

پیش بینی پذیرش درد، براساس استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید

مینو بهرامی راد^۱، * زهره رافعی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی کرج.

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۲/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۱۷)

Predicting Pain Acceptance Based on Perceived Stress and Coping Strategies in individuals with Rheumatoid Arthritis

*Minoo Bahramirad¹, Zohreh Rafezi²

1. M.S. in Clinical Psychology of Islamic Azad University of Karaj.

2. Assistant Professor of Clinical Psychology Department of Allameh Tabataba'i University, Tehran.

(Received: May. 11, 2018 - Accepted: Feb. 06, 2019)

Abstract

Objective: The aim of this research was predicting pain acceptance based on perceived stress and coping strategies in individuals with rheumatoid arthritis. **Method:** The current research method was correlation. The statistical population was all patients with rheumatoid arthritis who referred to rheumatology centers of districts 2,3,5,6,7,18 of Tehran city in 1396 that 214 of them, based on the Kerjcie and Morgan table (1970) and using the available sampling method, were selected as statistical samples, but 210 patients remained as the final sample. The data for the research were collected through Perceived Stress Scale by Cohen, Kamarak and Mermelstein (1983), Coping Inventory for Stressful Situations by Calsbeek, Mieke, Dekker, and Henegouwen (2002) and Chronic Pain Acceptance Questionnaire by McCracken, Wolves and Eccleston (2004) and analyzed by using multiple regression method. **Results:** The results showed that perceived stress ($\beta = -0.13$, $p = 0.001$), emotion-oriented strategy ($\beta = -0.16$, $p = 0.001$) and avoidant strategy ($\beta = -0.21$, $p = 0.001$) negatively and significantly and problem-oriented strategy ($\beta = 0.58$, $p = 0.001$) positively and significantly can predict pain acceptance. **Conclusion:** Overall, the results showed that perceived stress and coping strategies can be used to control the pain of patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Perceived Stress, Pain Acceptance, Coping Strategies.

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش پیش‌بینی پذیرش درد، براساس استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید بود. **روش:** روش پژوهش حاضر همبستگی و جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به مراکز روماتولوژی مناطق ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که ۲۱۴ نفر از آنها، بر اساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، اما ۲۱۰ نفر، به عنوان نمونه نهایی باقی ماندند. داده‌های پژوهش از طریق مقیاس استرس ادراک شده کوهن، کاماراک و مرمل اشتاین (۱۹۸۳)، پرسشنامه شیوه‌های مقابله با شرایط پر استرس کالزبیک، مایک، دیکر و هنگوون (۲۰۰۲) و پرسشنامه پذیرش درد مزمن مک کراکن، ولوز و ایکلستون (۲۰۰۴) جمع‌آوری و با استفاده از روش رگرسیون چندگانه تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که استرس ادراک شده ($\beta = -0.13$ ، $p = 0.001$)، راهبرد هیجان مدار ($\beta = -0.16$ ، $p = 0.001$)، راهبرد اجتنابی ($\beta = -0.21$ ، $p = 0.001$) و معنادر و راهبرد مساله مدار ($\beta = 0.58$ ، $p = 0.001$) به شکل مثبت و معنادر توانایی پیش‌بینی پذیرش درد را دارند. **نتیجه‌گیری:** به طور کلی نتایج نشان دادند که می‌توان از استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در جهت کنترل درد مبتلایان آرتریت روماتوئید سود جست.

واژگان کلیدی: آرتریت روماتوئید، استرس ادراک شده، پذیرش درد، راهبردهای مقابله‌ای.

*نویسنده مسئول: زهره رافعی

*Corresponding Author: Zohreh Rafezi

Email: rafezi.zohreh13@gmail.com

محیطی نقش اصلی را در بروز این بیماری چندعاملی ایفا نمایند (بهزادی و رحمتی، ۱۳۹۵). این بیماری ماهیتی مزمن دارد و اغلب با عود و گاهی فروکش خود به خودی همراه می‌باشد (لاورنس، فلسون، هلمیک، آرنولد، چوی و همکاران، ۲۰۰۸). پس با توجه به چنین ماهیتی، افراد مبتلا دچار مشکلات روانشناختی زیادی می‌شوند. از این رو در سال‌های اخیر در جهت شناسایی مکانیزم‌های سازگاران‌های تلاش شده تا افراد مبتلا به درد مزمن بتوانند از طریق آنها سلامت روانشناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ کنند (مظاهری، ۱۳۹۵). یکی از این مکانیزم‌ها پذیرش درد است. پذیرش درد^۶ اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و در عین حال، برای کنترل درد نیز، تلاش نماید (شیرازی، منوچهری، زاغری تفرشی، زایری و علیپور، ۱۳۹۵). از سوی دیگر پذیرش درد باعث می‌شود که افراد کمتر به درمان‌های کاهنده درد، داروهای مخدر^۸ و گاباپنتینوئیدها^۹ روی آورند و در نتیجه با پذیرش درد خطر وابستگی به دارو در افراد کاهش می‌یابد (کراتز، مورفی، کالپاکجیان^{۱۰}، ۲۰۱۸). از این رو پذیرش درد را می‌توان بخش مهمی از فرایند مدیریت درد دانست چرا که اولین گام در جهت

