

اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

ظاهره حمزه پورحقیقی^۱، یارعلی دوستی^۲، بهرام میرزائیان^۳، محمد کاظم فخری^۴

۱. دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه روانشناسی، ساری، ایران.

۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه روانشناسی، ساری، ایران (مؤلف مسؤول)، تلفن ثابت: ۰۱۳-۳۳۱۱۶۷۰۵، yarali.dousti@yahoo.com

۳. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه روانشناسی، ساری، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: آرتریت روماتوئید یک بیماری خود ایمنی ناتوان کننده است و مزمن بودن این بیماری بر روی متغیرهای جسمانی و روانشناختی این بیماران اثرات بسیار وسیعی می گذارد. با توجه به تاثیر مداخلات روانشناختی بر بیماری های جسمی مزمن، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام گردید.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. ۳۰ نفر از بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان رازی شهر رشت در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و در ۲ گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). برای جمع آوری داده های مورد نیاز اعضای هر دو گروه با فاصله زمانی ۲ ماه به پرسشنامه های ادراک بیماری (IPQ) و پرسشنامه ادراک درد مک گیل (MGPPQ) پاسخ دادند. برنامه ۱۰ جلسه ای درمان شناختی رفتاری گروهی در مورد گروه مداخله انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس بررسی شدند.

یافته ها: یافته ها حاکی از تاثیر معنی دار درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و ادراک درد بود و ادراک از بیماری و ادراک درد به طور معنی داری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی با تاثیر بر افکار و باورهای ناکارآمد و سوگیری های شناختی بر میزان ادراک بیماری و ادراک درد موثر است.

کلیدواژه ها: درمان شناختی رفتاری، ادراک بیماری، ادراک درد، روماتیسم.

وصول مقاله: ۹۳/۱۰/۱۰ اصلاحیه نهایی: ۹۳/۱۲/۱۸ پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۴

مقدمه

بیماری های مزمن از جمله مشکلات شایع بهداشتی در سراسر جهان به شمار می آیند که عادات و رفتار های بهداشتی افراد بطور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آن ها تاثیر دارند (۱). بیماری استخوان و مفاصل از جمله بیماری های شایع هم در کشور های پیشرفته و هم در حال توسعه می باشند، به گونه ای که در یک اقدام بین المللی دهه ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ به عنوان « دهه بیماری های استخوان و مفاصل » نامگذاری شده است (۲). آرتريت روماتويد يك بیماری خود ایمنی پیشرونده با علائم بالینی متغیر می باشد. آرتريت روماتويد با دوره های التهاب در سینه و یوم شروع می شود که باعث ضخیم شدن و ایجاد ادم در آن می گردد. التهاب سینه و یال ایجاد شده در مفصل یا مفاصل باعث تورم، حساس شدن و سفت شدن آنها می شود که می تواند با خستگی، کاهش وزن، اضطراب و افسردگی باشد. این بیماری می تواند یک علت اصلی ناتوانی و ابتلا به مرگ و میر باشد (۳). آرتريت روماتويد يك بیماری خود ایمنی ناتوان کننده است که بین ۰/۵ تا ۱/۰٪ از جمعیت افراد بالغ را در سرتاسر دنیا متاثر می سازد (۴). زنان دو تا سه برابر مردان به این بیماری مبتلا می شوند (۵). عمده ترین شکایات این بیماران عبارتند از درد، ناتوانی و خستگی. تعداد بسیار زیادی از بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد خستگی جدی را تجربه می کنند. تحقیقات مختلف در حوزه روان نشان داده اند، مزمن بودن این بیماری بر روی متغیرهای جسمانی، روانشناختی و بهزیستی این بیماران در کودکان و بزرگسالان اثرات بسیار وسیعی می گذارد (۶). ادراک بیماری که برای طیف گسترده ای از بیماری ها از جمله بیماری های مزمنی مانند سرطان (۷)، بیماری های قلبی (۸ و ۹)، دیابت (۱۰ و ۱۱)، سندروم خستگی مزمن (۱۲ و ۱۳) و بیماری های کلیوی (۱۴) مورد استفاده قرار گرفته است، عبارت است از بازنمایی شناختی و واکنش هیجانی بیماران نسبت به بیماری خود که از طریق یکپارچه سازی اطلاعات محرک های درونی و بیرونی با تئوری از

قبل موجود بیماری، شکل می گیرد. همچنین یافته ها نشان داده اند که تغییر در ادراک بیماری در بهبود بیماران سکنه قلبی نقش دارد (۱۵) و نیز ادراک بیماری با تعدادی از پیامدها مانند پیگیری درمان یا بهبود عملکرد مرتبط است (۱۶ و ۱۷). از آن جایی که بیماران پردازش کننده های فعال بیماری خود هستند، بازنمایی ادراکی تعیین کننده نحوه پاسخگویی بیماران به این عوامل می باشد و سازگاری بیماران با بیماری و علایم آن را نیز تعیین می کند (۱۸). بنابراین مطالعه بر روی متغیر ادراک بیماری های مزمنی همچون آرتريت روماتويد ضروری بنظر می رسد (۱۹).

