

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۸
تاریخ بررسی مقاله: ۸۹/۱۲/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۳/۲۳

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۰
دوره‌ی چهارم، سال ۱۸-۳، شماره‌ی ۲
صص: ۱-۲۰

تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کنترل درد بر کاهش عواطف منفی و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن

راضیه شهینی *

محمد رضا شعیری **

محمد علی اصغری مقدم ***

محسن ناصری ****

مریم دلاوری *****

چکیده

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کنترل درد بر کاهش عواطف منفی و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شده است. بدین خاطر، پس از انتخاب ۱۲ آزمودنی مبتلا به درد مزمن، آزمودنی‌ها به طور تصادفی در دو گروه درمان شناختی- رفتاری درد و گروه کنترل (۶ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش در یک دوره درمان ۸ جلسه‌ای (هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت) و اعضای گروه کنترل در انتظار درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌های هر دو گروه، یک بار پیش از آغاز دوره و بار دیگر در پایان دوره (حدوداً ۲ ماه بعد)، مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس نتایج حاصل از تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به دو گروه توسط مدل‌های

razi_sh_1983@yahoo.com

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی (نویسنده مسئول)

** استادیار دانشگاه شاهد

*** دانشیار دانشگاه شاهد

**** استادیار دانشگاه شاهد

***** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

آماری با هم مقایسه شدند. نتایج به دست آمده به طور کلی نشان داد که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش عواطف منفی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

کلیدواژگان: درد مزمن، درمان شناختی- رفتاری درد، افسردگی، اضطراب، استرس، شدت درد

مقدمه

شاید درد عمومی‌ترین فشار روانی باشد که با آن مواجه می‌شویم، هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند. درد مزمن^۱ وضعیتی تحلیل برنده است، به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبرو می‌کند. درد مزمن نه تنها توانمندی‌های بیمار، بلکه توانایی‌های اطرافیان حامی وی را نیز به تحلیل می‌برد (گچل و ترک^۲، ۱۹۷۴، ترجمه‌ی اصغری‌مقدم، نجاریان، محمدی و دهقان، ۱۳۸۱). هنگامی درد مزمن است که بیشتر از حد مورد انتظار استمرار پیدا می‌کند. باید توجه داشت که چنین دردی می‌تواند علی‌رغم درمان‌های انجام شده، از ۳ ماه تا ۳۰ سال یا بیشتر طول بکشد (نیکولاس، مولی، تونکین، و بیستون^۳، ۲۰۰۶). بررسی تحول تاریخی نظریه‌های درد، آیینی تمام‌نمایی است از اندیشه‌ی انسان در مورد عواملی که ممکن است در تجربه‌ی درد نقش داشته باشند (اصغری مقدم، ۱۳۸۶). الگوی زیست‌طبی درد، که سابقه‌ی آن به یونان باستان برمی‌گردد، توسط دکارت^۴ در قرن ۱۷ تدوین گردیده است. الگوی فوق بر این فرض استوار است که شکایات فرد، باید از حالت بیماری خاصی ناشی شده باشد. این بیماری به نوبه‌ی خود بیانگر اختلالی زیستی است که تشخیص آن به وسیله‌ی آزمایش‌های عینی آسیب و ضایعه‌ی جسمانی میسر می‌باشد (گچل و ترک، ۱۹۴۷، ترجمه‌ی اصغری‌مقدم و همکاران، ۱۳۸۱). در بسیاری از موارد، تلاش به منظور تبیین علائم درد مزمن با تکیه بر توصیف‌های صرفاً

1- Chronic pain

2- Gatchel & Turk

3- Nicholas, Molloy, Tonkin, & Beeston

4- Descartes

فیزیولوژیکی با شکست مواجه گردیده است (وادل و مین^۱، ۱۹۸۵). بدین خاطر، این شناخت که عوامل دیگری نیز باید در تجربه‌ی درد و پاسخ به آن نقش داشته باشند، قوت گرفت (گچل و ترک، ۱۹۴۷، ترجمه‌ی اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱).

یافته‌های علمی گردآوری شده طی ۴۰ سال گذشته از این اندیشه حمایت می‌کند که درد مزمن پدیده‌ای متشکل از علائم زیستی، روانی و اجتماعی است. مدل مفهومی زیستی- روانی- اجتماعی درد مزمن به عنوان مدلی چند بعدی، جایگزین مدل ساده انگارانه‌ی درد با سرچشمه‌ی جسمانی شده است. در این مدل، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی به عنوان عواملی تلقی می‌گردند که به طور غیر مستقیم با فرایند ادراک درد رابطه دارند. به مرور که درد مزمن‌تر می‌شود، نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در بدتر شدن درد و استمرار آن در مقایسه با نقش عوامل زیستی پر رنگ‌تر می‌گردد (ترک و همکاران، ۱۹۹۶ و ترک و اوکیفوجی^۲، ۲۰۰۲).

لازم به ذکر است که در مشاهده‌های بالینی و در بسیاری از پژوهش‌های تجربی دیده شده است که در اختلال‌های مزمن، بروز علامت‌ها، درماندگی‌ها، پریشانی‌های روان‌شناختی و درجه‌ی ناتوانی با پاتوفیزیولوژی قابل مشاهده ارتباط ضعیفی دارند (ماگورا و شوارتز^۳، ۱۹۹۰). باید دقت نمود که درد مزمن بسیار فراتر از یک علامت جسمانی است. همچنین، استمرار این درد باعث به وجود آمدن مشکلات گسترده و رنج آوری از قبیل تضعیف روحیه، اختلالات عاطفی، اندیشناکی مداوم به درد، محدودیت فعالیت‌های فردی، اجتماعی و حرفه‌ای، افزایش استفاده از داروها، مراجعات مکرر به بخش‌های بهداشت و درمان و گسترش نقش بیماری به سایر بخش‌های زندگی فرد مبتلا می‌شود (پرسونز^۴، ۱۹۹۵). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل شکست در دستیابی به تسکین درد، مشکلات روان‌شناختی خاصی را بروز می‌دهند. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. همچنین درد توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از درد در بیشتر اوقات دست نیافتنی است. این امر در نهایت

1- Waddell & Main

2- Turk & Okifuji

3- Magora & Schwarts

4- Parsons

باعث تضعیف روحیه‌ی بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی وی می‌گردد (ترک و همکاران، ۱۹۹۶ و ترک و اوکیفوجی، ۲۰۰۲).