بیماری‌های عضلانی اسکلتی از جمله شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها در همه گروه‌های سنی و در جوامع مختلف و از جمله جامعه ما به حساب می‌آیند که باعث ناتوانی، از کار افتادگی، بازنشستگی زودرس و از دست دادن شغل می‌شوند (چونها، ریبری و آندر^۱، ۲۰۱۶). آرتريت روماتوئید^۲ یا روماتیسم مفصلی یک بیماری سیستمیک و مزمن است، شیوع این بیماری در جهان حدود یک درصد است (نوروزی، غلام زاده بانیس و برزویی، ۱۳۹۵) که در زنان دو تا سه برابر شایع‌تر از مردان است (گایتون و هال^۳، ۲۰۱۶، ترجمه قاسمی و محمدی، ۱۳۹۵). میزان شیوع این بیماری با افزایش سن زیاد می‌شود و اختلاف از نظر شیوع جنسی در سنین بالا کاهش می‌یابد (فوسی، لونگو و لوسکالزو^۴، ۲۰۱۵، ترجمه منتظری، ۱۳۹۵). این بیماری، شایع‌ترین بیماری خود ایمنی التهابی مزمن با علائم مختلف همچون درد، هایپرآلژزی و ادم است (محمدخانی‌زاده و کریم‌زاده، ۱۳۹۵). آرتريت روماتوئید، دردناکترین و ناتوان کننده ترین نوع آرتريت بوده که به سرعت در سرتاسر بدن منتشر و با التهاب شدید (نوروزی، غلام‌زاده بانیس و برزویی، ۱۳۹۵) بافت سینوویال مزمن که منجر به تخریب و از کار افتادن مفاصل می‌شود همراه است (جانیس، هینکل، کری و چیور^۵، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد که عوامل ژنتیکی و

6. Lawrence, Felson, Helmick, Arnold & Choi
7. Pain acceptance
8. opioid medications
9. gabapentinoids
10. Kratz, Murphy, Kalpakjian, & Chen,

1. Cunha, Ribeiro, André
2. Rheumatoid Arthritis
3. Guyton & Hall
4. Fauci, Longo & Loscalzo
5. Janice., Hinkle, Kerry & Cheever

التهاب می‌کند (بوئر، تن بریک، اورس، و ندرهلم - ونمیل^۲، ۲۰۱۸). لذا کاهش استرس باید در اولویت درمان این بیماران قرار گیرد. استرس عبارت است از تجربه کردن وقایعی که برای آسایش جسمی و روانی فرد مخاطره آمیز تلقی می‌شوند (اصغری، جوپته، یوسفی، سعادت و رفیعی گزنی، ۱۳۹۳). در واقع پدیده استرس به واکنش ملموس یا ذهنی اشاره دارد که به واسطه ادراک تهدید نسبت به تعادل زیستی بدن ایجاد می‌شود. مفهوم استرس ادراک شده به درجه ای که افراد رویدادهای زندگی‌شان را غیرقابل کنترل و پرفشار ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد. لازاروس معتقد است که تنها محرک‌هایی که توسط فرد استرس‌زا ارزیابی می‌شوند، پاسخ‌های استرس‌زا را فرا می‌خوانند (موسوی، علی پور، آگاه هریس و زارع، ۱۳۹۳). بررسی‌های انجام شده درباره استرس بر این نکته مهم تاکید دارند که آنچه بر سلامت افراد تاثیرگذار است، خود استرس نیست بلکه الگوی شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله با آن است. راهبردهای مقابله با استرس روندی است که در آن فرد برای مدیریت محرک‌های تنش‌زا تلاش می‌کند (ربانی باوجدان، ربانی باوجدان، نیک آذین، کاویانی و خضری مقدم، ۱۳۹۱). پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله‌ای، ادراک افراد از شدت درد و همچنین توانایی آنها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت روزمره را تحت تاثیر قرار می‌دهد (تورنر، جنسن و رومانو^۳، ۲۰۰۰). مطالعات انجام شده با بیماران مبتلا به درد نشان

سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است و به دنبال آن اقدامات موثر برای کاهش درد صورت گرفته و اقدامات غیر موثر متوقف می‌شوند، همچنین با تمرکز بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی، عملکرد روانی و جسمی بهبود می‌یابد (شیرازی و همکاران، ۱۳۹۵).

این تصور که درد منجر به احساس ناکامی، نگرانی، افسردگی و اضطراب می‌شود، کاملاً مشهود است، به خصوص اگر درد ماهیتی مزمن داشته باشد. درد تجربه ای تنش‌زاست که منجر به کمبود رضایت فرد از زندگی می‌شود و به دنبال آن موجب رنج و ناراحتی، کاهش کیفیت زندگی، اختلال در عملکرد روزانه، بهم ریختن اوضاع زندگی می‌گردد (سان، بورنمن، فرل، پپر، کوکزیواس و چوی^۱، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، ترس از بیماری، رنج و ناراحتی، ناامیدی همراه با درد و محدودیت در فعالیت‌های فیزیکی از حالت‌های هیجانی هستند که سطح استرس افراد مبتلا به درد مزمن را افزایش می‌دهند و می‌توانند در افزایش احساس درد موثر باشند و حملات بیماری را طولانی‌تر و شدت بیماری را بیشتر کنند و در نتیجه سرنوشت این بیماری را بدتر و میزان مرگ و میر را بیشتر کرده و زندگی را برای این بیماران سخت نمایند (گایتون و هال، ۲۰۱۶، ترجمه قاسمی و محمدی، ۱۳۹۵). همچنین استرس از طریق فعال کردن سیستم ایمنی بدن از طریق محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و سیستم عصبی خودمختار فرد را مستعد

2 Boer, Ten Brinck, Evers, & van der Helm-van Mil
3. Turner, Jensen & Romano

1. Sun, Borneman, Ferrell, Piper, Koczywas & Choi

بتوانند به طور منطقی موقعیت‌های تنش‌زا را طبقه‌بندی کنند، راهبرد تکلیف‌مدار بیشترین تأثیر را دارد، ولی در صورتی که افراد نتوانند موقعیت‌های تنش‌زا را پیش‌بینی و برای آن راه حل‌هایی اتخاذ کنند، راهبرد هیجان‌مدار مؤثرتر واقع می‌شود (رضاپورمیرصالح و همکاران، ۱۳۹۰).