در مطالعات بر روی بازنمایی های ادراکی از بیماری مدل مطروحه لونتال هوارد^۱ (۱۹۸۰) که یک مدل خودتنظیمی (Self-regulatory) است نتایج حاکی از آن بوده اند که آدم ها در شرایط بیماری، تجارب خود را حول پنج عنصر شکل می دهند: ۱- هویت بیمار: شامل برجسب یا نامی است که فرد برای توصیف بیماری خود و علایمی ناشی از آن، به کار می برد. ۲- علت بیماری: باورهای اختصاصی هر فرد درباره علت درک شده بیماری که به لحاظ پزشکی ممکن است بطور کامل صحیح نباشند. ۳- سیر بیمار: باورهای پیش بینانه در این باره که بیماری چه مدت طول خواهد کشید، پیشرونده است یا ثابت. ۴- پیامدها: باورهای فرد در مورد این که پیامدهای بیماری یا تأثیر آن بر زندگی، جسم، روابط اجتماعی و اهداف آرزوهای او چگونه خواهد بود و ۵- درمان: کنترل پذیری بیماری: عقایدی درباره این که آیا خود فرد یا مراجع درمانی می توانند تأثیری بر بیماری او، دوره آن یا علایم اش داشته باشند. اخیرتر مفهوم سازی اولیه این مدل با انجام چند تغییر بسط یافته است (۲۱ و ۲۰). کنترل پذیری بیماری به دو بخش تفکیک شده که یکی عقاید فرد را در مورد کنترل شخصی خودش بر بیماری و دیگری، عقاید او را درباره تأثیر مراجع درمانی بر بیماریش می سنجد. سیر

¹ -Leventhal

محور می پرداخت، توسط پژوهش گرانی ارجح تر شمرده شده است.

گودمن (۲۵) و پتری (۱۵) مداخله برای تغییر در ارزیابی های شناختی از بیماری را متقدم بر انتخاب مکانیزم های مقابله ای می دانند. در هر حال، مطالعات محدودی که به طراحی و اقدام به این گونه مداخلات (بر روی بازنمایی های ادراکی از بیماری) در بیماران مزمن پرداخته باشند، وجود دارد. این محدود مطالعات نشان می دهند مداخلاتی که در آن ها بازسازی شناخت های مرتبط با بیماری مطرحه مدل لونتال، آماج مداخله و تغییرات تعدیلی قرار گیرند، قادر به ایجاد تغییرات مثبت در بازده بیماران هستند. این یافته ها حاکی از آنند که بین بازنمایی های ادراکی از بیماری و بازده خلقی و رفتاری در بیماران مزمن، پیوند وجود دارد. اهمیت این یافته ها از آن جا است که نشان می دهند بین پیش بینی های مدل خودتنظیمی لونتال و تئوری های زیر لایه مداخلات شناختی-رفتاری که قائل به ارتباط بین افکار، احساسات (احساسات عاطفی، حس های بدنی) و رفتار هستند سنخیت و هم سازی وجود دارد (۲۵). از این رو پتری^۳ و همکاران (۲۶) و گودمن و همکاران (۲۵) پیشنهاد می کنند مداخلاتی که هدف تغییر در بازنمایی های ادراکی را دارند بایستی پایه کار خود را بر تکنیک های شناختی-رفتاری استوار کنند. ادراک درد عبارت است از نگرش ها، باورها و انتظارات بیماران درباره درد. همچنین تحریف های شناختی همچون فاجعه آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آن ها از درد و پیامدهای آن و بطور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با ادراک درد ارتباط دارد (۲۷).

فیلیس الگوی تاثیر شناختها بر رفتار مربوط به درد را توصیف می کند، و بر انتظاراتی که بیماران درباره اعمال و باورهای که آنان در باره کنترل رویداد های درد دارند،

