

## اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به سردرد مزمن

نسرین شهبازی<sup>۱</sup>، \* زهره لطیفی<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۱/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۴/۰۷)

## Effectiveness of Training of Self-Healing (Healing Codes) on Depression, Severity of Pain Perception & Pain-Related Anxiety in Chronic Headache Patients

Nasrin Shahbazi<sup>1</sup>, \*Zohreh Latifi<sup>2</sup>

1. M.A. of Family Counselling, Payame Noor University, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

Original Article

(Received: Feb. 03, 2020 - Accepted: Jun. 27, 2020)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to determine the effectiveness training of self-healing on depression, pain perception severity and pain-related anxiety in chronic headache patients. **Method:** The present semi experimental study design with pre-test, post-test and follow-up design with experimental and control groups. Sixty clients with complaints of chronic headache referred to one of Isfahan city Hospitals were selected through available sampling and randomly divided in two groups (n= 30). The research tools were included of the Zonc depression (1965), McGill pain (1997) and McCracken pain anxiety (1967). **Findings:** The results showed that training of self-healing has significant effects on improvement of depression, decrease of pain perception and pain-related anxiety experimental group in the posttest and follow-up ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** Self-healing training has been shown to reduce headaches by reducing physiological stress by treating destructive cellular memories, modifying lifestyles, and teaching relaxation techniques. Therefore, this method can be used as a new approach with relatively stable effects to reduce chronic headaches in medical centers and psychological services.

**Keywords:** Self-Healing, Physiological Stress, Depression, Chronic Headache, Pain-Related Anxiety.

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به سردرد مزمن در سال ۱۳۹۸ انجام شد. روش: پژوهش نیمه تجربی حاضر با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دومه‌ماه با دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. تعداد ۶۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان با سابقه شکایت سردرد مزمن از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری جایگزین شدند. ابزارهای این پژوهش؛ پرسشنامه‌های افسردگی زونک (۱۹۶۵)، درد مگ‌گیل (۱۹۹۷) و اضطراب درد مک‌کراکن (۱۹۶۷) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل آماری اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش خودشفابخشی در بهبود افسردگی، کاهش شدت درد ادراک شده و کاهش اضطراب مرتبط با درد شرکت‌کنندگان در آموزش خودشفابخشی در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است ( $p < 0.001$ ). نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آموزش خودشفابخشی با کاهش استرس فیزیولوژیک از طریق درمان خاطرات سلولی مخرب، اصلاح سبک زندگی و آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی، موجب کاهش سردرد افراد مبتلا شده است؛ بنابراین می‌توان از این روش به‌عنوان یک رویکرد جدید با اثرات نسبتاً پایدار برای کاهش سردردهای مزمن در مراکز درمانی و خدمات روان‌شناختی استفاده نمود.

**واژگان کلیدی:** خودشفابخشی، استرس فیزیولوژیک، افسردگی، سردرد مزمن، اضطراب مرتبط با درد.

\*نویسنده مسئول: زهره لطیفی

\*Corresponding Author: Zohreh Latifi

Email: h.yalatif@gmail.com

## مقدمه

درد مزمن به درد مقاوم به درمانی اطلاق می‌شود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبودی آن انتظار می‌رود، طول کشیده باشد (عربی و باقری، ۱۳۹۶). با توجه به این تعریف، درد مزمن، دردی است که به طول انجامیده است. دردهای مزمن به دلیل ویژگی عودکنندگی و مستمر بودن، علت مراجعات مکرر افراد نسبتاً زیادی به سیستم درمانی می‌باشد که غیر از تحمیل هزینه‌های بالا، مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی را به همراه دارد (عزیزی، آقامحمدیان شعرباف، مشهدی و اصغری ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۶). سردرد مزمن<sup>۱</sup> از بیماری‌های روان‌تنی است که امروزه به‌عنوان یک مشکل جهانی مطرح است. سردرد یکی از معمول‌ترین تجارب شخصی در جوامع امروزی است. مشکلات اجتماعی و اقتصادی ناشی از سردرد قابل‌توجه است (رومچ، دنکینگر، اینگلهارت، ویندورث، گرف، گیبونس و همکاران، ۲۰۲۰<sup>۲</sup>). اکثر تحقیقات و گزارشات منتشرشده میزان شیوع سردرد را بالای ۶۰٪ گزارش کرده‌اند؛ بطوریکه این بیماری علت مراجعه حدود ۱۸/۳ میلیون نفر به پزشک را در هر سال در ایالات متحده تشکیل داده و دومین درد مزمن شایع در ایالات متحده محسوب می‌شود (هول و ناش، ۲۰۰۸<sup>۳</sup>). طبق نتایج مطالعه‌ای در ایران نیز شیوع سردردهای شدید که منجر به ناتوانی در انجام کارهای معمول و غیبت از کار شود در مبتلایان به

سردردهای مزمن شیوع بیشتری داشت. ۷۴ درصد در سردردهای میگرنی و مزمن در مقایسه با ۳/۳۴ درصد در سردردهای تنشی) و میزان مراجعه به پزشک به دلیل سردرد نیز در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن شیوع بیشتری داشت (ابراهیمی، نجمی، محمدی، رازقی، نجمی و تقا، ۱۳۹۷). یکی از مؤلفه‌های مرتبط با دردهای مزمن، اضطراب مرتبط با درد است (عظیمی، حقایق و نوروزی، ۱۳۹۸). اضطراب درد پیشگویی‌کننده رفتارهای حاکی از درد و محدودیت‌های جسمانی است و در رشد و تحول درد مزمن و اختلالات اضطرابی سهم دارد (محمدی‌فخار، رفیعی، جمشیدی و اینانلو، ۱۳۸۹). اضطراب بالینی منجر به کاهش کیفیت زندگی و عملکرد جسمی می‌شود (علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۸).

چنانچه اضطراب ناشی از درد درمان نشود، به شکل ترس، محرومیت از خواب (عظیمی و همکاران، ۱۳۹۸)، افسردگی و ناتوانی، آشکارشده و مقابله غیر مؤثر روانی و عدم همکاری بیمار با درمان‌ها را به دنبال خواهد داشت (بایرز، بریج، کیجک و لابرده، ۲۰۰۱<sup>۴</sup>). برخی پژوهش‌ها گزارش کرده‌اند که حتی بیماران مبتلا به درد مزمن که در ظاهر دارای علائم بالینی همانندی هستند، با درجات کاملاً متفاوتی از اختلال در عملکرد روان‌شناختی روبه‌رو هستند (سولجیک و مهدویک، ۲۰۱۷<sup>۵</sup>). افسردگی و دیگر حالات خلقی منفی نیز از عوامل خطرزای سردردهای