اهمیت دادن به مسأله بیماری‌های مزمن به قدری مهم است که در همه کشورهای جهان به آن توجه ویژه دارند چرا که عوامل متعدد شخصی، اجتماعی، زیست‌شناختی، ژنتیکی، فرهنگی، سبب‌شناسی‌اش را دربرمی‌گیرد و بیماری آرتريت روماتوئید به دلیل ماهیت مزمنی که دارد ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی این بیماران را دربر می‌گیرد، و می‌تواند در همه این جوانب سبب آسیب‌رسانی به آنها گردد. پژوهش‌های قبلی (مانند قوشچیان چومسجدی، مقیمی و بهنام، ۱۳۹۲؛ داوودی، زرگر، مظفری پورسی سخت، نرگسی و مولا، ۱۳۹۱)، رابطه بین متغیرهای روانشناختی را در سازگاری و پذیرش درد به طور جداگانه و با استفاده از تحلیل رگرسیونی، مورد بررسی قرار داده‌اند، و پژوهش‌های اندکی نقش همزمان این عوامل را در پذیرش درد مطالعه کرده‌اند. در حالیکه مزیت پژوهش حاضر در مقایسه با سایر پژوهش‌های انجام شده، در نظر گرفتن نقش همزمان متغیرهای استرس ادراک شده (که با درد مزمن و پذیرش آن رابطه تنگاتنگی دارد)، و راهبردهای مقابله‌ای (که بر اساس مفاهیم مطرح شده در پژوهش‌های قبلی، با یکدیگر تعامل دارند)، در پیش بینی پذیرش

داده در حالیکه استفاده از راهبردهای فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف با وجود درد، عدم توجه به درد، استفاده از آرامش عضلانی) دارای نتایج انطباقی است، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیر فعال (فاجعه‌آفرینی، وابستگی و محدود کردن فعالیت) با درد بیشتر، ناتوانی جسمی‌شدیدتر، ترس زیاد، احتمال افسردگی و نگرانی و اضطراب همراه است (شارما، ساندهو، شنوی^۱، ۲۰۱۱). افراد برای مقابله و کنار آمدن با فشارها و تنش‌های زندگی از شیوه‌ها و راهبردهای مقابله‌ای^۲ مختلفی استفاده می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: ۱. راهبرد تکلیف‌مدار^۳: این راهبردها شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می‌شود. ۲. راهبرد هیجان‌مدار^۴: این راهبرد شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن، فرد با تمرکز بر خود تلاش می‌کند تا احساس‌های ناخوشایند خویش را کاهش دهد. واکنش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل گریه کردن، عصبانی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیالپردازی است. ۳. راهبرد اجتناب‌مدار^۵: این راهبردها مستلزم فعالیت‌ها و تغییراتی شناختی است که هدف آنها اجتناب از موقعیت‌تیندگی‌زا است (آزاد عبدالله پور، شکری، تقی‌لو، طولابی و فولادوند، ۱۳۹۱). هنگامی که افراد

1. Sharma, Sandhu & Shenoy
2. Coping strategies
3. Task-oriented strategy
4. Emotion-oriented strategy
5. Circuit avoidance strategy

پذیرش درد) مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید مراجعه کننده به مراکز روماتولوژی مناطق ۱۸،۷،۶،۵،۳،۲ شهر تهران در سال ۹۶، به تعداد ۴۸۰ نفر بود که از میان آنها، بر اساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۲۱۴ نفر از بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، اما با توجه به ریزش برخی نمونه ها، تعداد ۲۱۰ نفر از بیماران با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج از پژوهش، به عنوان نمونه نهایی باقی ماندند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: حداقل تحصیلات دیپلم و بالاتر، حداقل ۱ سال و حداکثر ۶ سال از بیماری گذشته باشد، سن بالاتر از ۴۰ سال و مستعد برای ادامه جلسات درمان باشند. به این ترتیب متغیرهای کنترل این پژوهش نیز شامل: وضعیت تحصیلی، طول مدت بیماری و سن افراد می باشد. ملاک خروج از پژوهش نیز ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر و داشتن بیماری روانی و جسمانی دیگر در زمان اجرای این پژوهش بود.

۱. مقیاس استرس ادراک شده (PSS-14). پرسشنامه استرس ادراک شده، توسط کوهن^۱ و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است. نسخه اصلی مقیاس استرس ادراک شده شامل ۱۴ آیتم می باشد که میزان احساسات و افکار فرد را در ارتباط با رویدادها و موقعیت هایی که در طول یک ماه گذشته اتفاق افتاده را ارزیابی می کند. ۷ آیتم این مقیاس مثبت و ۷ آیتم دیگر آن منفی می باشد. در

درد است. در حقیقت، به دلیل تعامل بسیار بالایی که استرس ادراک شده، و راهبردهای مقابله ای در سازگاری روانی و جسمانی با عوارض مرتبط با بیماری های مزمنی مانند آرتريت روماتوئید با یکدیگر دارند، در نظر گرفتن نقش همزمان این متغیرها از لحاظ مفهومی و تجربی در مطالعه پذیرش درد ضرورت دارد. لذا اجرای پژوهش حاضر به عنوان یک پژوهش زمینه ای اهمیت پیدا می کند تا در پژوهش های آتی، با اثربخشی درمان ها بر روی این متغیرها در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید، کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشیم. با توجه به مطالب ذکر شده در فوق، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله ای، پذیرش درد را در افراد مبتلا به بیماری آرتريت روماتوئید پیش بینی می کنند؟ و از این رو پژوهش حاضر انجام شد تا فرضیه های زیر مورد بررسی قرار گیرد.

۱. می توان پذیرش درد را در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید بر اساس استرس ادراک شده پیش بینی کرد.

۲. می توان پذیرش درد را در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید بر اساس راهبردهای مقابله ای پیش بینی کرد.

