مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/دوره هجدهم/ تابستان ۱۳۹۲/۶۶-۵۸

بررسی میزان درد و متغیرهای شناختی مرتبط با آن در بیماران روماتوئید آرتریت در مقایسه با گروه سالم

سمانه قوشچیان چوبمسجدی[1]، جمیله مقیمی[2]، بهناز بهنام[3]

۱.کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران (مولف مسئول) تلفن ثابت:۴۴۴۳۴۳۴-۰۲۳۱ ، samaneh_641@yahoo.com

۲. استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

۳. استادیار گروه اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در دهه های اخیر تحقیقات در زمینه درد مزمن پیشرفت زیادی کرده است. شاید یکی از عوامل آن به دلیل نقش درد مزمن در چالش ها و هزینه های مرتبط با شرایط درد مزمن در جایگاه عمومی سلامت باشد. هدف اصلی در این مطالعه، مقایسه کردن متغیرهای ترس از درد، فاجعه سازی درد و شناخت فاجعه آمیز شده در بیماران روماتوئید آرتریت با گروه نرمال است.

روش‌بررسی: نوع مطالعه علی- مقایسه ای است. داوطلبان در این تحقیق، ۱۰۰ نفر بیمار روماتوئید آرتریت و ۱۰۰ نفر افراد نرمال در بیمارستان دولتی، بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داوطلبان بعد از پر کردن رضایت نامه اخلاقی، بر مبنای متغیرهای سن، جنس و دوره بیماری مورد بررسی قرار گرفتند و سه پرسش نامه ترس از درد، شناخت فاجعه آمیز شده و مقیاس فاجعه سازی درد ارائه شد.

یافته‌ها: نتایج، تفاوت معناداری را در سه متغیر شناختی " ترس از درد" ، "شناخت فاجعه آمیز شده" و "فاجعه سازی درد" در بیماران روماتوئید آرتریت را نسبت به گروه نرمال نشان داد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که متغیرهای " ترس از درد"، "شناخت فاجعه آمیز شده" و "فاجعه سازی درد" به عنوان متغیرهای شناختی مهم در افزایش میزان درد در بیماران روماتوئید آرتریت موثرهستند. نتایج مطالعه حاضر، مطابق با اصول مدل شناختی- عاطفی درد که به اهمیت تجربه درد به عنوان تنظیم کننده های فعال در همبستگی و ارتباط شناخت - درد تاکید می کند.

واژگان کلیدی: ترس از درد ، فاجعه سازی درد ، شناخت فاجعه آمیز شده ، روماتوئید آرتریت

وصول مقاله: ۹۰/۱۱/۱۹ اصلاحیه نهایی:۹۱/۹/۱۳ پذیرش:۹۲/۱/۱۸

مقدمه

تحقیقات در زمینه درد مزمن به خصوص در دهه های اخیر، رشد چشمگیری داشته است (۱). اهمیت نشانه های درد در همه بیماری ها، به خصوص در مورد بیماری روماتوئید (به عنوان یکی از بیماری های مزمن) بطور وسیع شناسایی شده است (۲). درد به عنوان یکی از نشانه‌های اصلی در بیماری روماتوئید آرتریت[1] است که این بیماری به عنوان رایج ترین التهاب مفاصل که در زنان شایع تر است، شناسایی شده و در حدود ۱ درصد از جمعیت جهان را در گیر کرده است (۳). این بیماری معمولا بدون درمان است و نشانه‌های این بیماری به طور مزمن درطول زندگی بیمار قرار دارد و تنها تعداد اندکی از این بیماران می توانند به دوره بهبودی برگردند

