معروف بود با یک طرح تحقیقاتی شروع شد، تا تاثیر درمان دوره یک ساله بسنجد. الگوی درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، بر اساس ADAPT شامل ۸ جلسه درمانی بوده و بیماران به طور هفتگی در جلسات شرکت خواهند کرد. مدت هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بوده و در بین هر جلسه یک استراحت ۱۵ دقیقه‌ای داشت. جلسه اول: پس از ارائه قوانین و فرایند درمان و به چالش کشیدن انتظارات نامعقول مراجع از درمان، در مورد سندرم کرونری حاد و پیامدهای آن توضیحاتی داده خواهد شد؛

($P < 0/05$). این مفروضه‌ها تایید می‌کنند که تحلیل کوواریانس می‌تواند انجام شود. با توجه به داده‌های جدول ۳، بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای درد ذهنی و فاجعه سازی درد تفاوت معنی دار وجود دارد. اینگونه نتیجه می‌شود که درمان مدیریت درد بر درد ذهنی و فاجعه سازی درد در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد تاثیر دارد ($P < 0/05$).

سطوح معنی داری آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش (درد ذهنی و فاجعه سازی درد) بیشتر از ۰/۰۵ بود. در نتیجه توزیع مشاهده شده با توزیع نظری یکسان می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند. لذا با توجه به اینکه توزیع نمرات متغیرها نرمال می‌باشد از آزمون پارامتریک استفاده می‌شود. در مرحله بعد، با استفاده از آزمون لون و ام‌باکس، مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تایید شد ($P > 0/05$). مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز تایید شد

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف استاندارد سن، تحصیلات و مدت بیماری گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	معنی داری
سن	۳۶/۱۲ + ۵/۱۲	۳۵/۹۹ + ۵/۵۱	۰/۰۹
تحصیلات (بر حسب سال)	۱۴/۱۳ + ۱/۱۳	۱۴/۰۷ + ۰/۹۹	۰/۰۷
مدت بیماری (بر حسب سال)	۵/۱۵ + ۲/۲	۵/۰۱ + ۲/۲۴	۰/۱۱

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درد ذهنی	پیش آزمون	۳۵/۸۰	۳/۲۱	۴/۹۲
	پس آزمون	۴۸/۲۷	۳/۱۷	۲/۹۰
	پیگیری	۴۷/۶۰	۳/۵۶	۳/۹۵
فاجعه سازی درد	پیش آزمون	۱۶/۳۵	۱/۰۸	۱/۹۴
	پس آزمون	۱۲/۷۸	۱/۴۳	۱/۱۳
	پیگیری	۱۶/۲۲	۱/۴۰	۱/۴۹

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره درد ذهنی و فاجعه سازی درد در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

گروه	متغیرهای وابسته مجموع مربعات درجه آزادی میانگین مربعات	F	معنی داری	مجذور اتا	کنترل_آزمون * درد ذهنی	
					۱	۱۵۴۰/۲۶۷
پیش_پس	فاجعه سازی درد	۲۵۲/۱۵۰	۱	۲۵۲/۱۵۰	۰/۰۰	۰/۰۰
	درد ذهنی	۶۱۲/۰۶۰	۱	۶۱۲/۰۶۰	۰/۰۵۹	۰/۰۶۵
	فاجعه سازی درد	۹۹/۲۲۷	۱	۹۹/۲۲۷	۰/۰۹۶	۰/۱۸

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که برنامه چند مدلی مدیریت می‌تواند درد بر درد ذهنی، فاجعه سازی درد را در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد کاهش دهد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش فلور و همکاران (۱۹۹۲)،

یونگ^۱ (۱۹۹۲) سبرو^۲ و همکاران (۱۹۹۳)، پارکر^۳ و همکاران (۱۹۹۹)، لیبینگ^۴ و همکاران (۱۹۹۹)، مورلی^۵ و همکاران