پژوهش‌های موجود درباره‌ی رابطه‌ی افسردگی و درد متناقض است. گروهی معتقدند درد پیش از افسردگی است و گروهی برعکس. البته در حمایت از الگوی اول، یافته‌های تجربی بیشتری وجود دارد. مطالعات بسیاری در پی ارائه‌ی مدلی برای فهم رابطه‌ی افسردگی و درد مزمن بوده است. الگوهای زیادی در این زمینه ارائه شده که از میان آنها الگوی ارائه شده به وسیله‌ی «بک»^۱ قابل قبول‌تر است. این الگو معتقد است که بین آسیب‌پذیری‌های بنیادین و تنیدگی‌زاهای^۲ موجود در زندگی از جمله درد، رابطه‌ی خاصی وجود دارد. طبق این الگو، افسردگی در بیماران درد مزمنی روی می‌دهد که تجربه‌ی درد و آسیب، باعث فعال شدن آسیب‌پذیری‌های شخصیتی (طرحواره‌های منفی در مورد جهان، آینده و خود که ناشی از تجارب اولیه زندگی است) شود. نتایج حاصل از پژوهش‌ها به وضوح نشان داده که بیماران درد مزمن طرحواره‌های منفی مربوط به بیماری (ناامیدی، رنج، ناتوانی، احساس گناه و احساس ناخوشایندی) را بیشتر به خاطر می‌آورند (پینکوس و ویلیامز^۳، ۱۹۹۹). به گفته‌ی کرنز و هایترون‌ویت^۴ (۱۹۹۸)، تشخیص و درمان افسردگی در بیماران درد مزمن هم از نظر طرح ریزی درمان و هم از نظر اعمال کنترل بر درد دارای اهمیت بسزایی است. ورز^۵ (۲۰۰۳) نیز گزارش کرده است که افسردگی احتمال پاسخ به درمان درد را کاهش داده و اثر درد مزمن را بر عملکردهای جسمی و روان‌شناختی بیمار تشدید می‌کند. از نظر تاریخی، رابطه‌ی بین افسردگی و اضطراب، به عنوان دو جزء اصلی تشکیل دهنده‌ی عاطفه‌ی منفی، توجه نظری و بالینی قابل توجهی را به خود اختصاص داده است (کلارک و واتسون^۶، ۱۹۹۰). با توجه به بحث مذکور، تعجب‌آور نخواهد بود که بدانیم گروهی از بیماران درد مزمن دارای افسردگی و اضطراب قابل توجهی هستند. از طرف دیگر، به هنگام مطالعه و تبیین عواطف منفی، مفهوم استرس نیز نقش قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد. زیرا استرس می‌تواند منجر به

-
- 1- Beck
 - 2- Stressor
 - 3- Pincus & Williams
 - 4- Kerns & Haythornthwaite
 - 5- Worz
 - 6- Clark & Watson

پدیدآیی واکنش‌های اختصاصی و غیراختصاصی گردد و به برانگیختگی مزمن و آسیب در عملکرد منجر گردد. بنابراین، ارزیابی این سه سازه و بررسی ارتباط درونی بین آنها در مطالعه‌ی عواطف منفی دارای اهمیت است (اصغری مقدم و همکاران، زیر چاپ). با توجه به نکاتی که مورد اشاره قرار گرفت، جنبه‌های روان‌شناختی در درد مزمن و طراحی درمان‌های مرتبط با آن در کنار درمان‌های طبی، به شکل قابل توجهی مد نظر قرار گرفته است.

هر چند باید توجه داشت که از ابتدای تاریخ مدون بشر، تلاش برای کنترل درد از اهداف اصلی آدمی بوده است. اما علی‌رغم این تاریخ طولانی و با وجود پیشرفت دانش بشری در این زمینه، هنوز هم رهایی از درد، برای بیمار، خانواده‌ی او، مراقبان بهداشتی و کل جامعه، مشکلی اساسی به شمار می‌رود (گچل و ترک، ۱۹۴۷، ترجمه‌ی اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱). رویکردهای درمانی گوناگونی برای درمان بیماران مبتلا به درد مزمن وجود دارد که از آن جمله دارو، جراحی، تزریق موضعی، فیزیوتراپی، تحریک، درمان‌های روان‌شناختی (هیپنوتیزم، تن‌آرامی، درمان شناختی، رفتار درمانی)، روان‌پزشکی، رویکردهای جایگزین (یا طب مکمل) می‌باشد (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶).

به تازگی انجمن روان‌شناسی آمریکا، درمان روان‌شناختی بیماران دارای دردهای مزمن را به عنوان یکی از بیست و پنج حوزه‌ای که در آن بهره‌گیری از دانش روان‌شناسی دارای حمایت‌های تجربی و بالینی می‌باشد، معین کرده است (گچل و ترک، ۱۹۴۷، ترجمه‌ی اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱). مشاهدات بالینی و پژوهش‌های به عمل آمده در مورد درد مزمن نشان می‌دهد که مبتلایان به درد مزمن مشکلات روان‌شناختی و رفتاری متفاوتی را دارند و در سازگاری با درد اختلالات چشمگیری را نشان می‌دهند (کیف^۱ و همکاران، ۱۹۹۰ و نیکولاس، ۲۰۰۷).