1. Chronic headache
2. Romestch, Denkinger, Engelhardt, Windthorst, Graf, Gibbons & et all
3. Houle & Nash

4. Byers, Bridges, Kijek & LaBorde  
5. Suljic & Mehicevic

مزمّن به‌شمار می‌روند (لامپ، توماس، تسرلی، کاتساروا، لاینز، لانتیری-مینت و همکاران،<sup>۱</sup> ۲۰۱۶). درحالی‌که برخی از بیماران به شکل سازگارانه‌ای با درد خود کنار می‌آیند، دیگران افسردگی قابل‌ملاحظه‌ای از خود نشان می‌دهند. زمانی که درد، در حوزه‌های زندگی دخالت کرده و بر عملکرد شخص تأثیر بگذارد خلق فرد مبتلا را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (چن، هانگ، چیین و چنگ،<sup>۲</sup> ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد نحوه ادراک شدت درد با افسردگی و اضطراب مرتبط با درد در افراد مبتلا به سردرد مزمّن دارای تعاملات ناتوان‌کننده‌ای برای این گروه بوده که توجه پزشکان و روان‌شناسان را همزمان به خود جلب کرده است. تاکنون درمان‌های غیردارویی رایج برای بهبود سردرد مزمّن بیشتر بر ترکیب روش‌های متعدد از جمله آرام‌سازی عضلانی، بازسازی شناختی، آموزش مقابله مؤثر، آموزش ابراز وجود و مدیریت خشم تأکید داشته است (فیلیپ،<sup>۳</sup> ۲۰۲۰).

در همین راستا خودشفابخشی یکی از رویکردهای جدید است که به‌طور رسمی توسط لوید<sup>۴</sup> (روانشناس و درمانگر طب مکمل)، و جانسون<sup>۵</sup> (متخصص سرطان) (۲۰۱۱) در امریکا تحت عنوان کدهای شفابخش ارائه شده است. خودشفابخشی در فرهنگ لغت به معنای توانایی التیام بخشی و شفابخشی خویشتن است و به نقشی که خود فرد در بهبود بیماری یا حل مشکل

خود ایفا می‌کند اشاره دارد (نی،<sup>۶</sup> ۲۰۰۸). رویکرد خودشفابخشی شامل مهارت‌های خاطره‌یابی، شناخت ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین، کاهش اقدامات زیان‌بخش، آموزش مهارت‌های خودآرام‌بخشی، دعا و تمرینات کدهای شفابخش است. در این رویکرد به ۲ سؤال متفاوت پاسخ داده می‌شود: ۱- انسان تنها مخلوقی است که به او قدرت تفکر و عقل داده شده چرا آگاهانه و خردمندانه رفتار نمی‌کند؟ ۲- چرا بیماری‌های جسمانی علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی به شدت رو به افزایش و ناتوان‌کننده شده‌اند؟ لوید، جانسون و لیپتون-زیست شناس سلولی، مولکولی (۲۰۱۴ و ۲۰۰۵) معتقدند ۹۵ درصد از تمام مشکلات فیزیکی و غیر فیزیکی از استرس سرچشمه می‌گیرد؛ استرس‌های موقعیتی و استرس‌های فیزیولوژیک. استرس‌های موقعیتی، استرس‌هایی هستند که منبع مشخصی دارند، عمدتاً بیرونی بوده و قابل‌تشخیص هستند ولی استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های درونی، ناآشکار و مخفی هستند که توسط خاطرات سلولی مخرب ایجاد و برانگیخته می‌شوند. این نوع استرس باعث بروز بیماری و ناخوشی‌هایی می‌شود که بر اساس شرایط و وضعیت بیرونی فرد نیست (که بتوان آن را تغییر داد) بلکه استرس پنهانی و بسیار عمیقی است که در واقع در درون بوده و کاملاً از وضعیت فعلی افراد مستقل است. در واقع تغییر وضعیت و برطرف کردن امور تنش‌زا (استرس‌های موقعیتی و بیرونی) که تاکنون موردتوجه روان‌شناسان قرار گرفته، ممکن است

1. Lampl, Thomas, Tassorelli, Katsarava, Láinez, Lantéri-Minet & et all
2. Chen, Huang, Chien & Cheng
3. Philip
4. Loyd
5. Janson

مهمی دارند) نیز کاهش می‌یابد. لوید (۲۰۱۹) معتقد است در بیماری‌های مختلف وجود احساسات منفی و دروغ‌های باور شده ناشی از خاطرات سلولی مخرب موجب عدم تعادل روانی و عدم تعادل غیرارادی در دستگاه عصبی خودمختار می‌شود و سیستم ایمنی بدن را در مقابله با بیماری‌ها ضعیف می‌کند، در نتیجه وجود خاطرات سلولی مخرب می‌تواند علاوه بر ایجاد و تشدید اختلالات مختلف روانی مانند کینه‌جویی، خودشیفتگی، ناتوانی در کنترل خشم، ترس‌های غیرمنطقی، افسردگی، وسواس، طرد و خشونت، پایین بودن عزت‌نفس، بدبینی، ایده‌آل‌گرایی، ناتوانی در کنترل تکانه، اعتیاد، اهمال‌کاری، اضطراب و پریشانی، اقدامات زیان‌بخش، ارتباطات مخرب و کاهش عملکرد منطقی؛ بروز و افزایش اختلالات جسمانی مزمن بدنی از جمله سردردهای مزمن را نیز به دنبال داشته باشد.

لوید (۲۰۱۸) معتقد است که ریشه‌یابی تمام مشکلات و خاطرات مخربی که افراد در زندگی خود با آن‌ها مواجه هستند، مربوط به یکی و یا بیشتر از موارد ذیل می‌باشند: کینه‌جویی، اقدامات زیان‌بخش، باورهای غلط و احساسات منفی، خودخواهی، غمگینی و پریشانی، اضطراب و ترس، خشم، ناامیدی و نابردباری (بی‌صبری و ناشکیبایی)، طرد کردن و خشونت، احساس و استنباط به‌اندازه کافی خوب نبودن، تحت کنترل درآوردن و ایجاد محدودیت، غرور ناسالم، تکبر و تصویر بازدارنده و از دست دادن کنترل (لوید و جانسون، ۲۰۰۵).