¹ Young

² Sebro

³ Parker

⁴ Leibing

⁵ Morley, & et al

فاجعه‌آمیز کردن درد، گفتگو در مورد نقش تفکر و شیوه‌های مفید و غیرمفید تفکر راجع به درد و مسأله‌گشایی بوده است. بدیهی است این شیوه‌ی مداخله می‌تواند منجر به ایجاد تغییرات شناختی در بیماران گردد و باعث تقویت خودکارآمدی شود. پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد حمایت از نقش خودکارآمدی بالا در سازگاری بهتر با درد وجود دارد. این مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی بالا با عواطف منفی پایین در بین بیماران مبتلا به درد مزمن همراه است (۲۲). بنابراین، تقویت خودکارآمدی در رابطه با درد را می‌توان واسطه‌ی بین مداخله‌ی شناختی- رفتاری و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس دانست. از طرف دیگر، بررسی محتوای جلسات درمانی نشان می‌دهد که ایجاد تغییرات رفتاری یکی از اهداف مداخله‌ی شناختی- رفتاری انجام‌شده در این پژوهش بوده است. در این زمینه می‌توان به مواردی چون تنظیم اهداف رفتاری، تدوین اهداف کوچک، سهل‌الوصول و پیشرونده، استفاده از روش آرامش عضلانی، شکستن چرخه‌ی درد شدید- استراحت طولانی و توصیه به انجام کشش‌های عضلانی اشاره کرد. به نظر می‌رسد روش‌های رفتاری فوق توانسته است از طریق ایجاد حس مثبت بودن در فرد به کاهش عواطف منفی او کمک کنند.

اشاره بدین نکته نیز ضروری به نظر می‌رسد که پژوهش حاضر حرکتی محدود همراه با محدودیت‌های خاص خود بوده است و از آن‌جا که پژوهشی بدین شکل برای نخستین بار در ایران انجام گرفته است، مسلماً یافته‌های تکمیلی و پژوهش‌های آتی می‌توانند نکات جدید و افق‌های نوینی را در این راه آشکار سازند تا تعمیم نتایج را به نمونه‌های ایرانی در حد قابل اطمینان‌تری میسر گرداند. از طرفی، محدود بودن نمونه نیز می‌تواند تعمیم یافته‌ها را محدود سازد. پژوهش‌های آتی با غلبه بر این محدودیت‌ها و بازبینی اندازه‌گیری‌های متغیرهای پژوهش می‌تواند به تعمیم بیشتر یافته‌ها نزدیک شود.

(۱۹۹۹)، گوزمن، اسمیل، کارجالاین^۱ و همکاران (۲۰۰۱)، مک کراکن^۲ و همکاران (۲۰۰۲)، ناترو و مونتگومری^۳ (۲۰۰۶)، همسو و همخوان است (۲۵، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۲۶، ۲۷، ۳۸، ۳۹). به‌طور اختصاصی‌تر، یافته‌های این پژوهش هم‌راستا با یافته‌های پژوهش پیشین در مورد کارایی برنامه‌ی چند مدلی مدیریت درد است که در آن نشان داده شد، بیمارانی که در برنامه مذکور شرکت کرده بودند، نسبت به آن‌هایی که فقط تحت درمان پزشکی معمول قرار گرفته بودند، از نظر کاهش مصرف دارو، بهبود روحیه، بهبود اعتماد به نفس و افزایش سطح فعالیت، عملکرد بهتری داشتند. در ضمن، این بیماران علی‌رغم این که کاهش معنی‌داری را در شدت درد خود گزارش نکرده بودند، از خلق بالاتر و توانایی انجام اعمال روزانه‌ی بهتری نسبت به پیش از درمان برخوردار بودند (۲۲).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درد ذهنی و فاجعه‌سازی درد با درجات بالایی از افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد روزانه، سطح پایین خودکارآمدی و استفاده شدید از راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی، همراه است. این موضوع نشان می‌دهد که درد مزمن مشکلی است که در تمام بخش‌های دنیا، کم و بیش با پیامدهای نزدیک و همسانی، خود را نشان می‌دهد. بدین خاطر، آنچه که وجهی همت مطالعه‌ی حاضر بوده، امری است که در سایر مداخله‌های صورت‌گرفته در بخش‌های مختلف‌های دنیا آماج درمان بوده‌اند. این شاید یکی از شباهت‌های بین یافته‌های این مطالعه و یافته‌های مطالعات دیگر است.

دلیل دیگری که در رابطه با مشابهت بین یافته‌های این مطالعه و مطالعات انجام‌شده در بقیه‌ی بخش‌های دنیا می‌توان ذکر کرد به مکانیسم اثر درمان شناختی- رفتاری برمی‌گردد. در این رابطه، نقش متغیرهای شناختی که واسطه‌ی بین درمان و برآیند درمان قرار می‌گیرند، حائز اهمیت است. نگاهی به محتوای جلسه‌های درمانی نشان می‌دهد که آماج مداخله‌ی انجام شده، تقویت خودکارآمدی بیماران، چالش با شناخت‌های غیرسودمند در زمینه‌ی کنترل درد ذهنی، ضرورت اجتناب از