[1] . rheumatoid arthritis

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

(۴). درد به عنوان یک مکانیسم طبیعی بدن هشداری است جهت شناسایی و رفع منبع دردی است که امکان دارد سلامت انسان را به خطر اندازد (۵). البته چنانچه این ترس از درد همان گونه که برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند حالت غیر منطقی و یا مرضی به خود بگیرد، نه تنها دیگر جنبه‌ی انطباق‌پذیری و کمک به سلامت انسان ندارد، بلکه می‌تواند با اثرگذاری بر ابعاد شناختی و رفتاری، مشکلاتی را در سلامت روان شناسی فرد پدید آورد. در حالیکه 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 (۱۰-۶). از طرف دیگر، مطالعات اخیر در زمینه بیماری روماتوئید آرتریت، به اهمیت دو متغیر شناختی مرتبط با درد (فاجعه سازی[1] درد وترس از درد[2]) به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده مهم در زمینه مزمن بودن بیماری روماتوئید آرتریت، تمرکز کرده اند (۱۷-۱۱). مفهوم ترس از درد ابتدا توسط لتم، اسلاد، تروپ و بنتلی (۱۹۸۳) مطرح شد و به تبیین ترس از درد همراه با اجتناب از آن همراه با رفتارهای مرتبط با تجربه درد پرداخت. واژه ترس از درد یا ترس مرتبط با درد، به ترس گسترده و ناتوان کننده از حرکت جسمانی و فعالیت‌های منتج از آسیب پذیری نسبت به درد که اجتناب از کلیه فعالیت‌های حرکتی را به دنبال دارد ،گفته می شود (۱۸). مدل اجتنابی ترس از درد، می‌تواند به عنوان چرخه معیوب، انتظارات منفی را در مورد آسیب پذیری به صورت رفتار اجتنابی، نگرش منفی، و اجتناب های گسترده از کلیه فرآیندهای حرکتی، تبیین کند (۲۲-۱۹). مطالعات اخیر، به اهمیت ترس از درد و ناتوانی مرتبط با آن در بیماران مزمن به خصوص در بیماران کمر درد و روماتوئید آرتریت اشاره کرده اند (۲۳و۱۸). همچنین ترس از درد با سایر متغیرهای شناختی درد، از جمله فاجعه سازی درد مرتبط است (۲۴). متغیر فاجعه سازی درد، به عنوان متغیر شناختی– عاطفی مهم در زمینه تجربه ادراکی درد شناسایی شده است. ضمناً، این متغیربه عنوان یک متغیر منفی فاجعه انگیز شده، از طریق نشخوار ذهنی، بزرگ جلوه کردن و درماندگی نسبت به فرآیندهای دردناک، باعث ناتوانی در کنترل درد در افراد می شود (۲۵). از طرفی مدل اجتناب–ترس، متغیر فاجعه سازی را به عنوان متغیرشناختی پیشرو و مرتبط با متغیر ترس از درد معرفی می کند و این متغیر زمینه اجتناب از درد را تحریک کرده و شدت درد ادراک شده را در فرد بیمار افزایش می دهد و از این طریق شروع فعالیت های حرکتی را کند می کند (۲۳). همچنین، تحقیقات اخیر ارتباط مثبت فاجعه سازی درد با شدت درد، اضطراب عاطفی مرتبط با درد و ناتوانی عملکرد در کودکان و بزرگسالان نشان داده اند (۳۲-۲۶). علاوه بر این، تحقیقات مختلف نشان داده اند که فاجعه سازی درد می‌تواند اثر بسیار قوی بر روی متغیرهای شناختی درد از جمله، شناخت فاجعه‌آمیز شده بگذارد و به مرور زمان تاثیر مستقیمی بر روی کیفیت زندگی در بیماران مزمن داشته باشد (۳۴ و۳۳). همچنین، شناخت فاجعه آمیز شده به عنوان یک متغیر مرتبط با فاجعه سازی درد و به عنوان متغیر شناختی مهم در درد، به شناسایی و اندازه‌گیری تفکرات فاجعه انگیز شناختی (۳۵) و حیطه های مختلف درد مزمن ازجمله بیماری روماتوئید آرتریت کمک می کند (۳۷و۳۶). به عنوان مثال، کیف و همکاران نشان دادند که فراوانی شناخت فاجعه آمیز شده در بین افرادی با بیماری روماتوئید آرتریت به طور خیلی بالا با شدت درد، محدودیت فعالیت و افسردگی در دوران بیماری مرتبط است (۳۸). علاوه بر این، یک سری از مطالعات، نتایج متفاوت با تحقیقات گذشته در زمینه ارتباط معنادار درد و متغیرهای شناختی درد در بیماران روماتوئید آرتریت نشان داده اند (۴۱-۳۹). این تحقیق به مقایسه ترس از درد، فاجعه سازی درد و شناخت فاجعه آمیز شده به عنوان متغیرهای شناختی درد در بیماران روماتوئید آرتریت و افراد نرمال می پردازد.