تمرکز این رویکرد درمانی بر تلاش فرد

تأثیر کمی بر روی این نوع استرس (استرس فیزیولوژیک) داشته باشد. استرس فیزیولوژیک باعث می‌شود که سیستم عصبی خودمختار از حالت تعادل خارج شود، در این وضعیت تعادلی بین حالت، جنگ‌وگریز در سیستم عصبی با حالت عادی یا آرامش وجود ندارد. لوید (۲۰۱۳) معتقد است، علت وجود استرس فیزیولوژیک در بدن "خاطره (حافظه) سلولی مخرب" است. خاطره سلولی مخرب، خاطره‌ای است که در تمام سلول‌های بدن ذخیره شده است و موجب کاهش انرژی سلولی و ایجاد استرس در بدن می‌شوند. لوید و لیپتون<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) علل استرس فیزیولوژیک را الگوهای انرژی ناسالم سلولی، ترس‌های بی‌مورد، تصاویر و باورهای نادرست و دروغینی می‌دانند که در بدن و ذهن ذخیره شده‌اند. این باورها و تصورات غلط در خاطرات سلولی باعث می‌شوند که افراد شرایط کنونی خود را به اشتباه، به‌عنوان تهدید تلقی کنند، در صورتی که در واقعیت هیچ تهدیدی وجود ندارد و این تفسیر اشتباه از شرایط فعلی سبب فعال شدن ناسالم سیستم "جنگ یا گریز" در مغز می‌شود. تداوم استرس فیزیولوژیک باعث آشفتگی روانی، بروز اختلالات روانی و نهایتاً ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن می‌شود. علاوه بر موارد قبلی هنگام استرس فیزیولوژیک بخش پره‌فرونتال کرتکس کم‌فعالیت و بخش‌های عاطفی و هیجانی دچار افزایش فعالیت می‌شوند و بنابراین فرایند حل مسئله، استدلال منطقی و برنامه‌ریزی و قضاوت صحیح (دقیقاً عواملی که در تفکر خردمندانه نقش

نمونه و به صورت در دسترس انتخاب و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح عبارت بود از: جنسیت زن، داشتن علائم سردرد مزمن به مدت سه سال، قرار داشتن در رده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی همزمان، دارا بودن مدرک حداقل سیکل و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و ملاک‌های خروج؛ داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن، با تشخیص روان‌شناس بالینی، مصرف دارو، ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی، عدم همکاری در طول آموزش و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. پس از انتخاب نمونه، گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه در دوره آموزش خودشفابخشی (به صورت یکبار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه) در کلینیک خدمات مشاوره و روان‌درمانی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار بعد از مداخله قرار گرفت. جهت ملاحظات اخلاقی، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی‌ها (اصل رازدار بودن) و احترام به حقوق انسانی شرکت‌کنندگان مدنظر قرار گرفت. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر با کد اخلاقی IR.PNU.REC.1398.073 در کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی به تصویب رسیده است.

#### ابزار

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل

جهت درمان خاطرات مخرب سلولی یا همان حافظه پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک است. در این درمان بر تعالی معنوی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفتگوهای درونی، اصلاح ترس‌ها و باورهای ناسالم، مراقبه، دعا و انجام تمرینات مخصوص کدهای شفابخش تأکید شده است (لوید و جانسون، ۲۰۱۱).

در ایران لطیفی و مروی (۱۳۹۶) این رویکرد را بومی‌سازی و پروتکل مربوطه را تهیه و با تأیید لوید مورد استفاده قرار داده‌اند. با توجه به مباحث مطرح شده سؤال اصلی محقق این است که آیا آموزش خودشفابخشی می‌تواند افسردگی، شدت ابعاد درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد را در بین بیماران مبتلا به سردرد مزمن بهبود بخشد؟

#### روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با دو گروه (آزمایشی و کنترل) سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سردرد مزمن (باسابقه حداقل سه سال) در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۹۸ بود. در پژوهش حاضر، پس از هماهنگی با معاونت درمان استان و بیمارستان‌های سطح شهر، طی فراخوانی از بیمارانی که حداقل دارای ۳ سال سابقه ابتلا به سردرد مزمن با تأیید پزشک متخصص بودند دعوت به عمل آمد تا در صورت تمایل به شرکت در طرح پژوهشی در جلسه توجیهی اولیه محقق شرکت کنند. سپس ۶۰ نفر از افرادی که تمایل به شرکت در این طرح پژوهش را داشتند، به عنوان

موارد زیر بودند:

پرسشنامه تشخیصی افسردگی زونک: این مقیاس توسط ویلیام زونک در سال ۱۹۶۵ انتشار یافت. مقیاس خودارزیابی افسردگی زونک به منظور ارزیابی شدت افسردگی ساخته شده است. این مقیاس افسردگی و جنبه‌های عاطفی، شناختی، رفتاری و روانی افسردگی را می‌سنجد، شامل ۲۰ سؤال بوده و از ۱ تا ۴ امتیازبندی می‌شود که ۱۰ تای آنها به صورت منفی و ۱۰ تای دیگر به صورت مثبت بیان شده‌اند. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای میزان تجربه هر یک از حالات بیان شده را مشخص کند. در نمره‌گذاری نتایج آزمون؛ نمره کمتر از ۵۰ دارای خلق طبیعی و بدون آسیب‌شناسی روانی، نمره ۵۰ تا ۵۹ نشانه افسردگی خفیف تا متوسط، نمره ۶۰ تا ۶۹ نشانه افسردگی متوسط تا آشکار و نمره بیشتر از ۷۰ نشانه افسردگی شدید می‌باشد. در پژوهش شیرین‌بیان پایایی این مقیاس ۰/۷۳ و بررسی روایی این آزمون با مقیاس آزمون زونک و بک با همبستگی پیرسون ۰/۶۴ گزارش شده است.

پرسشنامه درد مک‌گیل: این پرسشنامه دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد در ابعاد مختلف (سه بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد. پرسشنامه درد مک‌گیل از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین توسط ملزاک و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برده‌اند مورد استفاده قرار گرفت. دورکین

و همکاران در سال ۲۰۰۹ فرم تجدید نظر شده درد مک‌گیل را طراحی کردند. در فرم تجدید نظر شده ۱۵ گویه از شماره پیشین را که توانایی تطبیق با ادبیات و تشخیص جامع و فراگیر در مورد توصیفات حسی و عاطفی درد غیرنوروپاتیکی تأمین می‌کرده است؛ حفظ شده و بر پایه نتایج تحقیقات درد نوروپاتیکی و دیگر تجربیات بالینی هفت گویه شامل: درد خسته‌کننده یا تحلیل‌دهنده، شوک برقی، یخ‌کردن، احساس یخ‌زدگی، لمس ساعقه یا ساعقه‌زدگی، خارش، قلقلک یا سوزن‌سوزن شدن و بی‌حسی اضافه شده است. این گویه‌ها به ۱۵ گویه توصیف‌کننده درد حسی و عاطفی اضافه شده و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن به مقیاسی با دامنه ۰ تا ۱۰ میزان پاسخگویی را افزایش داده‌اند. روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (خسروی، صدیقی، مرادی و زنده‌دل، ۱۳۹۲). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده‌مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیکی و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران این پرسشنامه توسط خسروی و همکاران (۱۳۹۲) مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است، آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۸۵ است. آلفای کرونباخ هر چهار مؤلفه آن را بالای ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای همه متغیرها بزرگتر از ۰/۷ محاسبه شده است.