درمان‌های شناختی-رفتاری درد مزمن از سال ۱۹۸۳ به بعد، روز به روز گسترش بیشتری یافته است و اکنون دست کم چهار الگو (مدل) از آن در دنیا مورد استفاده است: مدل سیاتل^۲ (آمریکای شمالی)، مدل اینپوت^۳، مدل سالفورد^۴ (انگلستان) و مدل

1- Keefe
2- Seatel
3- Input
4- Salford

آدپت^۱ (استرالیا) (مین و همکاران، ۲۰۰۸). الگوی درمانی که ما از آن استفاده کردیم تحت عنوان ADAPT مشهور است. این روش به بیمار در رویارویی با مشکلات ناشی از درد کمک می‌کند، مهم است به خاطر داشته باشید که چون درد مزمن است، این برنامه‌ی علاج یا رفع درد نمی‌کند، با این وجود بسیاری از افراد گفته‌اند که استفاده از آن مشکلات درد آنها را نسبت به پیش از آن کمتر کرده است (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶).

رویکرد درمان شناختی-رفتاری درد مزمن، بر اساس این فرض استوار است که بیمار با این باور که بسیاری از مشکلات او غیر قابل کنترل است وارد مرحله‌ی درمانی می‌شود. بنابراین، اهداف درمان شناختی-رفتاری این است که در ابتدا این انتظار را در بیماران به وجود آورد که می‌توانند مشکلات خود را به نحوی مؤثر کنترل کنند و سپس لازم است مهارت‌هایی را به آنها آموزش داد تا بتوانند به نحوی مؤثر هم به مشکلات فعلی و هم به مشکلات جدیدی که بعد از پایان درمان به وجود می‌آیند، پاسخ دهند. برنامه‌ی شناختی-رفتاری کنترل درد به طور آشکار تلاش می‌کند تا به بیمار در شناسایی و ایجاد تغییر در باورها، شناخت‌ها و راهبردهای مقابله غیرانطباقی یا غیر سودمند کمک کند که بر مبنای پژوهش‌های موجود علت بروز برخی از مشکلات مشاهده شده در بین بیماران درد مزمن به شمار می‌آید (گچل و ترک، ۱۹۴۷، ترجمه‌ی اصغری‌مقدم و همکاران، ۱۳۸۱). فراتحلیل‌های متعدد، کارایی درمان‌های شناختی-رفتاری را در درمان مشکلات بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده‌اند (فلور^۲ و همکاران، ۱۹۹۲؛ مورلی^۳ و همکاران، ۱۹۹۹؛ گوزمن^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نیز حاکی از این امر است (باقرزاده، ۱۳۷۷؛ فدایی، ۱۳۸۰؛ پشت‌مشهدی و همکاران، ۱۳۸۰؛ ناصری، ۱۳۸۳).

در نهایت می‌توان گفت، صرف نظر از این که علت درد چیست، درد مزمن احتمالاً تغییرات بسیاری در زندگی روزمره‌ی فرد مبتلا ایجاد خواهد کرد. بنابراین، به نظر می‌رسد اگر علاجی برای علت زیربنایی دردمزمن وجود ندارد، حل برخی از مشکلات به وجود آمده توسط آن (از جمله عواطف منفی) حداقل می‌تواند اثر کلی درد را روی بیمار و زندگی‌اش

-
- 1- Adapt
 - 2- Flor
 - 3- Morley
 - 4- Guzman

کاهش دهد و کارآمدی فرد را نسبت به قبل بهبود بخشد (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶). در طرح حاضر، با توجه به ادبیات پژوهش و در نظر گرفتن جنبه‌های بومی و فرهنگی، مطالعه‌ی اثربخشی الگوی شناختی-رفتاری کنترل درد در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به تمهیدات یاد شده، مسأله‌ی اساسی پژوهش حاضر این است که آیا به کارگیری الگوی شناختی-رفتاری کنترل درد می‌تواند عواطف منفی و شدت درد آزمودنی‌های ایرانی مبتلا به درد مزمن را کاهش دهد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر دارای یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده است، بدین خاطر می‌توان طرح حاضر را پیرو طرحی شبه آزمایشی دانست.

آزمودنی‌ها

جامعه‌ی آماری: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده بیماران زن مبتلا به درد مزمنی بوده است که برای کاهش مشکلات مبتلا با درد خود به درمانگاه‌های شهر تهران مراجعه کرده‌اند.

نمونه‌ی پژوهش: نمونه‌ی این پژوهش شامل ۱۲ نفر است که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف از مراجعان به درمانگاه طب سنتی بیمارستان شهید مصطفی خمینی، با توجه به ملاک‌های شمول پژوهش حاضر انتخاب شده‌اند. ملاک‌های شمول عبارتند از: سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، دارا بودن مدرک تحصیلی راهنمایی و بالاتر، داشتن درد مزمن (از شروع درد بیش از ۶ ماه گذشته باشد و درد در ۳ ماه گذشته هر روز یا تقریباً هر روز ادامه داشته باشد)، عدم استفاده از هر نوع درمانی (غیر از درمان دارویی) طی دوره‌ای که درمان در جریان است، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی (مانند روان‌پریشی) یا دمانس. سپس افراد انتخاب شده، به تصادف در دو گروه ۶ نفری برای مداخله‌ی شناختی-رفتاری و گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی درجه‌بندی درد مزمن (GPQ) (اصغری‌مقدم، ۱۳۷۶). این پرسشنامه‌ی ۴۲ پرسشی شدت مشکلات ناشی از درد مزمن را اندازه‌گیری می‌کند. با اجرای این پرسشنامه نه تنها اطلاعاتی در مورد ویژگی‌های مردم شناختی افراد شرکت‌کننده در مطالعه فراهم می‌آید، بلکه نتایج حاصل از آن دانسته‌هایی را در مورد چگونگی شروع درد، سیر درد، اقدامات درمانی انجام شده و تأثیر درد بر زندگی روزمره فراهم می‌آورد. علاوه بر این، پرسشنامه‌ی مذکور که توسط خود بیمار پاسخ داده می‌شود، امکان دسترسی به طبقه‌بندی مدرج درد مزمن را فراهم می‌کند. این پرسشنامه تا کنون در مطالعات گسترده‌ای با بیماران درد مزمن ایرانی به کار گرفته شده است (اصغری‌مقدم و گلگ، ۱۳۸۴ و اصغری‌مقدم و جولائیها، ۱۳۸۷) و کارآمدی آن نشان داده شده است. از این پرسشنامه برای کسب اطلاعات مردم‌شناختی و تشخیص ابتلای شرکت‌کنندگان به درد مزمن استفاده شده است.

مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس (DASS-21) (لوی باند و لوی باند، ۱۹۹۵). مقیاس DASS برای ارزیابی سه سازه، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است که بر خلاف آزمون افسردگی بک، عبارات این پرسشنامه‌ی جدید (DASS) بیشتر بر جنبه‌های خلقی و هیجانی افسردگی، اضطراب و استرس تأکید دارد تا بر وجوه جسمی آنها. نتایج مطالعاتی که مقیاس DASS را در میان بیماران مبتلا به درد مزمن به کار گرفته، برتری آن را بر مقیاس‌های مشابه (هم چون مقیاس افسردگی زونگ) نشان داده است (تیلور، لوی باند، نیکولاس و کیلر و ویلسون، ۲۰۰۵). مقیاس DASS دارای ۴۲ عبارت است و فرم کوتاه آن از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، فراوانی علامت مطرح شده در عبارت مذکور را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است، با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین صفر تا سه) درجه‌بندی کند. هر یک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۷ پرسش است و نمره‌ی آزمودنی در هر یک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به تمامی عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید. مطالعات گوناگون داخلی و خارجی نشان داده است که خرده

1- Lovibond & Lovibond

2- Taylor, Lovibond, Cayley, & Wilson

مقیاس‌های DASS دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی است (اصغری‌مقدم و همکاران، زیر چاپ؛ لوی باند و لوی باند، ۱۹۹۵؛ براون، کرپیتا، کرتیچ و بارلو^۱، ۱۹۹۷؛ آنتونی، بیلینگ، کوکس، انز و سوینسون^۲، ۱۹۹۸). در پژوهش اصغری‌مقدم و همکاران، نتایج تحلیل عامل اکتشافی، ساختار سه عاملی DASS را تأیید کرد. پایایی مقیاس‌های آن از طریق بررسی ضرایب همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی تأیید شد. اعتبار سازه دو مقیاس افسردگی و اضطراب و اعتبار همزمان مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس هم مورد تأیید قرار گرفت (اصغری‌مقدم و همکاران، زیر چاپ). از این پرسشنامه به منظور سنجش عواطف منفی بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده شد.

پرسشنامه چندوجهی درد (MPI) (کرنز و همکاران، ۱۹۸۵). مؤلفان مورد اشاره، پرسشنامه‌ی چندوجهی درد را بر مبنای نظریه‌ی شناختی- رفتاری درد طراحی کردند و پایایی و اعتبار آن را در میان یک نمونه‌ی ۱۲۰ نفری از بیماران مبتلا به درد مزمن مورد تأیید قرار دادند. این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده است. نخستین بخش، دارای ۲۰ عبارت است و از بیمار می‌خواهد تا در قالب ۵ خرده مقیاس، ارزیابی خود را از شدت درد، اختلال در زندگی روزانه، کنترل بر زندگی، اختلال عاطفی و حمایت، گزارش کند. بخش دوم، دارای ۱۴ عبارت است و از بیمار می‌خواهد تا ارزیابی خود را از واکنش همسر و سایر اطرفیانی که در زندگی او صاحب نقش هستند نسبت به دردی که از آن رنج می‌برد در قالب سه خرده مقیاس واکنش منفی، تلاش برای انحراف توجه از درد و نشان دادن دلسوزی، درجه‌بندی کند. بخش سوم، دارای ۱۸ عبارت است و در قالب ۴ خرده مقیاس، فراوانی فعالیت‌های بیمار را در امور خانه‌داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت اجتماعی و انجام فعالیت‌هایی بیرون از منزل، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مطالعات گوناگون داخلی و خارجی، ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری‌مقدم و گلگ، ۱۳۸۷؛ کرنز و همکاران، ۱۹۸۵). بر اساس یافته‌های ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های ابزار بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده‌ای هر خرده مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ متغیر بود؛ لذا تمام خرده مقیاس‌های این ابزار دارای

1- Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow

2- Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson

پایایی مطلوبی است. اعتبار افتراقی تمام خرده مقیاس‌ها تأیید شد، همچنین اعتبار ملاک ۵ خرده مقیاس از ۸ خرده مقیاس این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در کل، می‌توان گفت که ویژگی‌های روان‌سنجی (اعتبار و پایایی) بخش اول و بخش دوم پرسشنامه‌ی چندوجهی درد در میان بیماران مبتلا به درد مزمن ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری مقدم و گلگ، ۱۳۸۷). در این پژوهش، از نمره‌ی بیمار در خرده مقیاس شدت درد (۳ عبارت) استفاده شد.