¹ Guzman, Esmail, Karjalainen, & et al

² MvCracken

³ Tatrow & Montgomery

References

1. Thygesen K, Mair J, Giannitsis E, Mueller C, Lindahl B, Blankenberg S, Huber K, Plebani M, Biasucci LM, Tubaro M, Collinson P. How to use high-sensitivity cardiac troponins in acute cardiac care. *European heart journal*. 2012 Sep 1;33(18):2252-7.
2. Scirica BM. Acute coronary syndrome: emerging tools for diagnosis and risk assessment. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010 Apr 6;55(14):1403-15.
3. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: a review of the research. *Heart & Lung*. 2005 Jul 1;34(4):240-7.
4. Graham MM, Westerhout CM, Kaul P, Norris CM, Armstrong PW. Sex differences in patients seeking medical attention for prodromal symptoms before an acute coronary event. *American heart journal*. 2008 Dec 1;156(6):1210-6.
5. Rittger H, Hochadel M, Behrens S, Hauptmann KE, Zahn R, Mudra H, Brachmann J, Senges J, Zeymer U. Age-related differences in diagnosis, treatment and outcome of acute coronary syndromes: results from the German ALKK registry. *EuroIntervention: journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology*. 2012 Feb;7(10):1197.
6. Patel H, Rosengren A, Ekman I. Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference?. *American heart journal*. 2004 Jul 1;148(1):27-33.
7. Antoniadis AP, Mortier P, Kassab G, Dubini G, Foin N, Murasato Y, Giannopoulos AA, Tu S, Iwasaki K, Hikichi Y, Migliavacca F. Biomechanical Modeling to Improve Coronary Artery Bifurcation Stenting: Expert Review Document on Techniques and Clinical Implementation. *JACC Cardiovasc Interv*. 2015; 8: 1281-96. antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2018;39:213-60.
8. Takakuwa KM, Shofer FS, Hollander JE. The influence of race and gender on time to initial electrocardiogram for patients with chest pain. *Academic emergency medicine*. 2006 Aug;13(8):867-72.
9. Boccardi L, Verde M. Gender differences in the clinical presentation to the emergency department for chest pain. *Italian Heart Journal*. 2003 Jun;4:371-3.
10. Sheifer SE, Escarce JJ, Schulman KA. Race and sex differences in the management of coronary artery disease. *American heart journal*. 2000 May 1;139(5):848-57.
11. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *The Lancet Neurology*. 2011 Jan 1;10(1):63-74.
12. Moser DK, Robinson S, Biddle MJ, Pelter MM, Nesbitt TS, Southard J, Cooper L, Dracup K. Health literacy predicts morbidity and mortality in rural patients with heart failure. *Journal of cardiac failure*. 2015 Aug 1;21(8):612-8.
13. Boster A, Hreha S, Berger JR, Bao F, Penmesta R, Tselis A, Endress C, Zak I, Perumal J, Caon C, Vazquez J. Progressive multifocal leukoencephalopathy and relapsing-remitting multiple sclerosis: a comparative study. *Archives of Neurology*. 2009 May 11;66(5):593-9.
14. Yarnitsky D, Granot M, Granovsky Y. Pain modulation profile and pain therapy: between pro-and antinociception. *Pain*. 2014 Apr 1;155(4):663-5.
15. Bradshaw CP, Mitchell MM, Leaf PJ. Examining the effects of schoolwide positive behavioral interventions and supports on student outcomes: Results from a randomized controlled effectiveness trial in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2010 Jul;12(3):133-48.
16. Herlitz J, Ekström L, Wennerblom B, Axelsson Å, Bång A, Holmberg S. Adrenaline in out-of-hospital ventricular fibrillation. Does it make any difference?. *Resuscitation*. 1995 Jun 1;29(3):195-201.
17. Norris PR, Stein PK, Morris Jr JA. Reduced heart rate multiscale entropy predicts death in critical illness: a study of physiologic complexity in 285 trauma patients. *Journal of critical care*. 2008 Sep 1;23(3):399-405.
18. Milner KA, Funk M, Richards S, Wilmes RM, Vaccarino V, Krumholz HM. Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. *The American journal of cardiology*. 1999 Aug 15;84(4):396-9.
19. Goldberg RJ, Spencer FA, Szklo-Coxe M, Tsimintzky M, Yarzebski J, Lessard D, Gore JM, Gaasch W. Symptom presentation in patients hospitalized with acute heart failure. *Clinical cardiology*. 2010 Jun;33(6):E73-80.
20. Goldberg RJ, Goldberg JH, Pruell S, Yarzebski J, Lessard D, Spencer FA, Gore JM. Delays in seeking medical care in hospitalized patients with decompensated heart failure. *The American journal of medicine*. 2008 Mar 1;121(3):212-8.
21. Apelqvist J, Larsson J, Agardh CD. The importance of peripheral pulses, peripheral oedema and local pain for the outcome of diabetic foot ulcers. *Diabetic medicine*. 1990 Aug;7(7):590-4.
22. Kemp KA, Sheps DM, Luciak-Corea C, Styles-Tripp F, Buckingham J, Beaupre LA. Systematic review of rotator cuff tears in workers' compensation patients. *Occupational Medicine*. 2011 Dec 1;61(8):556-62.