جدول ۱. پروتکل خودشفابخشی لطیفی و مروی (۱۳۹۷) با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۴)

جلسه	خلاصه جلسه
۱	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی و آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی - توضیح سیستم ایمنی بدن تکلیف ۱: بررسی حالات و تهیه کامل ترلیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه
۲	توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب تکلیف ۲: مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و اجرای عملی تنفس صحیح و ریلکسی شن حدافل یک‌بار در روز (فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی به اعضا داده می‌شود)
۳	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب؛ - خاطره یابی با توجه به شکست‌ها-تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد تکلیف ۳: خاطره یابی با فایل خاطره‌یابی در مورد تروماها و حوادث بسیار اثرگذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک‌ها و PTSD با توجه به نگرش فرد - تمرین عملی مراقبه با گل سرخ
۴	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ گروه. معرفی (کینه جویی-اقدامات زیان‌بخش- باورهای غلط و احساسات منفی) تکلیف ۴: شروع کار برای شناخت دقیق‌تر ابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلولی و تمرکز بر گروه کینه‌جویی
۵	اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای، خاطره یابی یا حافظه یابی در مورد تروماها و حوادث بسیار اثرگذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک‌ها و PTSD با توجه به نگرش فرد تکلیف ۵: اجرای تکنیک صندلی خالی در منزل با سایر خاطرات و بررسی سالم یا ناسالم بودن احساس‌ها و باورهای ناشی از آن و تفکر در مورد بخشش. مطالعه مطالب بخشش
۶	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش تکلیف ۶: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه‌توزی و انتقام- خودکاوای برای شناخت سندرم من بیچاره - بررسی افکار ناسالم و دروغ‌های باور شده و شناخت احساسات مشکل‌آفرین (خشم، شهوت، غرور، ترس، غم و شرم) و قبول قدرت اراده، آزادی و اختیار و مسئولیت پیامد رفتارهای خود
۷	توضیح گروه اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب و آموزش روش‌های تقویت اراده- آموزش حل مسئله و تغییر محیط تکلیف ۷: بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب- ثبت موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته‌شده در راستای سه گروه بازدارنده.
۸	معرفی و توضیح کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق-شادی-آرامش و بردباری تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهار کد شفابخش در زندگی روزانه و انجام تمرینات خاص هیلینگ کد و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت معرفی و چگونگی ایجاد و تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی-خوبی-اعتماد-تواضع و خویشننداری و آموزش فن خاطره یابی معکوس تکلیف ۹: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهار کد شفابخش در زندگی روزانه و انجام تمرینات خاص هیلینگ کد. اجرای فن خاطره یابی معکوس و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت
۹	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی با تمام وجود، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی-آموزش تمرینات عملی کدهای شفابخش عمومی تکلیف ۱۰: صرف وقت خاصی با نیایش مناجات و برقراری ارتباط با خدا- نیایش (تقویت معنویت) تمرینات سکوت و خلوت و ذهن آگاهی فکری و بدنی و مرور تمرینات اثرگذار برای افراد- عمل طبق سیستم ارزشی خود + تجسم خلاق (مثبت نگری به آینده)
۱۰	آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن-نوشیدن و تفریح-مسافرت-ورزش - نظافت و بهداشت. تکلیف ۱۱: اجرای عملی تمرینات هیلینگ کد همراه با دعا و جملات تمرکزی حقیقی-شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادات غلط
۱۱	بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت -صمیمیت و ارتباطات (والدین-همسر-فرزندان- بستگان و دیگران)- رشد علمی- رشد مالی - پیشرفت شغلی -بهبود خانه، محله و جامعه- فعالیت مفید اجتماعی تکلیف ۱۲: ادامه تمرینات تعالی معنوی - شناخت نارضایتی از حیطه‌های خاص و اقدام برای کاهش نارضایتی
۱۲	اصلاح گفتگوی درونی- بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی: بازنگری استرس‌های فردی -تأکید بر خود مراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات تکلیف ۱۳: ادامه تمرینات قبلی و اصلاح گفتگوی درونی و خود مراقبتی
۱۳	برنامه‌ریزی برای ابدیت، هدفمندی معنوی زندگی و افزایش غنای درونی (مفید و مراقب خود و دیگران بودن) - درون‌نگری و داشتن ساعتی برای خلوت با خود و ارزیابی خود - مرور کل جلسات درمانی و تأکید بر تداوم انجام تمرینات کدهای شفابخش تکلیف ۱۴: ادامه تمرینات قبلی و شناخت میان‌برهای آرامش و معنویت برای خود

اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله، بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس‌آزمون) و ۶۰ روز پس از انجام آخرین جلسه (پیگیری) اجرا شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ به تفکیک آمده است.

در تمام جلسات ضمن تأکید بر رازداری از همه افراد گروه خواسته می‌شد که در بحث مشارکت فعال داشته و تجربیات شخصی خود را با دیگران در میان بگذارند، خودکاوی و یافتن خاطرات سلولی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی‌ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک‌های متعدد و متناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می‌شد. شرکت‌کنندگان ملزم بودند در جلسه و در فاصله بین جلسات تمرینات را فردی انجام داده و حتماً به سؤالات تأملی مربی دوره پاسخ دهند. داشتن خلوت و تفکر در مورد خود جزء اساسی تمرینات بود. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد برای تفهیم بهتر مطالب همزمان آموزش را به اعضای خانواده یا ۲ نفر از دوستان خود شروع کنند و چالش‌های پیش‌آمده را در جلسه مطرح نمایند. در هر جلسه مروری بر مباحث جلسات قبل صورت گرفته و بر انجام تکالیف تأکید می‌شد. چون این دوره فرد را با زندگی شخصی خود و دیگران به شدت مرتبط می‌کرد و هرکس قصه زندگی خود را بازبینی می‌نمود جلسات برای شرکت‌کنندگان بسیار جذاب بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده گردید.

پرسشنامه اضطراب درد مک‌کراکن: مقیاس علائم اضطراب درد یک ابزار خودگزارشی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک‌کراکن در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است و در ایران توسط پاک‌نژاد، اصغری‌مقدم، رحیمی‌نژاد، رستمی و طاهری، (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است. اضطراب درد علائم اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می‌کند و شامل ۳ زیر مقیاس علائم رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد است. فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۰ ماده بوده و توسط مک‌کراکن و دینگرا در سال ۲۰۰۲ و بر اساس مقیاس اصلی ۴۰ سؤالی علائم اضطراب در ساخته شده است. دامنه نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنی‌ها باید در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤالات این مقیاس پاسخ دهند. یک نمره کلی و ۳ نمره برای خرده مقیاس به دست آمد که نمره کلی عموماً با جنبه‌های زیادی از عملکرد بیماران مرتبط است و ۳ خرده‌مقیاس نیز در پیش‌بینی جنبه‌های متفاوت عملکرد بیماران مفید است. دامنه امتیازات زیرمقیاس پرسشنامه اضطراب درد شامل اجتناب امتیاز بین (۰-۳۵)، ارزیابی ترسناک امتیاز بین (۰-۴۰)، واکنش فیزیولوژیک امتیاز بین (۰-۲۵) است و همچنین امتیاز کلی اضطراب درد (۰-۱۰۰) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۹ محاسبه شده است.

