مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیستم /مرداد و شهریور ۱۳۹۴/۵۷-۴۵

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

طاهره حمزه پورحقیقی[۱]، یارعلی دوستی[۲]، بهرام میرزائیان[۳]، محمد کاظم فخری[۳]

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

۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه روانشناسی، ساری، ایران (مولف مسوول)، تلفن ثابت: ۳۳۱۱۶۷۰۵-۰۱۳، 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 (MGPQ) 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**<۰/۰۵).

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

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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). آرتریت روماتوئید یک بیماری خود ایمنی پیشرونده با علائم بالینی متغیر می باشد.آرتریت روماتوئید با دوره های التهاب در سینوویوم شروع می شود که باعث ضخیم شدن و ایجاد ادم در آن می گردد. التهاب سینوویال 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 ومیر باشد (۳). آرتریت روماتوئید یک 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 ازدرد، ناتوانی و خستگی. تعداد بسیار زیادی از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید 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(۹و۸)، دیابت (۱۱و۱۰)، سندروم خستگی مزمن (۱۳و۱۲) 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 سکته قلبی نقش دارد (۱۵) و نیز ادراک بیماری با تعدادی از پیامدها مانند پیگیری درمان یا بهبود عملکرد مرتبط است (۱۷و ۱۶). 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 آرتریت روماتوئید ضروری بنظر می رسد (۱۹).

در مطالعات بر روی بازنمایی های ادراکی از بیماری مدل مطروحه لونتال هوارد[1] (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 برچسب 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 و 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 (۲۱و 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

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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 داده‌اند (۲۲و۸). به همین سان، شارلو[1] 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 [2]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 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 معدودی که به طراحی و اقدام به این گونه مداخلات (بر روی بازنمایی هابی ادراکی از بیماری) در بیماران مزمن پرداخته باشند، وجود دارد. این معدود مطالعات نشان می دهند مداخلاتی که در آن ها بازسازی شناخت های مرتبط با بیماری مطروحه مدل لونتال، آماج مداخله و تغییرات تعدیلی قرار گیرند، قادربه 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 [3]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).

فیلیپس الگوی تاثیر شناختها بر رفتار مربوط به درد را توصیف می کند، و بر انتظارهایی که بیماران درباره اعمال و باورهایی که آنان در باره کنترل رویدا دهای درد دارند،

[1] -Scharloo
[2] -Jopson
[3] -Petrie

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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 ودیگر 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 ،مستقیما 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 صرفا رفتاری و رواندرمانی های پویا احساس می کنند، پر می سازد. سوم آنکه این روشهای جدید درمانی، برعکس رواندرمانی 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 (۳۰و 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 (۲۶و 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 (۳۳و۳۲) حاکی از تاثیر مداخلات شناختی- رفتاری بربیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. با توجه به اینکه بیماریهای روماتیسمی بر جنبه های مختلفی از زندگی روزمرۀ 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 وآموزش 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

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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 کنترل 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 قبلا هیچ گونه مداخلات روانشناختی و مشاوره ای دریافت نکرده بودند.

ابزارهای اندازه گیری

۱-پرسشنامه ادراک بیماری (**IPQ**)[1]: این مقیاس برای ارزیابی کمی ۵ مولفه ادراک هویت[2]، علت[3]، پیامد[4]، سیر بیماری[5] و کنترل/ درمان[6] بیماری در مدل خود تنظیمی لونتال[7] ساخته شد و تاکنون با انطباق با دامنه گسترده‌ای 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[8] استفاده شده است. این پرسشنامه یک پرسشنامه ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شد ه است (۲۱). فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه ادراک بیماری (**IPQ-R**)[9] در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = شدیداً مخالف، ۵ = شدیداً موافق) پاسخ داده می‌شود. 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 واگرای مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت (۳۶). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس ها از $r=$ ۰/۴۸ تا $r=$ ۰/۷۰بود (۲۱). باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس راتهیه نمود ه اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ وضریب همبستگی آن با نسخه فارسی IPQ-R، ۰/۷۱ می باشد. بطور کلی استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگراعتبار خوب و رضایت بخش آن بوده است (۳۷).