روش

روش اجرای این پژوهش، توصیفی (غیر آزمایشی) و طرح پژوهش، همبستگی بود، که در آن روابط بین متغیرهای پیش بین (استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله ای) و متغیر ملاک

1. Perceived Stress Scale

2. Cohen

مقابله مسئله مدار ۰/۷۲، مقابله هیجان مدار ۰/۷۷ و مقابله اجتنابی ۰/۷۴ و همچنین پایایی حاصل از روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته بدین شرح اعلام کرده اند: مقابله مسئله مدار ۰/۷۹، مقابله هیجان مدار ۰/۷۵ و مقابله اجتنابی ۰/۶۶ (به نقل از موسسه آزمون یار پویا). نتایج تحلیل عاملی تأییدی کالزبیک و همکاران ۲۰۰۵ ساختار سه عاملی فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس را تأیید کرد، که این امر حاکی از اعتبار سازه این آزمون است. همچنین در پژوهش قریشی ۱۳۷۵ ضریب اعتبار این پرسشنامه ۰/۸۱۳ بدست آمده است (به نقل از حاجت بیگی، ۱۳۷۹). در مطالعه حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برای راهبرد مساله مدار ۰/۸۸، راهبرد هیجان مدار ۰/۸۱ و راهبرد اجتنابی ۰/۷۸ به دست آمد.

۳. پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ). پرسشنامه پذیرش درد مزمن^۵ توسط مک کراکن و وولز^۶ (۲۰۰۴) تهیه شد و به طور گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از ۲۰ مورد تشکیل شده است که هر یک در مقیاس ۷ درجه‌ای نمره گذاری می‌شوند. پرسش نامه پذیرش درد مزمن شامل دو خرده مقیاس درگیری در فعالیت‌ها و پذیرش درد می باشد. ۱۱ عبارت این پرسشنامه نمره گذاری مستقیم و ۹ آیت درگیری در فعالیت‌ها نمره گذاری معکوس دریافت می‌کنند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط کاسکاریلا^۷ ۲۰۰۹ برای درگیری در فعالیت و پذیرش درد به ترتیب

پژوهش کوهن و همکاران (۱۹۸۳) نمره ضرایب همسانی درونی برای پرسشنامه استرس ادراک شده بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ بدست آمد. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) برای محاسبه روایی ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با نشانه‌های شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند (لشکری، صیرفی، بلیاد، ۱۳۹۴). کلاین ۲۰۰۰ ارزش ضریب آلفای کرونباخ ۷ آیت مثبت و ۷ آیت منفی را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ و برای کل آیت‌ها ۰/۸۳ گزارش کرد. این مقیاس به عنوان اولین مدرک تحقیق صالحی ۱۳۷۳ بر روی تعدادی از دبیران زن استفاده شد. در آنجا نیز آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۸۱ ۰/ بدست آمد. در مطالعه حاضر نیز برای تعیین پایایی مقیاس استرس ادراک شده از آلفای کرونباخ استفاده شده که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۴ می‌باشد که بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول مقیاس مذکور است.

۲. پرسشنامه شیوه‌های مقابله با شرایط پراسترس (CISS-21)^۱. فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس توسط کالزبیک^۲ و همکاران و بر اساس پرسشنامه اصلی مقابله با شرایط پراسترس (اندلر^۳ و پارکر^۴، ۱۹۹۰) ساخته شده است. فرم کوتاه آن از ۲۱ عبارت تشکیل شده است. این مقیاس سه سبک مقابله اصلی، مقابله هیجان مدار و سبک مقابله اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بویسان ۲۰۱۲ ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها را بدین شرح اعلام کرده است:

5. CPAQ (chronic pain acceptance questionnaire)
6. McCracken, & wovles
7. Cascarilla

1. Coping Inventory for Stressful Situations
2. Calsbeek
3. Endler
4. Parker

محرمانه باقی خواهد ماند. در نهایت داده های مربوط به ۲۱۰ نفر از این بیماران بر اساس روش رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت شناختی این پژوهش شامل سن، جنسیت، تحصیلات و مدت بیماری بود. رده سنی بین ۴۰ تا ۴۵ سال ۳۸/۱ درصد، ۴۶ تا ۵۰ سال ۵۰ درصد و ۵۱ سال به بالا ۱۱/۹ درصد نمونه‌ها را در برداشت و ۵۷/۱ درصد از شرکت کنندگان زن و ۴۲/۹ درصد مرد بودند. ۴۵/۷ درصد از شرکت کنندگان تحصیلات دیپلم، ۲۵/۲ درصد، تحصیلات لیسانس و ۲۹ درصد تحصیلات ارشد و دکتری داشتند. از لحاظ مدت زمان ابتلا به بیماری ۱۳/۳ درصد شرکت کنندگان در ۱ سال اخیر، ۵۱/۴ درصد آنان در ۲ سال اخیر، ۲۰/۵ درصد در ۳ سال اخیر و ۱۴/۸ درصد آنان در ۴ تا ۶ سال اخیر به این بیماری مبتلا شده بودند.

در جدول شماره ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده اند که مقادیر میانگین بالاتر از ۲ و انحراف استاندارد بالاتر از ۳ نشان می‌دهند که داده‌ها از پراکندگی لازم جهت انجام تحلیل برخوردارند. همچنین در این جدول، قدر مطلق چولگی برای تمامی متغیرها کمتر از ۳، و قدر مطلق کشیدگی نیز برای تمامی متغیرها کمتر از ۱۰ می‌باشد، که با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که توزیع تمامی متغیرها نرمال است.

۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش شده است. در مطالعه پایلوت، پایایی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد (انوری، ابراهیمی، نشاط دوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است. همچنین اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت و فاجعه‌آفرینی درد مورد تایید قرار گرفت (مسگریان و همکاران، ۱۳۹۱). در مطالعه حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۷۹ به ترتیب برای پذیرش درد، درگیری در فعالیت و نمره کل به دست آمد.