[1]. pain catastrophysing
[2]. Fear of pain

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات "علی- مقایسه ای" است. نمونه مورد بررسی در این مطالعه، ۱۰۰ بیمار دارای بیماری روماتوئید آرتریت از مهر ماه ۱۳۸۹ که به طور روزانه به مطب های خصوصی شهرستان سمنان جهت درمان بیماری مراجعه می کردند و همچنین ۱۰۰ نفر از افراد سالم تشکیل شده بود. روش نمونه گیری، به روش در دسترس بود. ملاک‌های ورود کلیه بیمارانی بودند که برای معاینه وضعیت خود به مطب های خصوصی روماتولوژی و درمانگاه بیمارستان فاطمیه شهرستان سمنان مراجعه می کردند. پس از تصویب طرح و کسب اجازه از مدیریت بیمارستان فاطمیه شهرستان سمنان، آزمودنی ها بعد از پر کردن رضایت‌نامه کتبی، با معیارهای ورود از جمله متغیرهای جمعیت شناختی، سن، جنس، سطح تحصیلات، مدت بیماری و تاریخچه بیماری مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای خروج در نمونه مورد بررسی، عدم وجود بیماری‌های دیگر از جمله بیماری‌های مزمن و اختلات روانی در تاریخچه نمونه مورد بررسی بود. در مرحله بعد، به شرکت کننده‌ها مجموعه ای از سه پرسش نامه، به ترتیب، پرسش نامه ترس از درد [1]، یک پرسش نامه ۳۰ سوالی است که برای اولین بار توسط مک نیل و رین واتر (۱۹۹۸)، ساخته شد و هدف آن ارزیابی ترس از درد بر اساس سه بعد دردهای شدید، دردهای خفیف و دردهای پزشکی بود. حداقل نمره این پرسش نامه ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ می باشد و شرکت کننده ها بر اساس میزان نمره‌های بدست آمده از پرسش‌نامه ترس از درد، به سه گروه تقسیم می‌شوند. نمره کمتر از ۵۲ به عنوان نمره‌های پایین در زمینه ترس از درد، نمره بالاتر از ۸۰ به عنوان نمره‌های بالا در زمینه ترس از درد و نمره ۷۹ به عنوان نمره متوسط برای نمونه‌های بهنجار گزارش شده است (۴۲). میزان پایایی آن در خارج بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (۴۲). دومین پرسش نامه، فاجعه‌سازی درد به وسیله مقیاس فاجعه سازی درد [2] اندازه‌گیری شد (۴۳). ارزیابی ابعاد مختلف در زمینه فاجعه‌سازی درد طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۳ سوال است که افکار و احساسات مختلفی را که افراد در هنگام درد تجربه می‌کنند را توصیف می‌کند و پاسخ آزمودنی‌ها بر اساس ۳ مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ جلوه کردن و درماندگی و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرند. بر اساس میزان درجه‌ای که نمره‌گذاری می‌شوند میزان افکار و احساساتی که آن‌ها در هنگام تجربه درد دارند، گزارش می‌شوند (۰=اصلا، ۴=درهمه اوقات). میزان پایایی آن در خارج بالاتر از ۹۲ /۰ گزارش شده است (۴۳).

سومین پرسش نامه، پرسش نامه شناخت فاجعه آمیز شده [3] که به ۳ مقیاس(الف) فاجعه سازی در زمینه عاطفی، (ب) فاجعه‌سازی در زمینه ذهنی و (ج) فاجعه‌سازی در زمینه جسمانی بررسی می‌شود و دارای ۲۱ سوال می‌باشد. درجه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ و با اعتبار بالا در خارج گزارش شده است (۴۴). میزان پایایی این پرسش‌نامه در ایران در حدود ۰/۷۵ است. داده ها با استفاده از نرم افزار رایانه ای SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا به بررسی شاخص های توصیفی (میانگین ، انحراف استاندارد) جهت متغیرهای شناختی و غیر شناختی پرداخته شد و در مرحله بعد از تست های آماری MANOVA به روش تجزیه و تحلیل چندگانه [4] پرداخته شده و در صورت وجود معناداری در بین متغیرها، به بررسی و مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای معنادار از طریق آزمون معناداری دو به دو پرداختیم.