روش اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر



## یافته‌ها

همچنین آمار وضعیت تأهل گروه نمونه نشان می‌دهد که ۳/۳٪ افراد یک‌بار طلاق گرفته و مجدد ازدواج کرده‌اند یا در شرف طلاق بودند. همچنین ۲۰٪ پاسخ‌دهندگان بدون فرزند، ۲۶/۷٪ دارای یک فرزند، ۳۵٪ دو فرزند، ۱۵٪ دارای سه فرزند و ۳/۳٪ چهار فرزند بودند.

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری مقیاس‌های افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد به صورت تفکیک‌شده برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ آورده شده است.

تعداد نمونه ۳۰ نفر خانم در دو گروه آزمایش و کنترل بودند. از نظر سنی ۵٪ نمونه آماری کمتر از ۲۰ سال، ۲۱/۷٪ پاسخ‌دهندگان ۲۱-۳۰ ساله، ۳۸/۳٪ پاسخ‌دهندگان ۳۱-۴۰ ساله، ۲۰٪ پاسخ‌دهندگان ۴۱-۵۰ ساله و ۱۵٪ افراد بیشتر از ۵۰ سال بودند. ۳/۳٪ افراد، دارای مدرک ابتدایی، ۱۶/۷٪ پاسخ‌دهندگان سیکل، ۴۵٪ پاسخ‌دهندگان دارای مدرک دیپلم، ۶/۷٪ فوق‌دیپلم، ۸/۳٪ لیسانس و ۲۰٪ دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ۱۶/۷٪ افراد مجرد و ۸۳/۳٪ متأهل بودند.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مقیاس‌های افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش‌آزمون	۴۵/۰۵	۹/۱۲	۴۶/۱۵	۷/۷۳
	پس‌آزمون	۳۴/۰۰	۳/۶۵	۴۷/۶۵	۷/۶۷
	پیگیری	۳۴/۰۵	۳/۵۳	۴۷/۰۹	۷/۱۹
شدت درد ادراک‌شده	پیش‌آزمون	۹۳/۰۵	۲۱/۰۴	۹۳/۷۰	۳۳/۰۷
	پس‌آزمون	۳۷/۴۰	۱۲/۷۲	۹۹/۳۰	۳۸/۹۹
	پیگیری	۳۹/۵۵	۱۲/۶۱	۹۹/۱۵	۳۸/۱۱
اضطراب مرتبط با درد	پیش‌آزمون	۶۴/۵۵	۱۹/۳۷	۶۷/۷۵	۱۴/۵۸
	پس‌آزمون	۴۳/۶۰	۱۰/۷۹	۶۹/۶۵	۱۴/۹۳
	پیگیری	۴۵/۰۰	۱۰/۷۲	۶۹/۷۵	۱۵/۰۹

شهبازی و لطیفی: اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد...

با توجه به جدول شماره ۲ میانگین پیش‌آزمون افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد برای گروه آزمایش به ترتیب برابر ۴۵/۰۵، ۹۳/۰۵ و ۶۴/۵۵ و میانگین پس‌آزمون برابر با ۳۴/۰۰، ۳۷/۴۰ و ۴۳/۶۰ و برای مرحله پیگیری برابر با ۳۹/۵۵ و ۴۵/۰۰ بوده است. میانگین پیش‌آزمون افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد برای گروه کنترل برابر با ۴۶/۱۵، ۹۳/۷۰ و ۶۷/۷۵ و میانگین پس‌آزمون برابر با ۴۷/۶۵، ۹۹/۳۰ و ۶۹/۶۵ و برای مرحله پیگیری برابر با ۴۷/۰۹، ۹۹/۱۵ و ۶۹/۷۵ گزارش شده است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع‌های پیش‌آزمون از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳. آزمون شاپیرو-ویلکز جهت نرمال بودن پیش‌آزمون مقیاس‌های افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد

مقیاس	نوع آزمون	ارزش	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۹۲	۰/۰۸
شدت درد ادراک‌شده	پیش‌آزمون	۰/۹۱	۰/۰۶
اضطراب مرتبط با درد	پیش‌آزمون	۰/۹۲	۰/۰۸

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته

تجانس گروه همپراش و وابسته‌ی مقیاس‌ها	F	df 1	df 2	سطح معناداری
افسردگی	۰/۴۱	۱	۳۸	۰/۵۲
شدت درد ادراک‌شده	۰/۹۹	۱	۳۸	۰/۳۲
اضطراب مرتبط با درد	۰/۵۲	۱	۳۸	۰/۴۷

جدول شماره ۳ نشان داد که مقادیرهای P در آزمون شاپیرو-ویلکز از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است؛ بنابراین توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال است. هیچ‌یک از ضرایب همبستگی متغیرهای همپراش بیش از ۰/۸۰ نمی‌باشد. به همین جهت مفروضه دیگر تحلیل واریانس به‌عنوان عدم همبستگی کامل میان همپراش‌ها نیز برقرار است. پیش‌فرض دیگر تحلیل واریانس، آزمون لوین است که شامل همگنی واریانس‌ها می‌شود. نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشخص است و با توجه به سطح معناداری مقیاس‌ها که

کامل میان همپراش‌ها نیز برقرار است. پیش‌فرض دیگر تحلیل واریانس، آزمون لوین است که شامل همگنی واریانس‌ها می‌شود. نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشخص است و با توجه به سطح معناداری مقیاس‌ها که

هیچ‌یک کمتر از ۰/۰۵ نیست و فرضیه‌ی صفر آزمون لوین مبتنی بر همگنی بین گروه‌های همپراش و وابسته تأیید شد و تمامی این زوج گروه‌ها با یکدیگر تجانس دارند. در نتیجه فرض مشروط دیگر برای انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر فراهم است.

برای بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یکی از پیش‌فرض‌های آزمون آماری اندازه‌گیری مکرر آزمون کرویت ماچلی است. نتایج این آزمون در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون ماچلی بررسی یکسانی کواریانس آموزش خودشفابخشی بر افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد

مقیاس	ماچلی	خی اسکای	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	۰/۰۲	۱۴۵/۴۱	۲	۰/۰۱
شدت درد ادراک‌شده	۰/۰۱	۱۶۷/۲۱	۲	۰/۰۱
اضطراب مرتبط با درد	۰/۰۳	۱۳۲/۳۰	۲	۰/۰۱

جدول ۶. آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌های افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد

منبع	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
بین گروهی	۰/۵۱	۱۱/۲۳	۳	۰/۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
درون گروهی	۰/۴۴	۶/۷۴	۶	۰/۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
اثر تعاملی	۰/۳۶	۹/۵۵	۶	۰/۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰

با توجه به معنادار بودن کرویت ماچلی برای افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد این فرض تأیید نشده است ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین باید از تصحیح گرین هوس-گیسر استفاده کرد. تصحیح گرین هوس و گیسر با اصلاح درجه آزادی موجب اصلاح مقادیر F می‌شود که در جدول تحلیل واریانس آورده شده است. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول شماره ۶ آمده است.