۲-پرسشنامه درد مک گیل (MGPQ؛ ملزاک، ۱۹۸۳): پرسشنامه درد مک گیل کاربردی‌ترین 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 می‌یابد، بنابراین پایین‌ترین کلمه بالاترین امتیاز را دارد. بیمار می‌تواند از هر زیر گروه یک کلمه را انتخاب کند. پرسشنامه درد مک گیل شامل ۷۸ کلمه توصیفی در ۲۰ زیرگروه تشکیل دهنده چهار بعد حسی[10] (زیرگروه‌های ۱۰-۱)،

1- Illness perception Questionnaire-Revised
2- Identity
3- Cause
4- Consequences
5- Timeline
6- Control/cure
7- Leventhal's Self-Regulatory Model

8 -Brief -IPQ
9- Illness perception Questionnaire-Revised
10- Sensory

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

عـاطفی[1] (زیرگـروه‌هـای۱۵-۱۱)، ارزیـابی یـا شـناختی[2] (زیرگروه ۱۶) و متفرقـه[3] (زیرگـروه‌هـای ۲۰-۱۷) اسـت. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی‌سازی و بررسـی پایـایی پرسشـنامه درد مـک گیل به زبان فارسی پرداخته و بیان کـرده‌انـد کـه پرسشـنامه فارسی درد مـک گیـل از انطبـاق فرهنگـی و پایـایی کـافی بـرای اسـتفاده در مطالعـات اپیـدمیولوژیک درد مـزمن برخوردار است. در مطالعه آن‌ها (نمونه = ۸۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایـایی در تمـام حیطـه‌هـا (حسـی، عـاطفی، ارزیـابی-شـناختی و متفرقـه) بـالای ۰/۸۰ محاسبه شد. نسخه خلاصـه شـده پرسشـنامه درد مـک گیـل SF-MPQ نیز توسط ملزاک و همکـاران بـرای یـک اقـدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شـد کـه در ۲۵۰ مطالعـه بکار گرفته شده است، پرسشنامه درد مـک گیـل شـامل دو عامل مستقل است. یکی تحت عنوان دردحسی که توصـیف کننده تجربه درد در فرد و دیگری درد عـاطفی کـه تشـریح تاثیر احساسی از تجربه درد را نشان می دهد (۳۸). پرسشـنامه مـذکور شـامل ۱۱مـورد مربـوط بـه اجـزای حسـی درد (دردضـربااندار -تیرکشـنده -خنجـری -تیـز -پیچشـی -کنـده شـدن یـا سـاییدگی -احسـاس داغ شـدن و سـوختگی -درد داشـتن-سـنگینی -حسـاس بـودن -جـدا شـدگی) واجـزای عـاطفی درد شـامل ۴ جـزء(خسـتگی مفـرط -ناخوشـی - ترسـناک بـودن- بیرحمانـه و مجـازات کننـده بـودن درد) همچنـین معیـار چشـمی درجـه بنـدی شـده درد (۱۰-۰)و انتخـاب یکـی از ۶ معیارشـدت درد (بـدون درد تـا شـکنجه آور) مـی باشـد. عـادل مـنش و همکـاران در سـال ۱۳۹۱ در پژوهش خود به ترجمه و بومی سـازی نسـخه خلاصـه شـده پرسشنامه درد مک گیـل بـه زبـان فارسـی پرداختنـد و بیـان کردند که نسخه فارسی خلاصـه شـده پرسشـنامه درد مـک گیل از پایـایی لازم برخـوردار اسـت و پاسـخگوی تغییـرات ایجاد شده در خرده مقیاس ها می باشد.

نحوه آموزش درمان شناختی- رفتاری گروهی

در این پژوهش منظور از آموزش درمان شناختی- رفتاری بـه شـیوه گروهـی فنـون شـناختی- رفتـاری هسـتند کـه توسـط پژوهشـگر و بـر اسـاس پکـیج هـای درمـانی موجـود در ایـن حیطه طی ۱۰ جلسـه ۶۰ دقیقـه‌ای بـه منظـور تغییـر الگوهـای فکری، احساسی و رفتاری اعضا به آنها ارائه می شود. بعـلاوه قـرار گـرفتن در گـروه باعـث مـی شـود تـا اعضـا بتواننـد از بازخورد های دیگران اسـتفاده کننـد و در مـورد تغییـری کـه مـی خواهنـد انجـام دهنـد تصـمیم بگیرنـد. یعنـی اعضـا مـی توانندبرداشت های خودشان را در مورد خودشان با برداشـت های دیگران از آنها مقایسه و بعد تصمیم بگیرنـد کـه بـا ایـن اطلاعات چه می توانند انجام بدهند. جلسات گروهـی درمـان شناختی –رفتاری عبارت بودند از:

جلسه اول : جلسه توضیحی شامل خوش آمـد گـویی، ایجـاد انگیزه، مروری بـر سـاختار جلسـات و قـوانین اصـلی گـروه، تعداد جلسات، مدت زمان جلسـه، بیـان انتظـارات از آنهـا در جلسـات درمـانی، اقـدام بـرای شـناخت یکـدیگر، وارسـی اجمـالی ادبیـات مربـوط بـه بیمـاری آرتریـت روماتوئیـد بـا همکاری اعضای گروه، بررسی افکـار و احساسـات مثبـت و منفی اعضای گـروه در مـورد بیمـاری آرتریـت روماتوئیـد و آسیب های جسمانی ناشی از آن، ارائه بازخورد بـه هـر یـک از اعضای گروه توسط سایر اعضا.

جلسه دوم: تلاش برای اتحاد بین اعضای گروه برای شکستن مقاومتها و خودفاش سازی از طریق یادآوری قـوانین اخلاقـی گـروه ماننـد راز داری، رعایـت حقـوق اعضـای گـروه و...، بحث در زمینه درمـانگری شـناختی –رفتـاری و بیـان تعامـل بین افکار، احساسات ورفتار از طریق توالی ABC.

جلسه سوم : تجزیه و تحلیل رخدادهای فعـال کننـده، باورهـا و واکـنش هـای عـاطفی از دیـدگاه درمانجویـان، شناسـایی باورهای بنیـادین نـا کـار آمـد و دسـته بنـدی کـردن آنهـا بـا

1- Affective
2- Evaluative or cognitive
3- Miscellaneous

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

استفاده از مهارت تحلیل رفتارABC، 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 کار آمد 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 ناکارآمد وتکمیل توالی ABC با اضافه کردن مولفه D[1] به توالی به منظور به چالش کشیدن و زیر سوال بردن باورهای ناکارآمد 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 مهارتهای 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 آ ن می باشد.

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 کوواریانس (مانکوا) استفاده شده است. در ابتدا مفرضه 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.

[1] -Disputing

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

جدول۱: 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

با توجه به نتایج جدول۲ براساس آلفای میزان شده بنفرون (۰/۰۱۷) آموزش شناختی – رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری با F (۱، ۲۵) = ۲۹/۷۵ مؤثر بوده است (P < ۰/ ۰۱) . بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرض پژوهش مبنی بر اینکه آموزش شناختی –رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است ؛ مورد تأیید قرار می گیرد. مجذور سهمی إتا شدت این اثر را (۰/۵۴) نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بسیار بالاست.

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

منابع تغییرات	مجموع مجذورات Ss	درجه آزادی dF	میانگین مجذورات MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر ή
ادراک بیماری	۱۷۳۹/۰۳	۱	۱۷۳۹/۰۳	۲۹/۷۵	۰/۰۱	۰/۵۴
خطا	۱۴۶۱/۵۶	۲۵	۵۸/۴۶			

با توجه به نتایج جدول ۳ براساس آلفای میزان شده بنفرون (۰/۰۱۷) آموزش شناختی – رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک درد با F (۱، ۲۵) = ۹/۵۱ مؤثر بوده است (P < ۰/ ۰۱) . بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرض پژوهش مبنی 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 إ تا شدت این اثر را (۰/۲۸) نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بسیار بالاست.

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

منابع تغییرات	مجموع مجذورات Ss	درجه آزادی dF	میانگین مجذورات MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر ή
ادراک درد	۲۹۸/۳۵	۱	۲۹۸/۳۵	۹/۵۱	۰/۰۱	۰/۲۸
خطا	۷۸۳/۹۷	۲۵	۳۱/۳۶			

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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) نیزدر 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 (۳۰) 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 ارتریت 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 زاها 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 وکسب 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 تئوری 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 برادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود که این نتیجه با نتایج پژوهش هیولت، املر، آلمیدا، کلیس، هاموند و همکاران (۳۱) همخوان می باشدکه 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 می‌تواند ۳۴ درصد واریانس اختلال عملکرد روزانه و ۹

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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 تغییرایجاد می کند.

پاره ای ازکاستی های پژوهش حاضر عبارتند از انجام پژوهش فقط در نمونه زنان و عدم در نظرگرفتن 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, Abdolell 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.

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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. Akhani 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 inmultiple 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 Erythematous. Behavior Change 2005;22:156-71.

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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, Saneei 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.

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]

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]

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

[DOI: 10.22102/20.3.45]