[1]. Fear of Pain Questionnaire (FPQ)

[2]. Pain Catastrophizing Scale (PCS)

[3]. Catastrophic Cognition Questionnaire (CCQ)

[4]. MANOVA

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

یافته‌ها

در ابتدا به بررسی توصیفی شاخص‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای شناختی در دو گروه (بیمار، سالم) و در مراحل بعدی به مقایسه متغیرهای شناختی در دو گروه مورد هدف پرداخته شده است. بر اساس متغیر جنسیت، نمونه ما در دو گروه از ۸۱ نفر مرد و ۱۱۹ نفر زن تشکیل شده است. میانگین سنی و انحراف استاندارد، در هر دو گروه ۴۶/۷۶±۵/۲۹ بود. در مورد متغیر سطح تحصیلات در هر دو گروه، ۵ ٪ بی سواد، ۱۰/۵٪ ابتدایی، ۱۸/۵ ٪دیپلم، ۵۸/۵٪ لیسانس، ۵/۵ ٪ فوق لیسانس و ۲٪ دکترا بودند (جدول ۱). به شاخص‌های آماری (میانگین و انحراف استاندارد) بر اساس متغیرهای شناختی ترس از درد، فاجعه سازی درد، شناخت فاجعه آمیز شده و متغیرهای جمعیت شناختی سن، مدت بیماری، سطح تحصیلات در جدول ۱ پرداخته شده است.

جدول۱: شاخص های توصیفی برای متغیرهای شناختی و جمعیت شناختی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
ترس از درد	سالم	۹۴/۸۵	۳۰/۱۰
	بیمار	۳۵	۲۱/۱۵
فاجعه سازی درد	سالم	۴۰/۷۳	۱۲/۴۰
	بیمار	۸/۶۳	۰/ ۸۶
شناخت فاجعه آمیز شده	سالم	۷۰/۵۴	۱۴/ ۸۲
	بیمار	۳۰/۹۱	۲۱/۰۴
سن	سالم	۴۳/ ۵۳	۱۶/۴۲
	بیمار	۴۹/۹۹	۱۶/۳۱
مدت بیماری (سال)	سالم	۵/۲۹	۲/۹۶
	بیمار	۰	۰
سطح تحصیلات (بی سواد- دکتری)	سالم	۳/۵	۱/۰۶
	بیمار	۴/۹۸	۱/۰۹

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

در مرحله بعدی به تجزیه و تحلیل استنباطی متغیرها پرداختیم و به وسیله روش تجزیه و تحلیل متغیرهای چندگانه (جدول۲) و آزمون معناداری بین متغیرها از طریق مقایسه های دو به دو (جدول۳)، به معناداری متغیرهای شناختی در دو گروه بیمار و سالم پرداختیم. بر اساس جداول (۲) و (۳) ، از بین متغیرهای شناختی، متغیرهای ترس از درد (p<۰/۰۵)، شناخت فاجعه آمیز شده (p<۰/۰۵) و فاجعه سازی درد (p<۰/۰۵) تفاوت معناداری را در بین دو گروه بیماران روماتوئید آرتریت و گروه سالم نشان دادند. در مرحله بعد در جهت مقایسه کردن متغیرهای شناختی مرتبط با درد در دو گروه بیمار و سالم، به بررسی و مقایسه میانگین های متغیرهایی که تفاوت معنادار را نشان دادند، پرداختیم. بر اساس اطلاعات جدول (۳) و تفاوت‌های بررسی شده بر مبنای دو گروه (I-J)، بالاترین میانگین متغیرهای ترس از درد ۵۹/۸۵، فاجعه سازی درد ۲۴/۸۵، شناخت فاجعه آمیز شده ۳۹/۶۳ در گروه بیماران روماتوئید آرتریت نسبت به گروه سالم است. بر اساس نتایج به دست آمده، نقش مهم متغیر درد و متغیرهای شناختی مرتبط با درد در بروز دردهای مزمن، از جمله درد روماتوئید و میزان ناتوانی حاصل شده در این گروه از بیماران بر اساس متغیرهای شناختی درد را نشان می دهد.