بیماری نیز به دو بخش حاد-مزمن و ادواری تفکیک شده است که اولی عقاید فرد را درباره این نکته که خط سیر زمانی بیماری خود را حاد می داند یا مزمن می سنجد و دومی عقاید فرد را درباره این که آیا خط سیر زمانی بیماری خود را به صورت دوره هایی از عود می بیند، می سنجد. یک بعد دیگر به نام درک واضح و روشن از بیماری به این مدل افزوده شده که به منزله نوعی فراشناخت عمل می کند و می کوشد دریابد تا دیگر ابعاد بازنمایی های ادراکی فرد از بیماریش، تا چه حدودی درک واضح و روشنی را از بیماری برایش فراهم نموده اند. از آن جا که مدل لونتال یک مدل موازی است که معتقد است به موازات بازنمایی های شناختی هر فردی از بیماری، بازنمایی های عاطفی از بیماری نیز در او شکل می گیرد (متمایز از حالت خلقی عمومی بیمار)، یک بخش دیگر نیز به نسخه بسط یافته مدل لونتال تحت عنوان "بازنمایی های عاطفی از بیماری" افزوده شده است. این عناصر هشت گانه در نسخه جدیدتر از مدل لونتال در چندین مطالعه مورد بررسی قرار گرفته و نسخه جدید را مورد تأیید قرار داده اند (۸ و ۲۲). به همین سان، شارلو^۱ و همکاران (۲۳) ارتباط بین بازنمایی های ادراکی از بیماری و بازده بیماری در چندین مطالعه مورد بررسی قرار داده اند که نتایج حاکی از آن بوده که آدم ها، رفتارهای مرتبط با سلامت خود را حول این ابعاد شناختی از بیماری خود، شکل می بخشند. بر اساس این یافته ها پتری و همکاران (۱۵) و جاپسون^۲ و همکاران (۲۴) پیشنهاد نموده اند که مداخلاتی بر روی بازنمایی های ادراکی در بیماران مزمن صورت پذیرد تا هم بازده بیماری بهتر شود و هم سازگاری با آن ارتقاء یابد. این رویکرد نسبت به رویکرد قدیمی تر مداخلات که منتج از مدل لازاروس بیماری را یک استرسور عمده تلقی نموده و سپس به طراحی مداخلات با هدف تغییر مکانیزم های مقابله ای هیجان محور به مسأله

¹ -Scharloo

² -Jopson

³ -Petrie

تاکید می کند. درد ممکن است منشا جسمی یا ذهنی، عضوی یا کارکردی و طبی یا روانی داشته باشد. درد مزمن معمولاً با افسردگی، محیط اجتماعی فقیر، محیط غیر بهداشتی خانواده در ارتباط است و میتواند بر روی درمان های جسمانی موثر باشد. لذا پیش نیاز درمان های جسمانی درد مزمن میتواند درمان عاطفی و دیگر مشکلات روان شناختی باشد (۲۸). درمان های شناختی-رفتاری رشد و توسعه جدیدی در درمان روانشناختی به شمار می آید. با این همه در این مدت کم توانسته است، علاقه زیادی را در متخصصان بالینی به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده برای این علاقه وجود دارد: نخست آنکه روشهای شناختی - رفتاری بر عکس سایر شکل های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات که در تمامی اختلالات روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند، سر و کار دارند. دوم آنکه رفتار درمانی شناختی، شکافی را که بسیاری از درمانگران بین روش های صرفاً رفتاری و رواندرومانی های پویا احساس می کنند، پر می سازد. سوم آنکه این روشهای جدید درمانی، برعکس رواندرومانی های پویا پایه های عملی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت های بالینی از خود نشان می دهند (۲۹).

درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکرد های شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته ای استفاده می شود (۳۰). یافته ها حاکی از آنند که بین بازنمایی های ادراکی از بیماری و بازده خلقی و رفتاری در بیماران مزمن، پیوند وجود دارد. اهمیت این یافته ها از آن جا است که نشان می دهند بین پیش بینی های مدل خودتنظیمی لونتال و تئوری های زیرلایه مداخلات شناختی - رفتاری که قائل به ارتباط بین افکار، احساسات (احساسات عاطفی، حس های بدنی) و رفتار هستند سنخیت و هم سازی وجود دارد (۳۰ و ۲۵). از

این رو پژوهشگران پیشنهاد می کنند مداخلاتی که هدف تغییر در بازنمایی های ادراکی را دارند بایستی پایه کار خود را بر تکنیک های شناختی-رفتاری استوار کنند (۲۶ و ۲۵). بررسی ها دادستان و جلال (۳۱) نیز در پژوهش خود تحت عنوان نقش میانجی هیجان شناختی در رابطه با رفتار بیماری در مبتلایان به آرتریت روماتوئید به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد هیجانی-شناختی و رفتار بیماری در مبتلایان به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش های مختلف (۳۳ و ۳۲) حاکی از تاثیر مداخلات شناختی-رفتاری بر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. با توجه به اینکه بیماریهای روماتیسمی بر جنبه های مختلفی از زندگی روزمره بیماران تأثیر میگذارند و منجر به صدماتی می شوند که باعث کاهش توانایی انجام بعضی از وظایف و فعالیت ها می شود (۳۴)، و از سویی دیگر در پژوهش های مختلف مشاهده شده است که بیماریهای روماتیسمی اغلب با شیوع بالای اختلالات روانپزشکی و پریشانیهای روانشناختی همراه هستند (۳۵)، لزوم بررسی بر روی این گروه از افراد و مداخلات روانشناختی ضروری به نظر می رسد. گروه درمانی نیز فرصتی را فراهم می کند تا در آن تک تک اعضا بتوانند مشکلات مرتبط با بیماری خود را آزادانه مطرح و آموزش های لازم را دریافت نمایند. اغلب افراد شرکت کننده در گروه ها بر این باورند که مشکلاتشان منحصر بفرد است و دیگران هرگز گرفتار چنین مشکلاتی نیستند و همین شیوه پردازش شناختی سبب می شود تا آنها توان کنار آمدن و مقابله با مشکلات خود را از دست بدهند. هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر بازنمایی های ادراکی از بیماری و درد و تغییر شیوه پردازش شناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می باشد. از این رو شاید این پژوهش از اولین پژوهش هایی باشد که در آن مداخله شناختی-رفتاری به شیوه گروهی (CBGT) بر روی