روش درمانی: برنامه‌ی درمان شناختی-رفتاری کنترل درد (ADAPT) در مرکز تحقیقات و کنترل درد دانشگاه سیدنی واقع در بیمارستان رویال نورث شهر سیدنی، از سال ۱۹۹۴ تکوین پیدا کرده است. اساساً ADAPT مبتنی بر کاری است که نیکولاس و همکاران، در بیمارستان سنت توماس لندن، در سال ۱۹۸۸ شروع کردند. این برنامه که در بیمارستان سنت توماس به INPUT معروف بود، با یک طرح تحقیقاتی شروع شد، تا تأثیر درمان دوره یک ساله را بسنجد. الگوی درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، براساس ADAPT شامل ۸ جلسه‌ی درمانی بوده و بیماران به طور هفتگی در جلسات شرکت می‌کرده‌اند. مدت هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بود و در بین هر جلسه یک استراحت ۱۵ دقیقه‌ای وجود داشت. در جلسه‌ی نخست، پس از ارائه‌ی قوانین و فرایند درمان و به چالش کشیدن انتظارات نامعقول مراجع از درمان، در مورد درد مزمن و پیامدهای آن توضیحاتی داده شد. جلسه‌ی دوم با گفتگو در مورد ضرورت تنظیم اهداف رفتاری، اثرات عدم فعالیت بر بدن و چرخه‌ی معیوب فعالیت در بیماران مبتلا به درد مزمن دنبال و در ادامه، به آموزش و تمرین تکنیک تن‌آرامی پرداخته شد. در جلسه‌ی سوم، پس از تعیین خط پایه و توضیح مراحل پیشرفت تدریجی، تعیین اهداف بلند مدت و کوتاه مدت انجام گرفت، سپس به ارائه‌ی تمرین و توضیحاتی در مورد ورزش و حرکات کششی و آموزش و تمرین تکنیک تن‌آرامی پرداخته شد. جلسه‌ی چهارم با اصلاح و تنظیم اهداف رفتاری کوچک و سهل‌الوصول، شناسایی و چیره شدن بر موانع تغییر و گفتگو در مورد شیوه‌های مفید و غیر مفید تفکر راجع به درد دنبال شد و در ادامه آموزش و تمرین تکنیک تن‌آرامی انجام گرفت. جلسه‌ی پنجم شامل شناسایی و به چالش کشیدن افکار غیرمفید در برابر افکار مفید، آموزش و تمرین فنون انحراف توجه و آموزش و تمرین تکنیک تن‌آرامی بود. در جلسه‌ی ششم، به دنبال صحبت در مورد فشار روانی و چگونگی کنترل آن، مراجع با تکنیک حل مسأله و کاربرد آن آشنا شد، سپس آموزش و تمرین تکنیک تن‌آرامی انجام گرفت.

جلسه‌ی هفتم شامل گفتگو در مورد اثرات کمبود خواب و الگوی خوابِ خوب، ارائه‌ی راهبردهایی برای بهبود بخشیدن به خواب و آموزش و تمرین تکنیک تن‌آرامی بود. جلسه‌ی آخر به مرور مطالب و تکالیف جلسات پیشین پرداخته شد و راهبردهایی برای حفظ تغییرات و جلوگیری از افت درمانی ارائه شد. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه با مرور مطالب و تکالیف جلسه‌ی پیش، دشواری‌های موجود برطرف می‌شد و در انتهای هر جلسه تکالیف مربوط به جلسه‌ی آینده تعیین می‌شد (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶).

شیوه‌ی تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تحلیل اطلاعات به دست آمده از روش‌های آمار پارامتریک و غیرپارامتریک (مثل آمار توصیفی و نیز آزمون یومن ویتنی برای مقایسه‌ی دو گروه) استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

جدول ۱ در بردارنده‌ی شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد.

در ادامه، نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ نشان داده شده‌اند.

نگاهی به نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس و شدت درد در دو گروه آزمایش و کنترل، قبل از آغاز کارآزمایی بالینی به یکدیگر نزدیک بوده است و Z به دست آمده ناشی از مقایسه‌ی نمرات پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش، بر مبنای آزمون یومن ویتنی، با توجه به مقادیر بحرانی معنی‌دار نیست.

مقایسه نتایج مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل

جدول ۳ در برگیرنده‌ی شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاضل نمرات پیش‌آزمون و

جدول ۱. نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر حسب گروه‌های آزمایش و کنترل

ویژگی	شاخص گروه		آزمایش	کنترل
	لیسانس	فراوانی (درصد)		
تحصیلات	فوق‌دیپلم	فراوانی (درصد)	۰ (۰)	۱ (۱۶/۶۶)
	دیپلم	فراوانی (درصد)	۳ (۵۰)	۳ (۵۰)
	لیسانس	فراوانی (درصد)	۳ (۵۰)	۲ (۳۳/۳۳)
شغل	شاغل	فراوانی (درصد)	۳ (۵۰)	۴ (۶۶/۶۶)
	خانه‌دار	فراوانی (درصد)	۳ (۵۰)	۲ (۳۳/۳۳)
تأهل	متاهل	فراوانی (درصد)	۲ (۳۳/۳۳)	۶ (۱۰۰)
	مطلقه	فراوانی (درصد)	۲ (۳۳/۳۳)	۰ (۰)
	مجرد	فراوانی (درصد)	۲ (۳۳/۳۳)	۰ (۰)
محل اصلی درد	سر	فراوانی (درصد)	۱ (۱۶/۶۶)	۱ (۱۶/۶۶)
	گردن	فراوانی (درصد)	۱ (۱۶/۶۶)	۱ (۱۶/۶۶)
	قفسه سینه	فراوانی (درصد)	۱ (۱۶/۶۶)	۱ (۱۶/۶۶)
	کمر	فراوانی (درصد)	۱ (۱۶/۶۶)	۱ (۱۶/۶۶)
	دست	فراوانی (درصد)	۱ (۱۶/۶۶)	۱ (۱۶/۶۶)
	پا	فراوانی (درصد)	۱ (۱۶/۶۶)	۱ (۱۶/۶۶)
مدت ابتلا (برحسب ماه)		میانگین (انحراف معیار)	۴۳/۶۷ (۳۳/۵۰)	۷۵/۰۰ (۶۲/۰۹)
سن		میانگین (انحراف معیار)	۴۰/۳۳ (۱۶/۲۷)	۴۵/۶۷ (۱۵/۸۷)