شیوه اجرا. پس از هماهنگی با مسئولین و کارکنان مراکز روماتولوژی مناطق ۱۸، ۷، ۶، ۵، ۳، ۲ شهر تهران، آزمودنی‌ها بر اساس ملاکهای ورود و خروج از پژوهش، انتخاب شدند و اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها برای آنها در همان مراکز توضیح داده شد. سپس آزمودنی‌ها بصورت فردی و در یک جلسه و در همان مکان، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. به این صورت که آزمودنی‌ها با رضایت و آگاهی از اهداف پژوهش وارد پژوهش شدند، و در مورد نام و نام خانوادگی آنها پرسشی به عمل نیامد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها

بهرامی راد و رافضی: پیش بینی پذیرش درد، براساس استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در...

پذیرش درد (۰/۵۳)، مثبت و معنی دار می باشد، بدین معنی که با افزایش نمرات راهبرد مساله مدار، نمرات پذیرش درد افزایش می یابد و برعکس.

به منظور بررسی استقلال خطاها در تحلیل رگرسیون از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد. مقدار آماره دوربین-واتسون در تحقیق حاضر ۱/۷۳ بدست آمد. مقادیر بین ۱/۵ تا ۲/۵ نشانگر وجود استقلال خطاها در داده ها هستند. بنابراین می توان گفت که در تحقیق حاضر برای انجام رگرسیون چندمتغیری استقلال خطاها وجود دارد.

در جدول ۲ روابط دو در دو بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. براساس این جدول، رابطه استرس ادراک شده با پذیرش درد (۰/۲۶-)، راهبرد هیجان مدار با پذیرش درد (۰/۲۷-) و راهبرد اجتنابی با پذیرش درد (۰/۵۴-)، منفی و در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد، بدین معنی که می توان بیان داشت با افزایش نمرات استرس ادراک شده و راهبرد هیجان مدار و اجتنابی نمرات پذیرش درد کاهش پیدا می کند و برعکس، ولی رابطه بین راهبرد مساله مدار با

جدول ۱. ویژگی های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
پذیرش درد	۴۱	۱۲۹	۷۹/۳۵	۱۸/۹۵	-۱/۵۴	۲/۴۰
استرس ادراک شده	۳۷	۵۳	۴۷/۸۸	۸/۱۶	-۱/۱۹	۰/۸۵
راهبرد هیجان مدار	۷	۳۳	۱۸/۴۰	۶/۷۳	-۱/۲۳	۰/۲۳
راهبرد مساله مدار	۱۲	۳۲	۱۹/۳۳	۴/۸۱	۰/۸۳	-۱/۰۷
راهبرد اجتنابی	۷	۳۵	۲۳/۸۳	۷/۱۵	-۰/۶۰	۰/۴۵

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر	پذیرش درد	استرس ادراک شده	راهبرد هیجان مدار	راهبرد مساله مدار
پذیرش درد	۱			
استرس ادراک شده	۰/۲۶**	۱		
راهبرد هیجان مدار	۰/۲۷**	۰/۳۰**	۱	
راهبرد اجتنابی	۰/۵۴**	۰/۴۵**	۰/۲۹**	۱
راهبرد مساله مدار	۰/۵۳**	۰/۱۸**	۰/۲۲**	۰/۰۳**

**P<۰/۰۱

نظر آماری مطلوب و معنی‌دار می‌باشد، با این حال جهت بررسی تاثیر هر یک از عوامل موثر در پیش بینی متغیر ملاک (پذیرش درد) نتایج ضرایب بتا، آماره تی و سطح معنی داری هر کدام در جدول ۴ گزارش شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله ای قادر به پیش بینی ۶۶ درصد از تغییرات متغیر ملاک (پذیرش درد) می‌باشند، همچنین $f = ۷۷/۶۴$ با سطح معنی داری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که میزان پیش بینی از

جدول ۳. تحلیل واریانس برای رگرسیون چند متغیره همزمان پذیرش درد

مدل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	ضریب همبستگی	ضریب تبیین	خطای استاندارد
رگرسیون	۴۹۲۲۱/۱۱	۵	۹۸۴۴/۲۲*	۷۷/۶۴	۰/۸۱	۰/۶۶	۱۱/۲۶
باقیمانده	۲۵۸۶۷/۰۱	۲۰۴	۱۲۶/۸۰*				

* $P < ۰/۰۰۱$

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پژوهش نشان داد که، با افزایش میزان استرس ادراک شده، میزان پذیرش درد در افراد کاهش پیدا می‌کند و برعکس. این یافته با نتایج پژوهش پورعباسی (۱۳۹۳)، محمدی و همکاران (۱۳۹۰)، لوکزاده و بافروبی (۲۰۱۳)، وولز، مک کراکن و اوبرین (۲۰۱۱) و نورتون و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که با افزایش نمرات راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی میزان پذیرش درد کمتر می‌شود و برعکس، ولی با افزایش نمرات راهبرد مساله مدار میزان پذیرش درد بیشتر می‌شود و برعکس. یافته‌های بدست آمده با نتایج پژوهش‌های رضایی، نشاط دوست، مولوی، عابدی و کریمی‌فر (۱۳۹۲)، حبیبیان (۱۳۹۱)، گلچین، جان بزرگی، علی پور و آگاه هریس (۱۳۹۰)، انگل برچت و همکاران (۲۰۱۲) و کارول و همکاران (۲۰۱۴)

یافته‌های مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که استرس ادراک شده با ضریب (-۰/۱۳)، راهبرد هیجانی با ضریب (-۰/۱۶)، راهبرد اجتنابی با ضریب (۰/۲۱) و راهبرد مساله مدار با ضریب (۰/۵۸) در سطح ۰/۰۰۱ توانایی پیش بینی پذیرش درد را دارند. همچنین با توجه به مقادیر بتا در آزمون رگرسیون، ملاحظه می‌شود که بیشترین اثر به ترتیب مربوط به راهبرد مساله مدار، راهبرد اجتنابی، راهبرد هیجانی و استرس ادراک شده می‌باشد. همچنین مقادیر VIF (نباید کمتر از ۰/۱ باشد) و تولرنس (نباید بالای ۱۰ باشد) نیز نشانگر رعایت مفروضه عدم وجود هم خطی چندگانه می‌باشد.