جدول۲: آزمون بررسی تاثیرات بین گروهی متغیرهای شناختی، ترس از درد، فاجعه سازی درد، شناخت فاجعه آمیز شده در دو گروه بیمار و سالم

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	معناداری
ترس از درد	۱۷۹۱۰۱/۲۵	۱	۱۷۹۱۰۱/۲۵	۲۶۴/۶۴	۰ *
فاجعه سازی درد	۳۰۲۰۸/۸۲	۱	۳۰۲۰۸/۸۲	۲۶۴/۶۴	۰ *
شناخت فاجعه آمیز شده	۱۰۸۴۸/۰۵	۱	۱۰۸۴/۰۵	۳۹/۱۱۴	۰ *

P<۰/۰۵ *

جدول۳: آزمون مقایسه های دو به دو برای متغیرهای شناختی، ترس از درد، فاجعه سازی درد و شناخت فاجعه آمیز شده

متغیر وابسته	(I) گروه	(J)گروه	تفاوت میانگین ها (I-J)	انحراف معیار	معناداری(Sig)	تفاوت فاصله اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
نمره کل ترس از درد	بیمار	سالم	۵۹/۸۵	۳/۶۷	۰/۰۰ *	۵۲/۵۹	۶۷/۱۰
	بیمار	سالم	-۵۹/۸۵	۳/۶۷	۰/۰۰ *	-۶۷/۱۰	-۵۲/۵۹
نمره کل فاجعه سازی درد	بیمار	سالم	۲۴/۵۸	۱/۵۱	۰/۰۰*	۲۱/۵۹	۲۷/۵۶
	بیمار	سالم	-۲۴/۵۸	۱/۵۱	۰/۰۰*	-۲۷/۵۶	-۲۱/۵۹
نمره کل شناخت فاجعه آمیز شده	بیمار	سالم	۳۹/۶۳	۲/۵۷	۰/۰۰ *	۳۴/۵۵	۴۴/۷۰
	بیمار	سالم	-۳۹/۶۳	۲/۵۷	۰/۰۰ *	-۴۴/۷۰	-۳۴/۵۵