23. Keefe RS, Silva SG, Perkins DO, Lieberman JA. The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 1999 Jan 1;25(2):201-22.
24. Main CJ, Sullivan MJ, Watson PJ. Pain management: practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings. Elsevier Health Sciences; 2007 Oct 30.
25. Flor H, Turk DC, Birbaumer N. Assessment of stress-related psychophysiological reactions in chronic back pain patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1985 Jun;53(3):354.
26. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*. 1999 Mar 1;80(1-2):1-3.
27. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *Bmj*. 2001 Jun 23;322(7301):1511-6.
28. Saedi S, Hatami M, Asgari P, Ahadi H, Poursharifi H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain self-efficacy of patients with chronic pain. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(11):277-84.
29. Mousavi M, Mujembari AK, Hassani Abharian P, Pashang S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life of women with chronic low back pain. *Pajoohandeh Journal*. 2018 Jan 10;23(1):0-.
30. Jurth C, Rehberg B, von Dincklage F. Reliability of subjective pain ratings and nociceptive flexion reflex responses as measures of conditioned pain modulation. *Pain Research and Management*. 2014 Mar 1;19.
31. Fadayevaran R, Alizadeh-Khoei M, Hessami-Azar ST, Sharifi F, Haghi M, Kaboudi B. Validity and reliability of 11-face faces pain scale in the Iranian elderly community with chronic pain. *Indian journal of palliative care*. 2019 Jan;25(1):46.
32. Miró J, Nieto R, Huguet A. The Catalan version of the Pain Catastrophizing Scale: a useful instrument to assess catastrophic thinking in whiplash patients. *The Journal of Pain*. 2008 May 1;9(5):397-406.
33. Raeissadat SA, Sadeghi S, Montazeri A. Validation of the pain catastrophizing scale (PCS) in Iran. *J Basic Appl Sci Res*. 2013;3(9):376-80.
34. Young J, Matthews R, editors. *Rethinking criminology: The realist debate*. London: Sage; 1992.
35. Sebro B, Dubravica M. Spontaneous use of active and passive coping strategies for pain in patients with rheumatoid arthritis. *Reumatizam*. 1993;40(1):1-4.
36. Parker I, editor. *Deconstructing psychotherapy*. Sage; 1999 May 17.
37. Leibing E, Pflingsten M, Bartmann U, Rueger U, Schuessler G. Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients. *The Clinical journal of pain*. 1999 Mar 1;15(1):58-66.
38. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, Arnold LE, Lindsay R, Nash P, Hollway J, McDougle CJ. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*. 2002 Aug 1;347(5):314-21.
39. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*. 2006 Feb 1;29(1):17-27.

Original Article

The Effect of Multimodal Pain Management Program on Subjective Pain, Pain Catastrophizing in Women and Men with Acute Coronary Syndrome

Received: 22/04/2019 - Accepted: 09/08/2019

Sahar Sadeghian ¹

Hossein EbrahimiMoghaddam ²

¹ Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch

² Associate Professor, Faculty Member of Islamic Azad University, Roodehen Branch

Email:

hosseinebrahimimoghadam6@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the effect of multi-model pain management program on subjective pain, pain catastrophizing in men and women with acute coronary syndrome in 1398.

Materials and Methods: The method of the present study is a semi-experimental design with pre-test and post-test with control group. The statistical population of this study consists of all male and female patients of Rajai Heart Hospital in Tehran in 1398-99 who had the characteristics of acute coronary syndrome in the ECG and were diagnosed by a specialist; to achieve the sample group by available sampling method with people who wanted to participate in the study were selected and according to Cohen's table and the error rate of 1%, 30 people were randomly divided into two groups of 15 people, experimental and control group. At this stage, subjective pain and pain catastrophe questionnaires were taken as a pre-test from both experimental and control groups, then the experimental group received 8 sessions of multi-model pain management program, after 8 sessions, post-test was taken from both groups. Analysis of covariance was used by SPSS-24.

Results: The data showed a significant difference between the experimental and control groups in the scale of mental pain and catastrophic pain.

Conclusion: The results of this study showed the effect of a multimodal pain management program as one of the supportive methods in reducing subjective pain and catastrophic pain in patients with acute coronary syndrome.

Key words: Pain Management, Subjective Pain, Catastrophizing, Acute Coronary Syndrome

Acknowledgement: There was no conflict of interest.