ادراک درد و ادراک بیماری، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اعمال می شود.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه این پژوهش کلیه بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان رازی شهر رشت در سال ۱۳۹۲ بودند. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و در ۲ گروه آزمایشی و کنترلی قرار گرفتند، به نحوی که آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر روی گروه آزمایشی اعمال شد اما گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایشی و کنترل اجرا گردید. شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از کلیه زنانی که سن آنها در دامنه ۶۰-۳۰ سال قرار داشت و حداقل ۲ سال از زمان تشخیص بیماری و شروع به درمان آنها می گذشت، میزان تحصیلات بالای دیپلم بود و قبلاً هیچ گونه مداخلات روانشناختی و مشاوره ای دریافت نکرده بودند.

ابزارهای اندازه گیری

۱- پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ):^۱ این مقیاس برای ارزیابی کمی ۵ مولفه ادراک هویت^۲، علت^۳، پیامد^۴، سیر بیماری^۵ و کنترل/درمان^۶ بیماری در مدل خود تنظیمی لونتال^۷ ساخته شد و تاکنون با دامنه گسترده ای از بیماری‌ها از قبیل بیماری‌های قلبی، آرتریت روماتوئید، سرطان و غیره مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش حاضر برای سهولت کار و برای رعایت حال مراجعان از

فرم کوتاه پرسشنامه ادراک بیماری^۸ استفاده شده است. این پرسشنامه یک پرسشنامه ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است (۲۱). فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ-R)^۹ در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = شدیداً مخالف، ۵ = شدیداً موافق) پاسخ داده می شود. بررسی همسانی درونی خرده مقیاس نشان داد که همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۲۳ (اسنادهای شانس و تصادف) تا ۰/۸۹ (سیر بیماری، حاد/مزمن) قرار دارد. پایایی بازآزمایی خرده مقیاس بعد از سه هفته بین ۰/۴۶ (کنترل شخصی) تا ۰/۸۸ (اسنادهای عامل خطر) و بعد از شش ماه بین ۰/۳۵ (پیامدها) تا ۰/۸۱ (ابرازات هیجانی) قرار داشت. بعلاوه روایی همگرا و واگرایی مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت (۳۶). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰/۴۸ تا ۰/۷۰ = ۰/۷۰ بود (۲۱). باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس راتهیة نمود ه اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی IPQ-R، ۰/۷۱ می باشد. بطور کلی استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگرا اعتبار خوب و رضایت بخش آن بوده است (۳۷).

۲- پرسشنامه درد مک گیل (MGPQ؛ ملزاک، ۱۹۸۳): پرسشنامه درد مک گیل کاربردی ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است. این پرسشنامه شامل چهار بعد اصلی و ۲۰ زیر گروه و در مجموع ۷۸ کلمه است. در هر زیر گروه شدت درد از بالا به پایین افزایش می یابد، بنابراین پایین ترین کلمه بالاترین امتیاز را دارد. بیمار می تواند از هر زیر گروه یک کلمه را انتخاب کند. پرسشنامه درد مک گیل شامل ۷۸ کلمه توصیفی در ۲۰ زیر گروه تشکیل دهنده چهار بعد حسی^{۱۰} (زیر گروه های ۱-۱۰)،

⁸ -Brief-IPQ

9- Illness perception Questionnaire-Revised

10- Sensory

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیستم / مرداد و شهریور ۱۳۹۴

1- Illness perception Questionnaire-Revised

2- Identity

3- Cause

4- Consequences

5- Timeline

6- Control/cure

7- Leventhal's Self-Regulatory Model

عاطفی^۱ (زیرگروه‌های ۱۵-۱۱)، ارزیابی یا شناختی^۲ (زیرگروه ۱۶) و متفرقه^۳ (زیرگروه‌های ۲۰-۱۷) است. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی‌سازی و بررسی پایایی پرسشنامه درد مک گیل به زبان فارسی پرداخته و بیان کرده‌اند که پرسشنامه فارسی درد مک گیل از انطباق فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک درد مزمن برخوردار است. در مطالعه آن‌ها (نمونه = ۸۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی، ارزیابی-شناختی و متفرقه) بالای ۰/۸۰ محاسبه شد. نسخه خلاصه شده پرسشنامه درد مک گیل SF-MPQ نیز توسط ملزاک و همکاران برای یک اقدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه بکار گرفته شده است، پرسشنامه درد مک گیل شامل دو عامل مستقل است. یکی تحت عنوان درد حسی که توصیف کننده تجربه درد در فرد و دیگری درد عاطفی که تشریح تاثیر احساسی از تجربه درد را نشان می دهد (۳۸). پرسشنامه مذکور شامل ۱۱ مورد مربوط به اجزای حسی درد (درد ضرباندار - تیر کشنده - خنجری - تیز - پیچشی - کنده شدن یا ساییدگی - احساس داغ شدن و سوختگی - درد داشتن - سنگینی - حساس بودن - جدا شدگی) و اجزای عاطفی درد شامل ۴ جزء (خستگی مفرط - ناخوشی - ترسناک بودن - بیرحمانه و مجازات کننده بودن درد) همچنین معیار چشمی درجه بندی شده درد (۱۰-۰) و انتخاب یکی از ۶ معیار شدت درد (بدون درد تا شکنجه آور) می باشد. عادل منش و همکاران در سال ۱۳۹۱ در پژوهش خود به ترجمه و بومی سازی نسخه خلاصه شده پرسشنامه درد مک گیل به زبان فارسی پرداختند و بیان کردند که نسخه فارسی خلاصه شده پرسشنامه درد مک