افراد دچار شکست شود. همسویی نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پورعباسی (۱۳۹۳) و محمدی و همکاران (۱۳۹۰)، در این موضوع است که تاثیر استرس بر پذیرش درد و حتی شدت ادراک شده درد موثر است، به همین دلایل به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر کاهش استرس می‌توانند سلامت روان، کیفیت زندگی و پذیرش درد را بهبود بخشیده و شدت درد را در افراد مبتلا به درد مزمن کاهش دهند. همچنین راهبردهای مقابله مساله مدار فعال، که مستقیماً معطوف بر منبع استرس هستند، اغلب هنگامی مفیدند که افراد تا حدی قادر به تغییر محرک استرس‌زا باشند. راهبردهای مقابله هیجان مدار نیز در مواردی که در آن افراد تصور کنند که توانایی کمی برای اجتناب مستقیم از محرک استرس‌زا یا کاهش آن دارند یا تصور کنند که هیچ توانایی در این زمینه ندارند مورد استفاده قرار می‌گیرند. هم مقابله مسئله مدار و هم هیجان مدار می‌توانند راهبردهای موثری برای مهار استرس ناشی از یک بیماری باشند (ساندرسون، ۲۰۱۲). آنچه در این میان اهمیت می‌یابد، استفاده از راهبرد انطباقی برای کاهش درد و سازگاری با درد‌های مزمن است. یافته‌های حبیبان از این نقطه نظر با یافته‌های پژوهش حاضر همسویی دارد که استفاده از راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه مانند راهبردهای اجتنابی یا هیجان منفی می‌تواند پذیرش درد را در بیماران کاهش دهد، شکست در امر مدیریت درد نیز با افزایش میزان درد همراه است. به همین دلیل افراد دارای درد شدیدتر، استفاده از راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه را

همسویی دارد. بر اساس پژوهش‌های گسترده مشخص شده است که بین استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله با اختلال در سلامت روانشناختی رابطه معنی‌داری وجود دارد. به طوری که افرادی که از استرس بالایی رنج می‌برند و مجهز به سبک‌های مقابله کارآمد نیستند، مشکلات روانشناختی بیشتری را گزارش می‌دهند (لوکزاده و بافرویی، ۲۰۱۳). همسو با این یافته و نیز نتایج پژوهش ولوز، مک کراکن و اوبرین (۲۰۱۱)، در پژوهش حاضر نیز می‌توان این گونه بیان کرد که استرس ادراک شده، می‌تواند سازگاری و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن را هم تحت تاثیر قرار دهد، به نظر می‌سد هر چه استرس ادراک شده این افراد بالاتر باشد، میزان پذیرش درد (بعنوان یک شاخص از سلامت روانشناختی) در آنها کمتر می‌شود. این عوامل می‌توانند سلامت روانشناختی و جسمانی (همسو با یافته‌های نورتون و همکاران، ۲۰۱۱) را نیز تحت تاثیر قرار دهند، بطوریکه در پژوهش نورتون و همکاران مشخص شد علائم درد و اختلال عملکرد به طور قابل توجهی با سطوحی از پریشانی روانی در زمان تشخیص همراه بود. فردی که استرس ادراک شده بالایی دارد، ممکن است توانایی خود برای مقابله با شرایط را ضعیف ارزیابی کند، این مساله استرس را در وی افزایش داده و موجب می‌شود در مقابل درد تسلیم شود، یا سعی کند آن را نادیده بگیرد، به بیان دیگر، بر کنترل رویدادهای کنترل ناپذیر (خود درد و هیجانات منفی همراه با آن) به جای رویدادهای کنترل پذیر تمرکز کند، مساله ای که باعث می‌شود مدیریت درد در این

بهبود می‌بخشد و همچنین در سلامت روانی و جسمانی بیماران تأثیر می‌گذارد. همچنین راهبردهای مقابله ای هیجان‌مدار مثبت، با تأکید بر کاهش هیجانات منفی ناشی از درد، می‌تواند میزان پذیرش درد در بیماران مبتلا به درد مزمن را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین باورها، شناخت‌ها و سبک‌های مقابله با استرس و درد را، باید به عنوان عوامل مهم در تعیین سلامت کلی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در نظر گرفت.

در این پژوهش محدودیت‌هایی به شرح زیر وجود داشت: نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد محدود و به صورت در دسترس بوده است. شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند. با توجه به اینکه زنان و مردان به طور کلی از راهبردهای مقابله ای متفاوتی استفاده می‌کنند، که می‌تواند بر پذیرش درد در آنها تأثیر بگذارد، عدم کنترل جنسیت در این پژوهش از جمله محدودیت‌هاییست که در پژوهش‌های بعدی می‌تواند مد نظر قرار گیرد. در پژوهش حاضر، با توجه به ماهیت پژوهش، نقش متغیرهای میانجی و ویژگی‌های شخصیتی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا پژوهشی مشابه بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مناطق دیگر کشور انجام شود و با نتایج این پژوهش به لحاظ وضعیت بوم شناختی مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی زنان و مردان به صورت جداگانه مورد آزمون قرار گیرند، تا نقش جنسیت در این مورد مشخص شود. همچنین متغیرهای شناختی و شخصیتی