P<۰/۰۵ *

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

بحث

یافته های این مطالعه، نشان دهنده معناداری متغیرهای ترس از درد، فاجعه سازی درد و شناخت فاجعه آمیزشده در هر دو گروه (بیمار ، سالم) است. همچنین، میانگین بالاتری در هر سه متغیرهای شناختی مرتبط با درد (ترس از درد، فاجعه سازی درد و شناخت فاجعه آمیز شده) در گروه بیماران روماتوئید آرتریت نسبت به گروه سالم نشان داده شده است. از طرفی نتایج به دست آمده، نتایج تحقیقات گذشته مبنی بر نقش متغیرهای شناختی در افزایش شدت درد و ناتوانی در بیماران روماتوئید آرتریت را تایید می کند (۱۸-۱۳). همچنین، تعدادی از تحقیقات نشان دادند، برخی از متغیرهای شناختی و عاطفی به طور معنادار بر روی تجربه درد تاثیر می گذارند. به عنوان مثال، گابارد و همکاران ارتباط متغیر ترس از درد را در افزایش مقدار درد و ناتوانی ایجاد شده در دو گروه از بیماران دارای کمر درد و بیماران روماتوئید به عنوان بیماران دارای درد مزمن نشان دادند (۱۹). از طرف دیگر، ولاین و کرومبز و همکاران، نقش فاجعه سازی درد را به عنوان متغیر پیشرو شناختی مهم که با متغیر ترس از درد مرتبط است، نشان دادند و معتقدند که این ارتباط باعث فراهم کردن رفتار اجتناب از درد و به دنبال آن افزایش شدت درد و کاهش فعالیت های حرکتی در بیماران روماتوئید آرتریت می شود (۲۳و۲۱و۱۸). همچنین، در تحقیق دیگر که به وسیله سالیوان و همکاران انجام شد، به نقش فاجعه سازی درد به عنوان تمایل منفی مبالغه شده توصیف کردند که نتایج این تمایل منفی باعث نشخوار ذهنی نسبت به احساس های دردناک ناشی از درد، مبالغه گویی نسبت به محرک های دردناک و به دنبال آن ناتوانی در ذهن فرد در جهت کنترل کردن درد و بی کفایتی در امور زندگی می شود (۲۵و۲۴). علاوه بر این تحقیقات دیگر، به نقش شناخت فاجعه آمیز شده در جهت افزایش تجربه درد مزمن در گروه بیماران مزمن از جمله بیماران روماتوئید آرتریت اشاره کرده اند (۳۶و۳۴). به عنوان مثال، نتایج تحقیقات کیف و همکاران، نشان داد که متغیر شناخت فاجعه آمیز به عنوان متغیر پیش بینی کننده مهم در افزایش شدت درد، محدودیت فعالیت‌های جسمانی و افسردگی در بیماران روماتوئید آرتریت در زمان حاضر و همچنین در ۶ ماه بعد از بیماری به حساب می‌آید (۳۷). از طرفی نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج تحقیقات گذشته، مبنی بر ارتباط مستقیم متغیرهای شناختی درد با افزایش تجربه ادراکی درد و استرس عاطفی ناشی از درد در پاسخ به محرک های دردناک، همسو است. به عبارت دیگر، نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر، با مدل های چند بعدی درد مزمن، از جمله دیدگاه زیستی—روانی همسو است. این دیدگاه معتقد است، متغیرهای روانی در کنار متغیرهای زیستی در به کار بردن تکنیک های مقابله ای، میزان سازگاری، تجربه درد و در نهایت انتقال درد حاد به درد مزمن، نقش بسیار مهمی دارند (۴۲). از طرفی نتایج بدست آمده در این تحقیق، فرض‌های اساسی مدل شناختی—عاطفی درد را حمایت می کند. مدل شناختی—عاطفی درد، به اهمیت بخش‌های اصلی در تجربه درد (شدت درد، ترس از درد و فاجعه سازی درد) می پردازد و معتقد است که این متغیرها به عنوان متغیرهای واسطه ای بالقوه، نقش حیاتی در ارتباط درد- شناخت دارند. داده های تجربی به دست آمده از این مدل، افزایش شدت درد و ناتوانی همراه با آن را در بیمار دارای درد روماتوئید آرتریت هنگام وجود متغیرهای شناختی معیوب از جمله ترس از درد، نشان داده است (۴۹-۴۶). همچنین یافته های ما، با برخی از تئوری های روانشناسی از جمله تئوری‌های یادگیری و زمینه هم مرتبط است. این تئوری ها معتقدند، الگوی تکراری از واکنش پذیری به درد، به رفتار اجتنابی، تمایل شناختی از طریق سیگنال های جسمانی و منجر به افزایش برانگیختگی روانشناختی می شود که ممکن است از این طریق باعث مزمن شدن درد در بیماران شود. از طرف دیگر، این الگوی تکراری ممکن است در محرک های متعدد مرتبط با درد تعمیم داده شود و همین تعمیم گسترده ناشی از شرطی شدن، در ایجاد ناتوانی و عدم سازگاری بیماران دارای درد مزمن نقش مهمی داشته باشد (۵۱ و ۵۰). در نتیجه حمایت های تجربی کافی جهت تایید کردن مدل چند بعدی درد و تاثیر حیاتی آن در بیماران دارای درد مزمن وجود دارد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و تحقیقات همسو با آن و با توجه به نقش متغیرهای شناختی درد، در افزایش درد تجربه شده در بیماران دارای درد مزمن از جمله بیماران روماتوئید آرتریت، می توان با بررسی تحقیقات کلی‌تر در این زمینه، خدمات گسترده ای را جهت بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران جهت مقابله با دردهای مزمن ارائه داد. همچنین توصیه می شود جهت درمان بهتر و سریع تر برای بیماران روماتوئید آرتریت، همراه با درمان های پزشکی، درمان های روانشناختی به ویژه درمان شناختی– رفتاری نیز انجام شود و در تحقیقات آینده، تاثیر درمان‌های روانشناختی همراه با درمان های پزشکی در بیماران روماتوئید آرتریت بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله ماحصل یک کار گروهی از متخصصان بهداشت روان، اعصاب و روان و روماتولوژی است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب قدردانی خود را از کلیه کسانی که در این پژوهش نقشی داشتند، به خصوص از کلیه بیماران صبوری که با عشق و محبت ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی نمائیم.