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سطح معناداری	Z مشاهده شده ناشی از مقایسه نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه	انحراف معیار		میانگین		شاخص موقعیت متغیر گروه	
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمایش	کنترل
۰/۹۴	-۰/۰۸	۴/۵۸	۶/۱۹	۴/۳۳	۱۰/۰۰	آزمایش	افسردگی
		۱/۰۴	۱/۴۱	۷/۵۰	۸/۰۰	کنترل	
۰/۳۹	-۰/۹۸	۰/۹۸	۱/۳۲	۲/۱۶	۴/۱۶	آزمایش	اضطراب
		۲/۲۸	۱/۹۴	۳/۰۰	۳/۱۶	کنترل	
۰/۴۸	-۰/۸۱	۱/۵۰	۳/۳۲	۴/۳۳	۸/۳۳	آزمایش	استرس
		۲/۵۲	۲/۷۸	۷/۰۰	۷/۱۶	کنترل	
۰/۹۴	۰/۱۶	۰/۴۵	۱/۱۰	۲/۷۷	۳/۵۵	آزمایش	شدت درد
		۱/۵۹	۱/۶۴	۳/۶۱	۳/۴۹	کنترل	

جدول ۳. نتایج مربوط به مقایسه‌ی میانگین‌های ناشی از تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس آزمون یومن ویتنی

سطح معنی‌داری	Z مشاهده شده	تفاضل نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	شاخص	
			گروه	متغیر
۰/۰۰۲	-۲/۹۳	۵/۶۶ (۳/۸۸)	آزمایش	افسردگی
		۰/۵۰ (۰/۵۴)	کنترل	
۰/۰۱۵	-۲/۵۰	۲/۰۰ (۰/۸۹)	آزمایش	اضطراب
		۰/۱۶ (۰/۹۸)	کنترل	
۰/۰۱۵	-۲/۴۱	۴/۰۰ (۲/۰۰)	آزمایش	استرس
		۰/۱۶ (۰/۷۵)	کنترل	
۰/۰۶۵	-۱/۹۲	۰/۷۷ (۱/۰۰)	آزمایش	شدت درد
		-۰/۱۱ (۰/۵۴)	کنترل	

پس‌آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش می‌باشد. همچنین یافته‌های مربوط به آزمون یومن ویتنی (به دلیل برقرار نبودن مفروضه‌های آمار پارامتریک)، بر اساس مقایسه میانگین تفاضل دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش ارایه شده است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که Z به دست آمده ناشی از مقایسه‌ی تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل بر مبنای آزمون یومن ویتنی، در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۲/۹۴-، ۲/۵۰- و ۲/۴۱- می‌باشد که با توجه به مقادیر بحرانی، معنی‌دار هستند. بنابراین، الگوی شناختی-رفتاری کنترل درد توانسته است نمرات افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی‌ها را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، نسبت به پیش از آغاز مداخلات کاهش دهد. البته قابل ذکر است که Z به دست آمده ناشی از مقایسه‌ی متغیر شدت درد، در دو گروه آزمایش و کنترل بر مبنای یومن ویتنی برابر ۱/۹۲- می‌باشد که با توجه به مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین، الگوی شناختی-رفتاری کنترل درد نتوانسته است نمرات شدت درد آزمودنی‌های گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل، نسبت به پیش از آغاز مداخلات کاهش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که الگوی شناختی-رفتاری کنترل درد

می‌تواند افسردگی، اضطراب و استرس را در آزمودنی‌های ایرانی مبتلا به درد مزمن کاهش دهد. این یافته تأییدی بر کارایی الگوی شناختی-رفتاری کنترل درد است که پیش از این در پژوهش‌های بسیاری (فلور و همکاران، ۱۹۹۲؛ یونگ^۱، ۱۹۹۲؛ سبرو^۲ و همکاران، ۱۹۹۳؛ پارکر^۳ و همکاران، ۱۹۹۵؛ لیبینگ^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ مورلی^۵ و همکاران، ۱۹۹۹؛ گوزمن، اسمیل، کارجالاین^۶ و همکاران، ۲۰۰۱؛ مک کراکن^۷ و همکاران، ۲۰۰۲؛ تاترو و مونتمومری^۸، ۲۰۰۶؛ باقرزاده، ۱۳۷۷؛ فدایی، ۱۳۸۰؛ پولادی ریشه‌ری و همکاران، ۱۳۸۰؛ پشت‌مشهدی و همکاران، ۱۳۸۲؛ ناصری، ۱۳۸۳) تأیید گشته بود. به طور اختصاصی‌تر، یافته‌های این پژوهش هم راستا با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در مورد کارایی برنامه‌ی ADAPT است که در آن نشان داده شد، بیمارانی که در برنامه مذکور شرکت کرده بودند، نسبت به آن‌هایی که فقط تحت درمان پزشکی معمول قرار گرفته بودند، از نظر کاهش مصرف دارو، بهبود روحیه، بهبود اعتماد به نفس و افزایش سطح فعالیت، عملکرد بهتری داشتند. در ضمن، این بیماران علی‌رغم این که کاهش معنی‌داری را در شدت درد خود گزارش نکرده بودند، از خلق بالاتر و توانایی انجام اعمال روزانه‌ی بهتری نسبت به پیش از درمان برخوردار بودند (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶).

در تبیین هماهنگی بین یافته‌های این مطالعه و پژوهش‌های انجام شده در بقیه‌ی نقاط دنیا می‌توان به دو موضوع اشاره کرد: مطالعات انجام شده در ایران (برای نمونه؛ اصغری مقدم، ۱۳۸۳؛ اصغری مقدم و گلک، ۱۳۸۴؛ علی بیگی و همکاران، ۱۳۸۷) نشان داده است که پی‌آمدهای درد مزمن در ایران تقریباً همانند پی‌آمدهای درد مزمن در سایر نقاط جهان (برای نمونه تاترو و همکاران، ۱۹۹۷؛ اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۱؛ چونگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۶ و کوین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۸) است. مطالعات مورد اشاره در ایران و سایر بخش‌های جهان نشان

-
- 1- Young
 - 2- Sebro
 - 3- Parker
 - 4- Leibing
 - 5- Morley, & et al
 - 6- Guzman, Esmail, Karjalainen, & et al.
 - 7- McCracken
 - 8- Tatrow & Montgomery
 - 9- Chung
 - 10- Kevin

داده است که درد مزمن با درجات بالایی از افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد روزانه، سطح پایین خودکارآمدی و استفاده شدید از راهبرد مقابله فاجعه آفرینی، همراه است. این موضوع نشان می‌دهد که درد مزمن مشکلی است که در تمام بخش‌های دنیا، کم و بیش با پیامدهای نزدیک و همسانی، خود را نشان می‌دهد. بدین خاطر، آنچه که وجهی همت مطالعه‌ی حاضر بوده، امری است که در سایر مداخله‌های صورت گرفته در بخش‌های مختلف دنیا آماج درمان بوده‌اند. این شاید یکی از دلایل شباهت بین یافته‌های این مطالعه و یافته‌های مطالعات دیگر است.