گیل از پایایی لازم برخوردار است و پاسخگوی تغییرات ایجاد شده در خرده مقیاس ها می باشد.

نحوه آموزش درمان شناختی - رفتاری گروهی در این پژوهش منظور از آموزش درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی فنون شناختی - رفتاری هستند که توسط پژوهشگر و بر اساس پکیج های درمانی موجود در این حیطه طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای به منظور تغییر الگوهای فکری، احساسی و رفتاری اعضا به آنها ارائه می شود. به علاوه قرار گرفتن در گروه باعث می شود تا اعضا بتوانند از بازخورد های دیگران استفاده کنند و در مورد تغییری که می خواهند انجام دهند تصمیم بگیرند. یعنی اعضا می توانند برداشت های خودشان را در مورد خودشان با برداشت های دیگران از آنها مقایسه و بعد تصمیم بگیرند که با این اطلاعات چه می توانند انجام بدهند. جلسات گروهی درمان شناختی - رفتاری عبارت بودند از:

جلسه اول: جلسه توضیحی شامل خوش آمد گویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد جلسات، مدت زمان جلسه، بیان انتظارات از آنها در جلسات درمانی، اقدام برای شناخت یکدیگر، وارسی اجمالی ادبیات مربوط به بیماری آرتريت روماتوئید با همکاری اعضای گروه، بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد بیماری آرتريت روماتوئید و آسیب های جسمانی ناشی از آن، ارائه بازخورد به هر یک از اعضای گروه توسط سایر اعضا.

جلسه دوم: تلاش برای اتحاد بین اعضای گروه برای شکستن مقاومتها و خودفاش سازی از طریق یادآوری قوانین اخلاقی گروه مانند راز داری، رعایت حقوق اعضای گروه و...، بحث در زمینه درمانگری شناختی - رفتاری و بیان تعامل بین افکار، احساسات و رفتار از طریق توالی ABC.

جلسه سوم: تجزیه و تحلیل رخداد های فعال کننده، باورها و واکنش های عاطفی از دیدگاه درمانجویان، شناسایی باورهای بنیادین نا کار آمد و دسته بندی کردن آنها با

- 1- Affective
- 2- Evaluative or cognitive
- 3- Miscellaneous

جلسه دهم: بحث در زمینه توقف فکر و پسخوراند زیستی و نقش آنها در افزایش هیجانات مثبت، تعیین تکالیف خانگی در زمینه توقف فکر، پسخوراند زیستی.

در این پژوهش، جهت تحلیل داده های پژوهش تحلیل کواریانس (MANCOVA) استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی

۱- کلیه آزمودنی ها قبل از شرکت در پژوهش رضایتنامه کتبی شرکت در پژوهش را امضا نمودند.

۲- اطمینان لازم در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آزمودنی ها داده شد.

یافته ها

برای آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان CBTG بر ادراک درد و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از تحلیل کواریانس (مانکوا) استفاده شده است. در ابتدا مفروضه های این آزمون که شامل، همگنی رگرسیون، ارتباط خطی، همگنی ماتریس های واریانس - کواریانس، یکسانی واریانس ها مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود پس از تعدیل نمرات گروه های آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون ادراک بیماری و ادراک درد با هم اختلاف دارند. برای بررسی این نکته که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است یا نه و ناشی از اثر آموزشی است، تحلیل مانکوا با روش تصحیح "بن فرونی" انجام پذیرفت.

استفاده از مهارت تحلیل رفتار ABC، بحث در زمینه خودگویی های مثبت و نقش آن در کنترل هیجانات و رفتارهای ناسازگارانه، تعیین تکلیف برای جلسه آینده در زمینه شناسایی باورهای بنیادین نا کارآمد در زمینه رفتارهای اضطراب انگیز و همچنین تمرین خودگویی های مثبت و بررسی تاثیرات آن بر رفتار.

جلسه چهارم: زیر سوال بردن باور های بنیادین نا کارآمد و تکمیل توالی ABC با اضافه کردن مولفه D^۱ به توالی به منظور به چالش کشیدن و زیر سوال بردن باورهای نا کارآمد پایداری که در مقابل تغییر مقاومت می کنند.