Reference

1. Gatchel RJ, Peng YB , Peters ML , Fuchs PN , Turk DC. The biopsychosocial approach tochronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bul 2007; 133:581–624.
2. D.M. Phillips. JCAHO PAIN management standards are unveiled. JAMA 2000; 284: 428–429.
3. Kremers, M.D. Mayes, P.A. Merkel, S.R. Pillemer, J.D. Reveille, J.H. Stone and National Arthritis Data Workgroup, Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States, Part I. Arthritis Rheum 2008;58: 15–25.
4. Emery P, McInnes IB, van Vollenhoven R , Kraan MC. Clinical identification and treatment of a rapidly progressing disease state in patients with rheumatoid arthritis Rheumatology (Oxford)2008; 47 : 392–398.
5. lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a fear avoidance model of exaggerated pain perception-I. Behav Res Ther 1983; 21:401-408.
6. Dhanani S, Quenneville J, Perron M, Abdolell M ,Feldman P. Minimal difference in pain associated with change in quality of life in children with rheumatic diseases, Arthritis Care Res 2002;47: 501–505.
7. Fries JF, Spitz P , Young DY. The dimensions of health outcomes: The health assessment questionnaire, disability and pain scales, J Rheumatol 1982 ;9: 789–793.
8. Kosinki M, Zhao S, Dedhiya S, Osterhaus JT , Ware JE. Determining minimally important changes in generic and disease-specific health-related quality of life questionnaires in clinical trials rheumatoid arthritis . Arthritis Rheum2000;43: 1478–1487.
9. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL, pain1998; 76 : 395–406.
10. Ward MM, Clinical measures in rheumatoid arthritis: Which are most useful in assessing patients?, J Rheumatol1994;21: 17–27.
11. Brown SC, Glass JM , Park DC.The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients,Pain2002; 96: 279–284.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

12. Claudia M , Robert R . Mind–body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts , American Pain Society 2009;12:204-210.
13. Attentional Biases in Chronic Pain Associated With Rheumatoid Arthritis: Hypervigilance or Difficulties Disengaging . Department of Medicine, University of Sydney, Australia. [cited 2010]. available from: http://www.sciencedirect.com.
14. Jennifer F, Chung C. Outcomes Research in Rheumatoid Arthritis, Hand Clinics2011;27: 115-126.
15. Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR, Affleck G, Sullivan MJ , Caldwell DS. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing, Pain 2000;87: 325–334.
16. MainCJ , Watson PJ.Guarded movements: development of chronicity, J MusculoskelPain 1996; 4: 163–170.
17. Thibault, P. Loisel, M.J. Durand, R. Catchlove and M.J.L. Sullivan, Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients, Pain 2008;1399: 47–54.
18. Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Verbeek AL, Oostendorp RA , Vlaeyen JW. Fear of movement/(re)injury, disability, and participation in acute low back pain.Pain2003; 105 : 371–379.
19. Goubert L, Crombez G , Van Damme S. The role of neuroticism,pain catastrophizing an pain –related fear in vigilance to pain : a structural equations approach .Pain 2004; 107:234-41.
20. McCracken LM, Zayfert C , Gross R.T. The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain.Pain1992; 50:67-73.
21.Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren R.G . Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain1995; 62:363-372.
22. Elfving B, Andersson T , Grooten WJ. Low levels of physical activity in back pain patients are associated with high levels of fear-avoidance beliefs and pain catastrophizing, Physiother Res Int 2007; 12: 14–24.
23. Valayen J.W , Linton S.J. Fear -avoidance and its consequences in musculoskeletal pain :a state of the art. Pain2000; 85:317-32.
24. Sullivan MJ, Bishop S.R , Pivik J. The pain catastrophizing scale: Development and validation. Psychol Assess1995;4:524-32.
25. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley L.A , Lefebvre J.C. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. Clin J Pain2001; 17:52-64.27.
26. Lynch AM, Kashikar-Zuck S, Goldschneider KR , Jones BA. Sex and age differences in coping styles among children with chronic pain, J Pain Symptom Manage 2007; 33 : 208–216.
27. Merlijn VP, Hunfeld JA, van der Wouden JC, Hazebroek-Kampschreur A, Passchier J , Koes BW. Factors related to the quality of life in adolescents with chronic pain, Clin J Pain 2006; 41: 306–315.
28. Sawyer MG, Whitham JN, Roberton DM, Taplin JE, Varni JW and Baghurst PA.The relationship between health-related qality of life, pain and coping strategies in juvenile idiopathic arthritis Rheumatology 2004;43: 325–330.
29. Schanberg LE, Anthony KK, Gil KM, Lefebvre JC, Kredich DW , Macharoni LM.Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease, Pediatrics 2001;108:47.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