دلیل دیگری که در رابطه با شباهت بین یافته‌ای این مطالعه و مطالعات انجام شده در بقیه‌ی بخش‌های دنیا می‌توان ذکر کرد به مکانیسم اثر درمان شناختی- رفتاری برمی‌گردد. در این رابطه، نقش متغیرهای شناختی که واسطه‌ی بین درمان و برآیند درمان قرار می‌گیرند، حائز اهمیت است. نگاهی به محتوای جلسه‌های درمانی نشان می‌دهد که آماج مداخله‌ی انجام شده، تقویت خودکارآمدی بیماران، چالش با شناخت‌های غیرسودمند در زمینه‌ی کنترل درد، ضرورت اجتناب از فاجعه‌آمیز کردن درد، گفتگو در مورد نقش تفکر و شیوه‌های مفید و غیرمفید تفکر راجع به درد و مسأله‌گشایی بوده است. بدیهی است این شیوه‌ی مداخله می‌تواند منجر به ایجاد تغییرات شناختی در بیماران گردد و باعث تقویت خودکارآمدی شود. پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد حمایت از نقش خودکارآمدی بالا در سازگاری بهتر با درد مزمن وجود دارد. این مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی بالا با عواطف منفی پایین در بین بیماران مبتلا به درد مزمن همراه است (برای نمونه نیکولاس، ۲۰۰۷؛ اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۱ و اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۹). بنابراین، تقویت خودکارآمدی در رابطه با درد را می‌توان واسطه‌ی بین مداخله‌ی شناختی- رفتاری و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس دانست. از طرف دیگر، بررسی محتوای جلسات درمانی نشان می‌دهد که ایجاد تغییرات رفتاری یکی از اهداف مداخله شناختی- رفتاری انجام شده در این پژوهش بوده است. در این زمینه می‌توان به مواردی چون تنظیم اهداف رفتاری، تدوین اهداف کوچک، سهل الوصول و پیشرونده، استفاده از روش آرامش عضلانی، شکستن چرخه‌ی درد شدید- استراحت طولانی و توصیه به انجام کشش‌های عضلانی اشاره کرد. به نظر می‌رسد روش‌های رفتاری فوق توانسته است از طریق ایجاد حس مثبت بودن در فرد به کاهش عواطف منفی او کمک کنند.

در ادامه لازم به ذکر است که مفروضه‌ی پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر شدت درد از لحاظ آماری تأیید نشد، در حالی که این یافته با برخی پژوهش‌ها (لیبینگ و همکاران، ۱۹۹۹) هماهنگ است، با برخی دیگر از پژوهش‌ها (مورلی و همکاران، ۱۹۹۹؛ تاترو و مونتگومری، ۲۰۰۶؛ پشت مشهدی و همکاران، ۱۳۸۲) ناهماهنگ می‌باشد. عوامل گوناگونی را برای تبیین این تعارض می‌توان مطرح کرد، مثلاً کوتاه بودن تعداد جلسات در پژوهش حاضر یکی از علل احتمالی چنین یافته‌ای است. اما باید دانست که مؤلفه‌ی اصلی روش درمانی به کار گرفته شده در این مطالعه از راهنمای درمانی ADAPT اتخاذ شده است. در این برنامه، کاهش در شدت درد از جمله اهداف درمانی به شمار نمی‌آید، بلکه اعاده‌ی عملکرد، بهبود خلق و کاهش ناتوانی جسمی از جمله اهداف درمانی راهنمای مذکور است (نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۶). بدین خاطر، انتظار اساسی درمان شناختی-رفتاری (ADAPT) در مورد مبتلایان به درد مزمن، گسترش خودکارآمدی و رفتارهای جان‌نشین، برای کاهش عواطف منفی بوده است. بنابراین، هدف درمان کاهش شدت درد نبوده و تناقض مربوط به یافته‌ها بدین نکته نیز بازمی‌گردد.

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

منابع

فارسی

- اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۸۳). میزان‌های شیوع درد مزمن مستمر و عود کننده در میان کارکنان یک واحد صنعتی بزرگ در تهران و بررسی تاثیر درد بر زندگی روزانه و فعالیت اجتماعی آنها. *مجله دانشور رفتار*. شماره ۴، صص ۱-۱۴. ##
- اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۸۶). دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی درد. *مجله بازتاب دانش*. شماره ۳، صص ۳۰-۴۱. ##
- اصغری مقدم، محمدعلی و جولائیها، سکینه (۱۳۸۷). بررسی نقش خشم و ادراک خطا در سازگاری با درد مزمن. *مجله روانشناسی*. شماره ۴۷، صص ۳۳۲-۳۱۴. ##
- اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیباج نیا، پروین و زنگنه، جعفر (زیر چاپ). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در میان یک جمعیت غیربالینی. *مجله دانشور رفتار*. ##
- اصغری مقدم، محمدعلی و گلک، ناصر (۱۳۸۴). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. *مجله دانشور رفتار*. شماره ۱۰، صص ۱-۲۲. ##
- اصغری مقدم، محمدعلی و گلک، ناصر (۱۳۸۷). بررسی ویژگی های روانسنجی سیاهه چند وجهی درد در میان جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن. *مجله روانشناسی*. شماره ۴۵، صص ۵۰-۷۱. ##
- باقرزاده، حمید (۱۳۷۷). *بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن غیر بدخیم (مطالعه تک موردی)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی. ##
- پشت‌مشهدی، مرجان؛ یکه یزدان دوست، رخساره و اصغرنژاد، فرید (۱۳۸۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی، تأیید طلبی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد. *مجله اندیشه و رفتار*. شماره ۹، صص ۲۲-۳۲. ##
- پولادی‌ریشه‌ری، ا...کرم؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین و مهربانی‌زاده‌هنرمند، مهناز (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی روش‌های درمان شناختی، تن آرامی و رفتاری در بهبود کمردرد مزمن