جلسه پنجم: اطمینان از اینکه توالی ABCD به درستی آموزش داده شده است، آموزش علمی آرامش عضلانی، تعیین تکلیف برای جلسه بعدی در زمینه ایجاد آرامش عضلانی.

جلسه ششم: بحث در زمینه مهارت حل مساله، مراحل آن و تاثیرات آن بر رفتارهای مرتبط با سلامت روان، ارائه مثال های مختلف درباره حل مساله و مراحل آن.

جلسه هفتم: بحث در زمینه تحلیل عینی، تحلیل منطقی و تحلیل سودمندی در رابطه با رفتارهای ناسازگارانه. ارائه تکالیف خانگی در زمینه تحلیل منطقی، سودمندی و عینی در رابطه با رفتارهای اضطراب انگیزی و افسردگی که دارند.

جلسه هشتم: بحث در زمینه مهارت های اجتماعی از جمله ابراز وجود، مهارت های بین فردی و خود کنترلی.

جلسه نهم: بحث در زمینه نقش اسناد در رفتار، بخصوص نقش آن در رفتارهای ناسازگار. همچنین سخنرانی آموزش در زمینه باورهای مخالف و تجربه دو حالت هیجانی ناهمساز، تعیین تکالیف خانگی در زمینه اسناد، باورهای مخالف و تجربه دو حالت هیجانی ناهمساز در رابطه با مشکلی که درمانجو گرفتار آن می باشد.

¹ -Disputing

جدول ۱: میانگین تعدیل یافته، انحراف و خطای استاندارد سلامت روان گروه های آزمایش و گروه کنترل

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
ادراک بیماری	آزمایش	۳۱/۴۲	۱/۴۶
	کنترل	۴۶/۹۱	۱/۴۶
ادراک درد	آزمایش	۲۱/۸۹	۰/۷۸
	کنترل	۲۸/۳۱	۰/۷۸

گروهی بر ادراک بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است؛ مورد تأیید قرار می گیرد. مجذور سهمی تا شدت این اثر را (۰/۵۴) نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بسیار بالاست.

با توجه به نتایج جدول ۲ براساس آلفای میزان شده بنفرون (۰/۰۱۷) آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری با $F(1, 25) = 29.75$ مؤثر بوده است ($P < 0.01$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرض پژوهش مبنی بر اینکه آموزش شناختی - رفتاری به شیوه

جدول ۲: نتایج آزمون اثر آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معنی داری	اندازه اثر
	Ss	dF	MS	F	η^2
ادراک بیماری	۱۷۳۹/۰۳	۱	۱۷۳۹/۰۳	۲۹/۷۵	۰/۵۴
خطا	۱۴۶۱/۵۶	۲۵	۵۸/۴۶		

بر اینکه آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است مورد تأیید قرار می گیرد. مجذور سهمی تا شدت این اثر را (۰/۲۸) نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بسیار بالاست.

با توجه به نتایج جدول ۳ براساس آلفای میزان شده بنفرون (۰/۰۱۷) آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک درد با $F(1, 25) = 9.51$ مؤثر بوده است ($P < 0.01$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرض پژوهش مبنی

جدول ۳: نتایج آزمون اثر آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک درد

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معنی داری	اندازه اثر
	Ss	dF	MS	F	η^2
ادراک درد	۲۹۸/۳۵	۱	۲۹۸/۳۵	۹/۵۱	۰/۲۸
خطا	۷۸۳/۹۷	۲۵	۳۱/۳۶		

بحث

در این پژوهش تاثیر روش درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام گرفت. اولین یافته پژوهش حاکی از تاثیر معنادار درمان شناختی- رفتاری گروهی بر ادراک بیماری در بیماران آرتریت روماتید بود که این یافته در راستای پژوهش موس موریس و چالدر (۳۸) است که در پژوهش خود تحت عنوان ادراک بیماری و سطوح ناتوانی در بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آرتریت روماتوئید به نقش حمایتی درمان شناختی رفتاری در سندرم خستگی مزمن اشاره کردند و بر اهمیت ادراک بیماران از بیماری در پایدار شدن اختلال اشاره کردند. هژیر و همکاران (۳۹) نیز در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تغییر بازنمایی های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به این نتیجه همخوان رسیدند که درمان شناختی- رفتاری بر مبنای ساخت نظری مونی و پادسکی بر تعدیل بازنمایی های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مؤثر است. دادستان و جلال (۴۰) نیز در پژوهش خود تحت عنوان نقش میانجی هیجان شناختی در رابطه با رفتار بیماری در مبتلایان به آرتریت روماتوئید به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد هیجانی- شناختی و رفتار بیماری در مبتلایان به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد. در تبیین این یافته ها می توان اذعان کرد که مداخلات روانشناختی برای بسیاری از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید سودمند است، بویژه هنگامی که این مداخلات باعث افزایش سطوح فعالیت جسمانی شود (۴۰). درمان شناختی رفتاری هدفمند بموقع می تواند باعث ارتقاء نتایج در افراد مبتلا به بیماری های جسمانی مزمن شود (۳۳). پیامدهای روانشناختی و پزشکی تحت تاثیر باورهای بیماران در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماری هایشان می باشد (۴۱). در مداخلات شناختی- رفتاری مورد آماج قرار دادن افکار و رفتارهای ناسازگارانه، نقش کلیدی دارد