با توجه به جدول شماره ۶ و مقادیر ۰/۵۱، ۰/۴۴ و ۰/۳۶ به ترتیب برای اثرات بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی نشان داد که آموزش

با توجه به معنادار بودن کرویت ماچلی برای افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد این فرض تأیید نشده است ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین باید از تصحیح گرین هوس-گیسر استفاده کرد. تصحیح گرین هوس و گیسر با اصلاح درجه آزادی موجب اصلاح مقادیر F

شهبازی و لطیفی: اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد...

خودشفابخشی حداقل بر یکی از مقیاس‌های افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد اثربخش بوده است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون‌گروهی برای

اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷. تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

افسردگی، شدت درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد

توان آماری	مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تا
۱/۰۰		عامل	۶۳۴/۵۵	۱/۰۱	۶۲۸/۳۱	۱۶/۹۹	۰/۰۱	۰/۳۰
۱/۰۰	افسردگی	درون‌گروهی	۱۰۵۰/۰۱	۱/۰۱	۱۰۳۹/۷۰	۲۸/۱۲	۰/۰۱	۰/۴۲
		خطا	۱۴۱۸/۷۶	۳۸/۳۷	۳۶/۹۶			
۰/۹۹	بین گروهی	گروه	۲۶۸۸/۵۳	۱	۲۶۸۸/۵۳	۲۵/۷۵	۰/۰۱	۰/۴۰
		خطا	۳۹۶۷/۴۳	۳۸	۱۰۴/۴۰			
۱/۰۰		عامل	۱۶۰۵۹/۳۵	۱/۰۱	۱۵۹۷۱/۸۶	۲۴/۶۴	۰/۰۱	۰/۳۹
۱/۰۰	شدت درد ادراک‌شده	درون‌گروهی	۲۴۱۰۶۴/۵۱	۱/۰۱	۲۳۹۷۵/۱۸	۳۶/۹۹	۰/۰۱	۰/۴۹
		خطا	۲۴۷۶۲/۸۰	۳۸/۲۰	۶۴۸/۱۰			
۰/۶۵	بین گروهی	گروه	۴۹۷۳۵/۴۰	۱	۴۹۷۳۵/۴۰	۵/۹۱	۰/۰۲	۰/۱۳
		خطا	۳۱۹۴۴۶/۸۵	۳۸	۸۴۰۶/۴۹			
۱/۰۰		عامل	۲۲۴۳/۸۵	۱/۰۱	۲۲۱۲/۴۴	۲۶/۴۸	۰/۰۱	۰/۴۱
۱/۰۰	اضطراب مرتبط با درد	درون‌گروهی	۳۲۹۴/۰۵	۱/۰۱	۳۲۴۷/۹۴	۳۸/۸۸	۰/۰۱	۰/۵۰
		خطا	۳۲۱۹/۴۳	۳۸/۵۳	۸۳/۵۳			
۰/۹۸	بین گروهی	گروه	۹۷۲۰/۰۰	۱	۹۷۲۰/۰۰	۱۷/۶۵	۰/۰۱	۰/۳۱
		خطا	۲۰۹۲۰/۳۶	۳۸	۵۵۰/۵۳			

مرتبط با درد در سطح  $P < 0/05$  وجود دارد؛ بنابراین آموزش خودشفابخشی بر افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد اثربخش است. برای بررسی تفاوت میانگین‌های افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد بین سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت زوجی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۸ آورده شده است.

با توجه به جدول شماره ۷ و معنادار بودن عامل‌ها در درون گروه‌ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای مقیاس‌های افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با آن در سطح  $P < 0/01$  تأیید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب

جدول ۸. آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد به‌صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۷۷	۱/۱۷	۰/۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۹۷	۱/۱۸	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۱۶
شدت درد ادراک شده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۵/۰۲	۴/۹۵	۰/۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۴/۰۲	۴/۹۲	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۰۰	۰/۳۰	۰/۰۷
اضطراب مرتبط با درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۵۲	۱/۸۳	۰/۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۷۷	۱/۷۱	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۵	۰/۲۱	۰/۱۲

سبب بهبود افسردگی، کاهش شدت درد ادراک شده و کاهش اضطراب مرتبط با درد شده است. با توجه به نتایج به‌دست آمده سؤال تحقیق مبنی بر اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد در افراد مبتلا به سردرد مزمن تأیید شد.

با توجه به جدول شماره ۸ نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با درد تفاوت معناداری دارد و نمرات پس‌آزمون در مرحله پیگیری مقیاس‌ها نسبتاً ثابت مانده و اثر دوره مداخله آموزشی خودشفابخشی ماندگار است. این نتایج بیانگر این است که آموزش خودشفابخشی

## نتیجه‌گیری و بحث

هدف این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر افسردگی، شدت ابعاد درد ادراک‌شده و اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به سردرد مزمن بود. به‌منظور تحلیل یافته‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهبود افسردگی، کاهش شدت سردرد و اضطراب مرتبط با آن در بین شرکت‌کنندگان بود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در زمینه بهبود متغیرهای افسردگی، شدت درد و اضطراب مرتبط با درد در افراد مبتلا به سردرد مزمن همچون عزیزی و همکاران (۱۳۹۶)؛ عظیمی و همکاران (۱۳۹۸)؛ رومچ و همکاران (۲۰۲۰)؛ لویید (۲۰۱۸-۲۰۱۹)؛ چن و همکاران (۲۰۱۷)؛ همایونی و همکاران (۲۰۱۶)؛ چان، کوه، تو، لیم و فردریکس،<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) همسو بوده و هم‌چنین با نتایج پژوهش‌های دیگری همچون لطیفی، سلطانی و موسوی (۲۰۲۰)؛ سلطانی، لطیفی و موسوی (۱۳۹۸)؛ مصلحی (۱۳۹۸)؛ قرقانی (۱۳۹۸) و زارعان (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر آموزش خودشفابخشی در حوزه‌های روان‌شناختی که با نمونه‌های آماری متفاوت موردبررسی قرار داده‌اند؛ همسو بوده است.