بیشتر گزارش می‌کنند، درحالی‌که افرادی که راهبردهای سازگارانه به کار می‌برند، می‌توانند درد خود را مدیریت کنند. همچنین این یافته با نتایج رضایی، نشاط دوست، مولوی، عابدی و کریمی‌فر (۱۳۹۲) همخوانی دارد که نشان دادند نقایص هیجانی مانند عدم استفاده از راهبردهای مقابله ای سازگارانه با شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه دارد. به نظر می‌رسد افرادی که کاربرد راهبردهای مقابله ای سازگارانه ای را یاد نگرفته اند، در پذیرش و مدیریت درد دچار مشکل می‌شوند. همسو با این مساله، انگل برچت و همکاران ۲۰۱۲ نشان داده اند که استفاده از راهبردهای مقابله ای متمرکز بر حل مسئله اثر مقابله را در این بیماران بهبود می‌بخشد و نقش کلیدی در کاهش دادن آسیب‌های عملکرد جسمی و سلامت هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ایفا می‌کند.

بطور کلی نتایج پژوهش، حاکی از آن است که پذیرش درد تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی گوناگونی قرار دارد. استرس ادراک شده، به عنوان یک عامل مهم می‌تواند سازگاری و پذیرش درد را در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت تأثیر قرار دهد. بر اساس این پژوهش هر چه استرس ادراک شده در افراد مبتلا بالاتر باشد، میزان پذیرش درد (بعنوان یک شاخص از سلامت روان‌شناختی) در آنها کمتر می‌شود. همچنین به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای برای کاهش استرس، درد و... در میزان پذیرش درد و مدیریت آن اهمیت می‌یابد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله اثر مقابله را در این بیماران

دیگر در پیش بینی پذیرش درد مورد بررسی قرار گیرند. این پژوهش تشکر می کنند.

سپاسگزاری

در پایان پژوهشگران صمیمانه از تمامی بیماران و همچنین از کارکنان محترم مراکز روماتولوژی مناطق ۱۸،۷،۶،۵،۳،۲ تهران به جهت همکاری در

منابع

- آزاد عبدالله پور، محمد، شکری، امید، تقی لو، صادق، طولابی، سعید، و فولادوند، خدیجه. (۱۳۹۱). تغییر ناپذیری جنسی روابط بین روان رنجورخویی، برون گرایی، سبک های مقابله، تشگرهای تحصیلی و واکنش به آن با بهزیستی ذهنی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۶، ۱۰۳-۱۱۸.
- اصغری، فرهاد، قاسمی جوپته، رضا، یوسفی، نجف، سعادت، سجاده، و رفیعی گزنی، فاطمه. (۱۳۹۳). نقش استرس ادراک شده و سبک های مقابله در اختلالات خوردن دانش آموزان دبیرستانی شهر رشت. مجله سلامت جامعه، ۸، ۲۸-۳۸.
- انوری، محمدحسن، ابراهیمی، امراه، نشاطدوست، حمیدظاهر، افشار، حمید، وعابدی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۲(۲۹۵)، ۱۱۵۶-۱۱۶۵.
- بهبزادی، زهرا و رحمتی، صمد. (۱۳۹۵). هتیوع فراوانی باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید و مقایسه آن با افراد سالم. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰، ۶۷-۷۲.
- پورعباسی، زینب. (۱۳۹۳). اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان، کیفیت زندگی، پذیرش درد و شدت آن در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی مزمن. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.
- حاجت بیگی، صدیقه. (۱۳۷۹). رابطه شیوه های مقابله با استرس خودکارآمدی و سلامت روان دردانش آموزان متوسطه شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تهران مرکز.
- حبیبیان، زرین. (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های مقابله و باورهای شناختی در افراد مبتلا به درد مزمن و افراد بدون درد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز.

شیرازی، منوچهر، منوچهری، هومان، زاغری
تفرشی، منصوره، زایری، فرید، و علی پور،
ویولت. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین میزان پذیرش
درد، الگوی زندگی و محدودیت ناشی از درد
مزمین در سالمندان. *مجله علمی دانشکده پرستاری
و مامایی همدان*، ۲۴، ۱۵۸-۱۴۸.

فوسی، کاسپر، لونگو، هوسر، و لوسکالزو،
جیمسون. (۲۰۱۵). *اصول طب داخلی هاریسون:
بیماری‌های روماتولوژی و دستگاه ایمنی*. ()
ترجمه سید مهدی منتظری، (۱۳۹۵). تهران:
نشرارجمند.

قوشچیان چویمسجدی، سمانه، مقیمی، جمیله، و
بهنام، بهناز. (۱۳۹۲). بررسی میزان درد و
متغیرهای شناختی مرتبط با آن در بیماران
روماتوئید آرتريت در مقایسه با گروه سالم. *مجله
دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۸، ۵۸-۶۶.

گایتون، آرتور و هال، جان ای. (۲۰۱۶). *فیزیولوژی
پزشکی*. (ترجمه اصغر قاسمی و مسلم محمدی،
۱۳۹۵). تهران: نشر اطمینان.

گلچین، ندا، جان بزرگی، مسعود، علی پور، احمد،
و آگاه هریس، مژگان. (۱۳۹۰). اثربخشی
درمانگری شناختی رفتاری در به کارگیری
راهبردهای مقابله ای و کاهش درد زنان مبتلا به
کمردرد مزمن. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*،
۱۳، ۱۶۰-۱۶۹.

داوودی، ایران، زرگر، یداله، مظفری پورسی
سخت، الهام، نرگسی، فریده، و مولا، کریم.
(۱۳۹۱). رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد،
روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و
راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران
روماتیسمی. *مجله علمی پژوهشی روانشناسی
سلامت*، ۵۹-۷۳.