و بر این اساس، باورهای افراد در مورد بیماریشان، اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آن ها با بیماری تاثیر می گذارد. درمان شناختی رفتاری به نحو فزاینده ای در بیماریهای روان- تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنشهای افراد در قبال حوادث استرس زای زندگی بکار می رود و مقابله موثر بااسترس زها می تواند ادراک بیماری را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین، درمان شناختی- رفتاری با تغییر در فرایندهای فکری به واسطه بازسازی شناختی به ارتقای ادراک بیماری منجر می گردد. آگاهی از تغییرات شناختی و رفتاری در حین جلسات و کسب توانایی در جهت کنترل افکار و رفتارها توسط خود فرد از دلایل مهم افزایش ادراک بیماری می باشد. از سویی دیگر، شرکت در جلسات گروهی آموزش شناختی رفتاری سبب شده که افراد تا حدود زیادی نتایج مثبت روابط اجتماعی را تجربه کرده و با شرکت در جلسات و استفاده از نظرات و راه حل های دیگران دیدگاه های وسیع تری نسبت به مسائل مطرح شده در گروه از جمله بیماری و ادراک آن پیدا کنند. از سویی دیگر تنوری های زیرلایه مداخلات شناختی- رفتاری قائل به ارتباط بین افکار، احساسات (احساسات عاطفی، حس های بدنی) و رفتار هستند و مداخلاتی که هدف تغییر در بازنمایی های ادراکی را دارند بایستی پایه کار خود را بر تکنیک های شناختی- رفتاری استوار سازند (نقل از (۳۹)). یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از تاثیر آموزش شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود که این نتیجه با نتایج پژوهش هیولت، املر، آلمیدا، کلیس، هاموند و همکاران (۳۱) همخوان می باشد که گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری گروهی برای خود کنترلی خستگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موجب بهبود تأثیرات خستگی، مقابله، شدت خستگی ادراک شده و بهزیستی میشود. مسگریان (۴۲) نیز در مطالعه خود گزارش کرده است که پذیرش درد می تواند ۳۴ درصد واریانس اختلال عملکرد روزانه و ۹

درصد واریانس ناتوانی جسمی را فراتر از مقدار تبیین شده به وسیله شدت درد تبیین کند. همچنین مک کراکن و ولمن (۴۳) و مورنو، لینچ، گریکو، تیندل و وینر (۴۴) در پژوهش خود نشان دادند که انعطاف پذیری شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران مبتلا به نشانگان درد همراه است. در تبیین این یافته باید به دلایل اصلی افزایش ادراک درد و کاهش عملکرد در این دسته از بیماران پرداخت. مدل های روانشناختی درد مزمن از جمله مدل ترس اجتناب نشان می دهند که شیوه ای که مردم احساس دردشان را تفسیر می کنند و یا به آن پاسخ می دهند فاکتور مهمی در تجربه درد است. فاجعه آمیز کردن درد، گرایشی مبالغه آمیز و منفی نسبت به تجربه ی درد واقعی یا پیش بینی شده است که باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی می شود (نقل از (۴۵)). درمان شناختی رفتاری با تاثیر بر تفسیرهای افراد و سوگیری ها در پردازش اطلاعات بر ادراک درد موثر است. این درمان فاجعه آمیز

کردن درد را کاهش داده و یا در فرآیند آن تغییر ایجاد می کند.

پاره ای از کاستی های پژوهش حاضر عبارتند از انجام پژوهش فقط در نمونه زنان و عدم در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی، عدم پیگیری نتایج بلندمدت. پیشنهاد می شود که در پژوهش های مشابه دیگری بر روی زنان و مردان و به طور مقایسه اثربخشی بر آنها انجام گیرد و همچنین نتایج بلندمدت درمانی نیز مورد پیگیری قرار گیرد.

نتیجه گیری

درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی با تاثیر بر افکار و باورهای ناکارآمد و سوگیری های شناختی بر میزان ادراک بیماری و ادراک درد موثر است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری می باشد و بدین وسیله از کلیه کسانی که در انجام این مقاله همکاری داشته اند صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

Reference

1. Newby NM. Chronic illness and the family life-cycle. Journal of advanced nursing 1996;23:786-91.
2. Nolan M, Nolan J. Arthritis and rehabilitation: developments in the nurse's role. British Journal of Nursing 1998;7:22-39.
3. Chen S-Y, Wang H-H. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self-care behavior in patients with rheumatoid arthritis. Journal of Nursing Research 2007;15:183-92.
4. Kvien TK. Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis. Pharmacoeconomics 2004;22:1-12.
5. Handin R, Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, et al. Harrison's principles of internal medicine. Harrison's Principles of internal medicine..Section 2. Disorders of Immune-Mediated Injury. Chapter 321. Rheumatoid Arthritis 2005:1283.
6. Dhanani S, Quenneville J, Perron M, Abdoell M, Feldman BM. Minimal difference in pain associated with change in quality of life in children with rheumatic disease. Arthritis Care & Research 2002;47:501-5.
- 7- Buick DL. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. Perceptions of health and illness 1997:379-409.

8. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996;312:1191-4.
9. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999;82:234-6.
10. Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health* 2000;15:733-50.
11. Bazzazian S, Besharat M. An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychology, health & medicine* 2012;17:47-58.
12. Moss-Morris R, Petrie KJ, Weinman J. Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology* 1996;1:15-25.
13. Dickson A, Toft A, O'Carroll RE. Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in chronic fatigue syndrome, autoimmune thyroid disease and healthy participants. *Psychological Medicine* 2009;39:1567-76.
14. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology and Health* 2008;23:679-90.
15. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine* 2002;64:580-6.
16. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: theoretical foundations. *Perceptions of health and illness* 1997;2:19-46.
17. Weinman J. T 7 ILLNESS PERCEPTIONS: A New Paradigm. *The Health Psychology Reader* 2002:250.
18. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology* 1980;2:7-30.
19. Akhiani A IZ, Bagherian-Sararoudi R, Khorvash F. Investigating the effect of illness perception on the relationship between early maladaptive schemas and level of motor disability in multiple sclerosis patients. *J Res Behave Sci* 2013;10: 609-18.
20. Pimm T, Byron M, Curson D, Weinman J. Personal illness models and the self-management of arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1994;37:S358.
21. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health* 2002;17:1-16.
22. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health* 1996;11:431-45.
23. Scharloo M, Kaptein A, Weinman J, Hazes J, Breedveld F, Rooijmans H. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology* 1999;26:1686-93.
24. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of psychosomatic research* 2003;54:503-11.
25. Goodman D, Morrissey S, Graham D, Bossing ham D. The Application of Cognitive—Behavior Therapy in Altering Illness Representations of Systemic Lupus Erythematosus. *Behavior Change* 2005;22:156-71.

26. Petrie KJ, Weinman J. Perceptions of health and illness: current research and applications: Taylor & Francis; 1997.
27. Turk DC, Gatchel RJ. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook: Guilford Publications; 2013.
28. Kremer E, Atkinson JH. Pain measurement: construct validity of the affective dimension of the McGill Pain Questionnaire with chronic benign pain patients. *Pain* 1981;11:93-100.
29. Clark DME, Fairburn CG. Science and practice of cognitive behavior therapy: Oxford University Press; 1997. chapter 1,8-9.
30. Dadsetan A JS. Investigate the role of cognitive emotion in behavior of patients with rheumatoid Retry. Fifth Congress of Psychosomatic. 2013.
31. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy. *Annals of the rheumatic diseases* 2011;70:1060-7.
32. Halford J, Brown T. Cognitive-behavioral therapy as an adjunctive treatment in chronic physical illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009;15:306-17.
33. Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research* 2006;55:325-32.
34. Kojima M, Kojima T, Ishiguro N, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, et al. Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research* 2009;67:425-31.
35. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research* 2006;60:631-7.
36. Sararoudi RB, Saneai H, Ehsan HB. The Relationship of History of Hypertension and Illness Cognitive Representation in Post-Myocardial Infarction. *Journal of Isfahan Medical School* 2010;27:699-709. [In Persian]
37. Mason ST, Arceneaux LL, Abouhassan W, Lauterbach D, Seebach C, Fauerbach JA. Confirmatory factor analysis of the Short Form McGill Pain Questionnaire with burn patients. *Eplasty* 2008;8:e54.
38. Moss-Morris R, Chalder T. Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*. 2003;55:305-8.
39. Hazhir F, Ahadi H, Pourshahbaz A, Rezaei M. The effectiveness of cognitive-behavior therapy on illness representations of multiple-sclerosis and improving their emotional states. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2012;15:415-428. [In Persian]
40. Knittle K, Maes S, De Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: Examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis care & research* 2010;62:1460-72.
41. Scharloo M, Kaptein A, Weinman J, Bergman W, Vermeer B, Rooijmans H. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology* 2000;142:899-907.
42. Mesgarian F, Asghari Moghaddam M, Shaeeri M. Acceptance of chronic pain with physical disability and daily function in patients with chronic pain. *Contemporary Psychology* 2010;5:708-10.
43. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain* 2010;148:141-7.

44. Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK. "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The Journal of Pain* 2008;9:841-8.
45. Mohammadi F, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Asghari MA. The effects of "mindfulness meditation for pain management" on the severity of perceived pain and disability in patients with chronic pain. *Iranian Journal of Ageing* 2011;6:59-66. [In Persian]