در دبیران مرد دبیرستان‌های شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، شماره ۱ و ۲، صص ۷۲-۴۹.##

علی‌بیگی، ندا؛ نورگستر، سپیده؛ بیداری، علی؛ صادقی، شهرام و شاه‌قلی، لیلی (۱۳۸۷). وضعیت سلامت‌روانی و عوارض روان‌شناختی درد در کارگران دارای کم‌درد مزمن در یک کارخانه صنعتی. *فصلنامه پایش*. شماره ۲، صص ۲۵۲-۲۴۷.##

فدایی، خدیجه (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی مداخله روانی-آموزشی بر کاهش درد پس از عمل جراحی قلب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی.##
 گچل، رابرت و ترک، دنیس (۱۹۴۷). *روانشناسی درد*. ترجمه‌ی اصغری‌مقدم، محمدعلی؛ نجاریان، بهمن؛ محمدی، محسن و دهقان، محسن (۱۳۸۱). تهران: انتشارات رشد.##
 ناصری، محسن (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی، شدت درد ادراک شده و ناتوانی حاصل از درد در مبتلایان به آرتریت روماتوئید. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی تهران.##

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety and Stress scales in clinical groups and community sample. *Psychological Assessment*, 10, 179-181.##

Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2001). Pain Self Efficacy Beliefs and Pain Behaviour: A Prospective Study. *Pain*, 94, 85-100.##

Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2009). An investigation of pain self-efficacy beliefs in iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated english-language scale. *Pain Medicine*, 10, 619-632.##

Brown, T. A., Chorpita, B. E., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79-89.##

Chung, M. C., Berger, Z., Jones, R., & Rudd, H. (2006). Posttraumatic stress disorder and general health problems following myocardial infarction among older patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5.##

Clark, L. A., & Watson, D. (1990). *Theoretical and empirical issues of in differentiating depression from anxiety*. *Advances in mood disorders (Vol. 1)*. Psychosocial aspects of depression.##

- Flor, H., Turk, D. C., & Birbaumer, N. (1992). Assessment of stress-related psychophysiological responses in chronic pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 354-364.##
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., & et al. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain. *Systematic Review, 322*, 1511-1516.##
- Keefe, F. J., & et al. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study. *Behavior Therapy, 21*.##
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., & Jacob, M. C. (1985). Anger expression and chronic pain. *J. Behav. Med, 17*, 57-67.##
- Kerns, R. D., & Haythornthwaite, J. A. (1998). Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J Consult Clin Psychol, 56*, 870-876.##
- Kevin, N., & et al. (2008). A comparison of the relationship between depression, perceived disability, and physical performance in persons with chronic pain. *European Journal of Pain, 12*, 757-764. ##
- Leibing, E., & et al. (1999). Cognitive-behavioral treatment in unselected chronic pain outpatients. *Pain, 15*, 58-66.##
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy, 33*, 335-343.##
- Magora, A., & Schwartz, A. (1990). Relation between the low back pain syndrome and X-ray findings. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 12*, 9-15.##
- Main, C., Sullivan, M., & Watson, P. (2008). Pain Management: Practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and accupational settings.##
- McCracken, L. M., & et al. (2002). Multimethod assessment of treatment process in chronic low back pain: comparison of reported pain-related anxiety with directly measured physical capacity. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 585-594.##
- Morley, S., & et al. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults. *Pain, 80*, 1-13.##
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *Eur Journal Pain, 11*, 153-16.##
- Nicholas, M. K., Molloy, A., Tonkin, L., & Beeston, L. (2006). *Manage Your Pain: Practical and Positive Ways of Adapting to Chronic Pain*. Sydney: ABC Books.##

- Parker, J. C., & et al. (1995). Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 38, 1807-1816.##
- Parsons, T. (1995). *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure*. In E. G. Jaco (Ed.), *Patients, physicians, and illness*. New York: Free Press, 3-29.##
- Pincus, T., & Williams, A. (1999). Models and measurements of depression in chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(3), 211-219.##
- Sebro, B., & et al. (1993). Spontaneous use of active & passive coping strategies for pain in patients with R. A. Rheumatizam. 40, 1-4.##
- Tatrow, K., & Montgomery, G. (2006). Cognitive Behavioral Therapy Techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Bahavioral Medicine*, 29, 34-45.##
- Taylor, E. R., Creed, F., & Hughes, D. (1997). Relation between psychiatric disorder and abnormal illness behavior in patients undergoing operations for Cervical Discectomy. Serial Online.##
- Taylor, R., Lovibond, P. F., Nicholas, M. K., Cayley, C., & Wilson, P. H. (2005). The utility of somatic items in the assessment of depression in chronic pain patients: a comparison of the Zung Self-rating Depression Scale (SDS) and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in chronic pain, clinical and community samples. *Clinical Journal of Pain*, 21, 91-100.##
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, JD., & Stan, TW. (1996). Pain, disability and physical functioning in subgroups of fibromyalgia patients. *Journal of Rheumatology*, 23, 1255-1262.##
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal Consult Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.##
- Waddell, G., & Main, C. J. (1985). Assessment of severity in low back disorders. *Spine*, 9, 204-208.##
- Worz, R. (2003). Pain in Depression-Depression in Pain. *Pain Clinical Updates*, 5, 1-4.##
- Young, L. D. (1992). Psychological factors in R. A. *J Consult Clin Psychol*, 4, 619-627.##