30. Schanberg LE, Keefe FG, Lefebvre JC, Kredich DW , Gil KM .Pain coping strategies in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome: Correlation with pain, physical function, and psychological distress, Arthritis Care Res 1996; 9 : 89–96.
31. L.E. Schanberg, J.C. Lefebvre, F.J. Keefe, D.W. Kredich and K.M. Gil, Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic a rthritis, Pain 1997;73: 181–189.
32. Vervoort T, Goubert L, Eccleston C, Bijttebier P , Crombez G.Catastrophic thinking about pain is independently associated with pain severity, disability, and somatic complaints in school children and children with chronic pain, J Pediatr Psychol 2006;31: 674–683.
33. Dixon KE, Thorn BE, Ward LC, An evaluation of sex differences in psychological and physiological responses to experimentally-induced pain: A path analytic description, Pain 2004;102: 188–196.
34. Edwards RR, CampbellCM , FillingimRB.Catastrophizing and experimental pain sensitivity: Only in vivo reports of catastrophic cognition correlate with pain responses, J Pain 2005;6: 338–339.
35. Khawaja N.G , Oei T.P. Development of a catastrophic cognition Questionnaire. Journal of Anxiety Disorders1992;6: 305–318.
36 Weisenberg . M.Cognitive aspects of pain. In: P.D. Wall and R. Melzack, Editors, Textbook of Pain (3rd Edition ed.),, Churchill Livingstone, Edinburgh 1994.
37. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA . Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophising as a maladaptive strategy. Pain 1989;37: 51–56.
38 . Flor H , Hermann C. Biopsychosocial models of pain. In: R.H. Dworkin and W.S. Breitbart, Editors, Psychosocial and Psychiatric Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers, IASP Press, Seattle, WA 2004; 47–75.
39. Leeuw M, Goossens M, Linton S, The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. J Behav Med2007;30 : 77–94.
40. Roelofs J, Peters M., van der Zijden M. Selective attention and avoidance of pain-related stimuli: A dot-probe evaluation in a pain-free population. J Pain 2003;4:322–328.
41. George S, Dover G, Fillingim R. Fear of pain influences outcomes after exercise-induced delayed onset muscle soreness at the shoulder.Clin J Pain2007.76-84.
42. McNeil DW, Rainwater AJ .Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. J Behav Med1998; 21 :389-410.
43. Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS . Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain, pain2003 ; 156:1028-34.
44. Nigar C , Oei T.Development of a catastrophic cognition questionnaire2002;6:305-318.
45. Novy DM, Nelson DV, Francis DJ , Turk DC.Perspectives of chronic pain: An evaluative comparison of restrictive and comprehensive models, Psychol Bull 1995; 118: 238–247.
46. Eccleston C, Chronic pain and attention: a cognitive approach, Br J Clin Psychol 1994;33: 535–547.
47. C. Eccleston, G. Crombez, S. Aldrich and C. Stannard, Attention and somatic awareness in chronic pain. Pain1997;72: 209–215.
48. Kewman DG, Vaishampayan N, Zald D , Han, Cognitive impairment in musculoskeletal pain patients. Int J Psychiatry Med 1991;21: 253–262.
49. McCracken LM , Iverson GL. Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. J pain Symptom Manag 2001;21: 392–396.
50. linton SJ. The relationship between activity and chronic back pain. Pain 1985; 21: 289–294.
51. linton SJ. Behavioral remediation of chronic pain: a status report. Pain 1986;24: 125–141.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]