سردرد مزمن یکی از اختلالات توانکاه و مقاوم است که استرس و مسائل روانشناختی تأثیر بسزایی در بروز و پدیدایی، تداوم و حتی کاهش

علائم آن بر عهده دارد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۷). در تبیین یافته‌های فوق مبنی بر کاهش افسردگی، اضطراب مرتبط با درد و شدت ادراک درد می‌توان گفت، با توجه به این‌که تمرکز عمده آموزش خودشفابخشی شناخت و درمان خاطرات سلولی مخرب است و این خاطرات دانسته یا نادانسته در بدن استرس ایجاد کرده، سلول‌ها را به حالت تدافعی تغییر داده، دستگاه عصبی خودکار را از حالت تعادل خارج و به حالت جنگ‌وگریز در می‌آورد و موجب احساس آشفتگی در فرد می‌گردد؛ احتمالاً شرکت‌کنندگان با یادگیری تکنیک‌هایی همچون تعالی معنوی، پرورش غنای درونی، اصلاح سبک زندگی و گفتگوهای درونی، بخشش و رهاکردن کینه‌توزی، یادگیری مدیریت استرس‌های موقعیتی و فیزیولوژیک، تجسم خلاق و خاطره‌یابی معکوس، دعا و انجام تمرینات عملی کدهای شفابخش توانسته‌اند به تعادل بیشتر سیستم عصبی خودمختار خود کمک نموده و فعالیت جنگ‌وگریز را با ایجاد آرامش در مغز خود متوقف نمایند. از طرف دیگر با توجه به این‌که در افسردگی، نشخوار فکری، تمرکز بر گذشته و خود سرزنش‌گری نقش مهمی دارد احتمالاً آموزش شناخت و کاهش اقدامات زیان در کاهش افسردگی مؤثر بوده است. علاوه بر این بخشی از اضطراب مبتلایان به سردرد مزمن ناشی از ارزیابی‌های غلط از درد و پیامدهای آن است که در آموزش خودشفابخشی با شناخت ترس‌های بی‌مورد، دروغ‌های باور شده و افکار ناسالم این افکار شناخته‌شده و موجب کاهش اضطراب ناشی

به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی زن بوده‌اند، همچنین محقق احتمال می‌دهد که علیرغم تأکید بر عدم مصرف دارو در طول دوره آموزشی ممکن است برخی اعضا گاهی از قرص‌های مسکن برای کنترل سردرد خود به‌طور موقت (۱ یا ۲ بار در طول دوره) استفاده کرده باشند.

پیشنهادات کاربردی: پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد درمانی خودشفابخشی برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت استفاده شود. همچنین با توجه به گستردگی بیماری‌های روان‌تنی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش بر سایر بیماری‌ها از جمله زخم معده، رفلاکس روده و معده، اختلال خواب، خستگی مزمن، کمردرد و... نیز به‌ویژه برای بیماری‌های خاص و با منشأ ناشناخته که درمان قطعی برای آن‌ها یافت نشده است، مورد بررسی قرار گیرد. انجام مطالعات طولی و پیگیری‌های بلندمدت و چندمرحله‌ای، به‌منظور بررسی تداوم اثربخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل بر افراد مبتلا به دردهای جسمانی مزمن پیشنهاد می‌گردد.

#### سپاسگزاری

در پایان محققان سپاس خود را از همکاری صمیمانه تمامی شرکت‌کنندگان و کارکنان محترم بیمارستان صدوقی اصفهان اعلام می‌کنند.

از آن شود. در همین راستا به نظر می‌رسد ایجاد و تقویت کدهای شفابخشی مانند شادی، عشق، بردباری، آرامش و خویشتن‌داری و نیز اصلاح سبک زندگی از جمله تنظیم ساعات خواب و بیداری و اصلاح تغذیه و نیز تمرینات عملی و خاص کدهای شفابخش، مراقبه و دعا موجب افزایش تحمل فرد و سازگاری بیشتر با این درد مزمن، بهبود عملکرد و کاهش ادراک درد و اضطراب ناشی از آن شده است.

پژوهش حاضر کوشید تا در چهارچوب یک روش‌شناسی معتبر مبتنی بر کارآزمایی، سؤال مربوط به اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر افسردگی، شدت درد و اضطراب مرتبط با درد را در بیماران مبتلا به سردرد مزمن، بیازماید. نتایج این پژوهش نشان داد که این برنامه توانسته است به‌طور معناداری منجر به بهبود افسردگی و کاهش شدت درد و اضطراب مرتبط با درد در بین شرکت‌کنندگان شود. به‌طورکلی، موارد احتمالی علت اثربخشی خودشفابخشی بر بهبود افسردگی و کاهش سردرد و اضطراب ناشی از آن به شرح زیر است: کاهش استرس فیزیولوژیک با انجام تمرینات تن آرامی تنفسی-عضلانی، مراقبه معبد و مراقبه با گل سرخ، اسکن نورانی بدن و انجام تمرین خاص هیلینگ کد که به‌طور عملی و با در اختیار گذاشتن فایل‌های صوتی آموزش داده و تکلیف داده می‌شد در کنار افزایش توان مقابله‌ای فرد با مشکلات و افزایش تاب‌آوری مؤثر واقع شده باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان

## منابع

- ابراهیمی، ف.؛ نجمی‌ورزنده، ف.؛ محمدی، ی.؛ رازقی‌جهرمی، س.؛ نجمی‌ورزنده، ف.؛ تقا، م. (۱۳۹۷). انواع سردردهای تنشی و میگرنی میان کارکنان پزشکی در بیمارستان سینا، تهران، ایران. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۶ (۲): ۲۵-۳۰.
- باقری، س.؛ و سجادیان، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه‌پنداری درد در دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۹ (۳): ۵۲-۶۵.
- پاک‌نژاد، م.؛ اصغری‌مقدم، م. ع.؛ رحیمی‌نژاد، ع.؛ رستمی، ر.؛ و طاهری، آ. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس نشانگان اضطراب درد. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۵ (۳): ۷۱-۹۴.
- خسروی، م.؛ صدیقی، ص.؛ مرادی‌علمداری، ش. زنده‌دل، ک. (۱۳۹۲). پرسشنامه فارسی درد مکگیل؛ ترجمه، انطباق و پایایی در بیماران مبتلا به سرطان: گزارش کوتاه. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۷۱ (۱): ۵۳-۵۸.
- خضری‌مقدم، ن.؛ بنی‌اسد، ح. و کهرآزبی، ف. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانی در درمان مبتلایان به اختلال سردرد تنشی مزمن. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان*، ۷ (۳۲): ۵۲-۶۹.
- زارعان، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپننگ) بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد همسران معتادان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.
- سلطانی، م.؛ لطیفی، ز.؛ و موسوی، ش. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپننگ) بر شفقت به خود، نگرانی از تصویر تن و روند بهبود بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پوست. *فصلنامه پوست و زیبایی*، ۱۰ (۴): ۲۲۳-۲۳۴.
- شیرین‌بیان، پ. (۱۳۸۸). روایی و پایایی آزمون افسردگی زونگ سالمندان در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز.
- صدوقی، م.؛ و عکاشه، گ. (۱۳۸۸). اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد تنشی مزمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهکرد*، ۱۱ (۳): ۸۵-۹۲.



مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

لوید، ا؛ و جانسون، ب. (۲۰۰۵). «کد شفابخش». ترجمه زهره لطیفی و مهدی مروی. (۱۳۹۶). اصفهان: انتشارات مؤلف.

محمدی‌فخار، ف.؛ رفیعی، ف.؛ جمشیدی، ر؛ و اینانلو، م. (۱۳۸۹). تأثیر آرام‌سازی فکر بر اضطراب درد پانسمان سوختگی، کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل. نشریه پژوهش پرستاری، ۵ (۱۹): ۵۸-۶۷.

مصلحی، ر (۱۳۹۸). آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپینگ) بر بهبود روند بیماری دیابت نوع ۲، سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی هیجانی در بیماران مبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

مؤمنی‌مهرجردی، م.؛ راوری، ح.؛ عطارزاده‌حسینی، س. ر؛ و خوش‌رفتاریزدی، ن. (۱۳۹۶). تأثیر یک دوره تمرین در آب بر میزان شدت درد و کیفیت زندگی زنان مبتلا به واریس. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۸ (۷): ۴۰۳-۴۱۰.

عربی، ا و باقری، م. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۶ (۲۲): ۷۲-۸۷.

عزیزی، م.؛ آقامحمدیان شهرباف، ح. ر؛ مشهدی، ع؛ و اصغری ابراهیم‌آباد، م. ج. (۱۳۹۶). بررسی فراتحلیل عوامل روان‌شناختی بروز میگرن در ایران. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۶ (۲۲): ۸۸-۱۰۰.

عظیمی، ز؛ حقایق، س. ع؛ و نوروزی، م. (۱۳۹۸). نقش تعدیل‌کننده کیفیت خواب در رابطه اضطراب صفت-حالت با شدت علائم بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۸ (۳۰): ۲۶-۳۸.

علی‌پور، ا.؛ قدمی، ا.؛ علی‌پور، ز؛ و عبداله‌زاده، ح. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۸ (۳۲): ۱۶۳-۱۷۵.

قرقانی، ر. (۱۳۹۸). آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپینگ) بر بهبود روند بیماری فشارخون، بهداشت روان‌شناختی و ناشکیبایی در بیماران مبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد

- Burke, K. M., Lemone, P. & Mohn-Brown, E. L. (2003). *Medical surgical nursing care*. United State of America: Prenticehall.
- Byers, J. F., Bridges, S., Kijek, J., LaBorde, P. (2001). Burn patients' pain and anxiety experiences. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 22(2), 144-9.
- Carroll, D. & Bowstler, D. (1993). Pain management and nursing care. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Chan, I. Y., Koh, K., Teo, Y. C., Tamin, R. Z., Lim, A., Fredericks, S. (2013). Biochemical and psychometric evaluation of Self-Healing qigong as a stress reduction tool among first year nursing and midwifery students. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(4), 179-183.
- Chen, Y. F., Huang, X. Y., Chien, C. H., & Cheng, J. F. (2017). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for reducing anxiety. *Journal of Perspectives in psychiatric care*, 53(4), 329-336.
- Homayouni, K., Hadi, N., Herfedoust, Biazar, B., Montazeri, A. (2016). Acupuncture versus medical treatment for migraine headache: quality of life outcome. *Payesh*, 15(6): 685-693.
- Houle, T., & Nash, J. M. (2008). Stress and headache chronification. *The Journal of Head and Face Pain*, 48(1), 40-44.
- Lampl, C., Thomas, H., Tassorelli, C., Katsarava, Z., Laínez, J. M., Lantéri-Minet, M., & et all. (2016). Headache, depression and anxiety: Associations in the Eurolight project. *The Journal of Headache and Pain*, 17(1), 59-65.
- Latifi, Z., Soltani, M. & Mousavi, S. (2020). Evaluation of the effectiveness of self-healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 40(2020), 101-180.
- Lipton, B. (2005). *The Biology of Belief*; Publisher: Hay House Inc.; 7th Anniversary edition (October 11, 2016). Mountain of Love, Elite

- Books, 2005.
- Lipton, B. (2014). *The honeymoon effect; the science of creating heaven on earth*, Publisher: Hay House Inc.; Reprint edition (April 1, 2014).
- Loizzo, J. J., Peterson, J. C., Charlson, M. E., Wolf, E. J., Altemus, M., Briggs, W. M., ... & Caputo, T. A. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 16(3), 30.
- Loyd, A. & Johnson, B. (2005). *The healing codes, Unlocking the cellular sequence of life. by Light of Man Ministries*. New York, Boston.
- Loyd, A. & Johnson, B. (2011). *The healing code*. Grand central life & style. Hachette book group. New York. Boston, First book edition: February 2011.
- Loyd, A. (2013). *The Healing Codes will revolutionize heal*. MANUAL Alex Loyd Services, LLC.
- Loyd, A. (2014). *The Relationship Codes*; Alexander Loyd Services, LLC, 2430 Vanderbilt Beach Road, Suite #108-410, Naples, Florida 34109 , PhD, ND, 2014.
- Loyd, A. (2018). *The Memory Engineering*; Alexander Loyd Services, LLC, 2018. publisher. Hodder & Stoughton.
- Loyd, A. (2019). *The Healing Codes II; A step-by-step guide to whole-life healing*; Publisher: Yellow Kite.
- McCracken, L. M. & Dhingra, L. (2002). A short version of the pain anxiety symptoms scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *Journal of Pain Res Manage*, 7, 45–50.
- Ni, M. (2008). *Secrets of self – helaing: harness power to heal common ailments, boost vitality, and achieve optimum wellness*. Avery; EXCLUSIVE EDITION edition (December 26, 2008). New Yourk.
- Philip, R. Appel. (2020). *A Philosophical Approach to the Rehabilitation of the Patient with Persistent Pain*, *American Journal of*

- Clinical Hypnosis*, 62(4): 330-343.
- Romestch, C., Denkinger, J. K., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Gibbons, P. & et all. (2020). Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the "Islamic State" (IS). *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 1-9.
- Seers, K., Crichto, N., Tutton, L., Smith, L. & Saunders, T. (2008) Effectiveness of relaxation for postoperative pain and anxiety: randomized controlled trial. *Journal of Advance Nursing*, 62(6), 681-8.
- Soltani, M., Latifi, Z., Moosavi, S. (2020). The efect of self-healing education on self compassion, body image concern and improvement of disease process in suffering from skin cancers. *Journal of Dermatology & Cosmetic*, 10(4): 222-234.
- Suljic, E., & Mehicevic, A. (2017). Correlation between the type of headache and depression in relation to gender. *Journal of the Neurological Sciences*, 381, 939-940.
- White, M. L. (2012). Spirituality Self-care Effects on quality of life for patients diagnosed with chronic illness. *Bulletin Luxembourgeois Des Questions Sociales*, 29, 285-304