ربانی باوجدان، مژگان، ربانی باوجدان، مرجان،
نیک آذین، امیر، کویانی، ناهید، و خضری مقدم،
انوشیروان. (۱۳۹۱). رابطه باورهای خودکارآمدی
و فراشناخت با راهبردهای مقابله در مردان
سوء مصرف کننده مواد. *فصلنامه روانشناسی
کاربردی*، ۶، ۸۵-۱۰۲.

رضاپور میر صالح، یاسر، خباز، محمد، صافی،
محمد هادی، عبدی، کیانوش، یآوری، مریم، و
بهجتی، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی همبستگی
جهت گیری مذهبی، ابعاد شخصیت
و خودکارآمدی با سبک‌های مقابله با استرس در
دانشجویان کارورز پرستاری. *مجله پژوهش
پرستاری ایران*، ۶، ۵۳-۶۴.

رضایی، فاطمه، نشاط دوست، حمید طاهر، مولوی،
حسین، عابدی، محمد رضا، و کریمی فر،
منصور. (۱۳۹۲). رابطه بین نقص هیجانی و درد
در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید شهر
اصفهان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم
پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۶، ۴۵۸-۴۴۸.

- شدت درد و ناتوانی بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰، ۱۹۴-۲۰۳.
- مظاهری، مینا. (۱۳۹۴). پیش بینی شدت، پذیرش درد و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر براساس ویژگی بخشودگی بین فردی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۹، ۲۶-۳۴.
- موسوی، الهام،، علی پور، احمد،، آگاه هریس، مژگان، و زارع، حسین. (۱۳۹۳). تاثیر برنامه جدید لرن در کاهش استرس ادراک شده و نگرانی دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳، ۴۷-۶۳.
- نوروزی، محسن،، غلام زاده بانیس، مهدی، و برزویی، شاهین. (۱۳۹۵). ارزیابی اختلالات عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰، ۶۲-۷۰.
- Boer, A.C., Ten Brinck, R. M., Evers, A. W. M., & van der Helm-van Mil, A. H. M. (2018). Does psychological stress in patients with clinically suspect arthralgia associate with subclinical inflammation and progression to inflammatory arthritis?. *Arthritis Res Ther*, 20: 93.
- Calsbeek, H., Mieke, R., Henegouwen, G. P., & Dekker, G. (2002). 5 factor structure of the coping inventory for stressful situations (CISS-21) in adolescents and young adults with chronic digestive disorders. Available at: <http://igiturarchive.library.uu.nl/dissertations/2003-1210>.
- Carroll, L. J., Ferrari, R., Cassidy, J., David, D., & Cote, P. (2014). Coping and Recovery in Whiplash-associated Disorders: Early use of Passive Coping Strategies is Associated With Slower Recovery of Neck Pain and Pain-related
- لشکری، مریم،، صیرفی، محمدرضا، و بلیاد، محمدرضا. (۱۳۹۴). نقش میانجی‌گری استرس ادراک شده در رابطه بین سخت‌رویی و کیفیت زندگی در افراد تحت همودیالیز. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۹، ۹۱-۱۰۷.
- محمدخانی زاده، علی و کریم زاده، فریبا. (۱۳۹۵). مدل‌های آزمایشگاهی آرتريت روماتوئید: درد حاد و مزمن. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۵، ۹۸-۱۰۹.
- محمدی، فرزانه، محمدخانی، پروانه، دولتشاهی، بهروز، و اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن بر شدت ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی. *مجله سالمندی ایران*، ۶، ۵۹-۶۵.
- مسگریان، فاطمه، اصغری مقدم، محمد علی، شعیری، محمدرضا، برومند، اکرم، معروفی، نادر، ابراهیمی تکامچانی، اسماعیل، و نایب آقایی، حسین. (۱۳۹۱). نقش پذیرش درد در کاهش

- Disability. *Clin J Pain*, 30(1): 1-8.
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal Health Soc Behav*, (4)24: 385-396.
- Cunha, M., Ribeiro, A., & André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Social and Behavioral Sciences*, 217(1): 337-343.
- Endler, N. S & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5): 844-854.
- Endler, N. S & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of Multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1): 50-60.
- Janice, L., Hinkle, R. N., Kerry, H., & Cheever, R. N. (2013). *Brunner & Suddarths Textbook of Medical-surgical Nursing*. Publisher Lippincott Williams and Wilkins.
- Kratz, A. L., F. Murphy, J., Kalpakjian, C. Z., & Chen, P. (2018). Medicate or Meditate? Greater Pain Acceptance is Related to Lower Pain Medication Use in Persons With Chronic Pain and Spinal Cord Injury. *The Clinical Journal of Pain*, 34 (4) , 357° 365.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3): 607-610.
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A., Gabriel, S., Hirsch, R., Hochberg, M. C., Hunder, G. G., Jordan, J. M., Katz, J. N., Kremers, H. M., & Wolfe, F. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *National Arthritis Data Workgroup*, 58(1): 26-35.
- Loukzadeh, Z & Bafrooi, N. M. (2013). Association of coping style and psychological well-being in hospital nurses. *Journal of caring sciences*, 2(4): 313-319.
- McCracken, L. M & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14(2): 170-175.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1): 159-166.
- Sanderson, C. A. (2012). *Health psychology*. Wiley Global Education.
- Sharma, P., Sandhu, J. S., & Shenoy, S. (2011). Variation in response to pain between athletes and non-athletes. *Isborn journal medicine and biomedical sciences*, 3(5): 165-171.
- Sun, V. C., Borneman, T., Ferrell, B., Piper, B., Koczywas, M., & Choi, K. (2007). Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manage*, 34(4): 359-369.
- Turner, J., Jenson, M. P., & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independency predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1-2): 115-125.

Vowles, K. E., McCracken, L. M., & O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a

three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behav Res Ther*, 49(11): 748-55.

