Journal of Anesthesiology and Pain Spring 2020, Vol 11, NO 1

Relationship between Pain-Related Beliefs and Pain Anxiety with Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis

Fatemeh Amini [1], Ilnaz Sjjadian[2*], Mansour Salesi[3]

1. *Msc in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran*
2. *Faculty Member, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran*
3. *Associate Professor of Rheumatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine Isfahan, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Chronic pain has many emotional and psychological pressures and is a complex psychological experience. The purpose of the study was to investigate the relationship of pain-related beliefs and pain anxiety with depression in patients with rheumatoid arthritis.

Materials and methods: It was a descriptive-correlational study thus, among patients with rheumatoid arthritis in Esfahan who has been visited in rheumatology clinics in spring 2018, 240 patients were selected according to inclusion and exclusion criterias. Participants in the study completed depression inventory, pain beliefs and perceptions inventory and pain-related anxiety questionnaire. Also, the data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis.

Findings: Correlation analysis showed that there was a significant relationship between pain belief and pain anxiety with depression. Also, based on regression analysis, beliefs associated with pain and anxiety would predict depression in patients with rheumatoid arthritis.

Conclusion: Rheumatoid arthritis is a progressive, chronic disease that also affects the psychological functions of patients. Therefore, special attention is paid to the psychological well-being of patients in the treatment of this disease.

Keywords: Pain-Related Beliefs, Pain Anxiety, Depression, Rheumatoid Arthritis

Please cite this paper as:

Amini F, Sajjadian I, Salesi M[Relationship between Pain-Related Beliefs and Pain Anxiety with Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis(Persian)]. J Anesth Pain 2020;11(1):25-37.

Corresponding Author: Sajjadian Ilnaz, Faculty Member, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۹

رابطه باورهای مرتبط با درد و اضطراب درد با افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

فاطمه امینی[۱]، ایلناز سجادیان*[۲]، منصور ثالثی[۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. عضو هیئت علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳. دانشیار روماتولوژی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۷ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۱۰/۱۵** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۳**

چکیده

زمینـه و هـدف: درد مزمـن فشـارهای عاطفـی و روانـی بسـیاری را بـه همـراه دارد و یـک تجربـه روانشـناختی پیچیـده اسـت. بنابراین ایـن پژوهش بـا هـدف بررسـی رابطـه باورهـای مرتبـط بـا درد و اضطـراب درد بـا افسـردگی در بیمـاران مبتـلا بـه آرتریـت روماتوئیـد انجام شـد.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش توصیفـی از نـوع همبسـتگی بـود. بدیـن منظـور از میـان بیمـاران مبتـلا بـه آرتریـت روماتوئیـد شـهر اصفهـان کـه در بهـار ۱۳۹۷ بـه کلینیک‌هـای روماتولـوژی مراجعـه کردنـد، ۲۴۰ بیمـار بـه صـورت در دسـترس انتخـاب شـدند. شـرکت‌کنندگان در پژوهـش بـه پرسشـنامه‌های افسـردگی، ادراک و باورهـای درد و اضطـراب مرتبـط بـا درد پاسـخ دادنـد. همچنیـن داده‌هـای حاصـل از پژوهـش بـا اسـتفاده از ضرایـب همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون گام بـه گام مـورد بررسـی قـرار گرفـت.

یافته‌هـا: نتایـج تحلیـل همبسـتگی نشـان داد، باورهـای مرتبـط بـا درد و اضطـراب درد بـا افسـردگی رابطـه معنـادار داشـتند. همچنیـن باورهـای مرتبـط بـا درد و اضطـراب درد تـوان پیش‌بینـی افسـردگی را در بیمـاران مبتـلا بـه آرتریـت روماتوئیـد داشـتند.

نتیجه‌گیـری: آرتریـت روماتوئیـد یـک بیمـاری مزمـن، پیـش رونـده اسـت، کـه عملکردهـای روانشـناختی بیمـاران را نیـز تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد. بنابرایـن بـرای درمـان ایـن بیمـاری توجـه خـاص بـه سـلامت روانشـناختی بیمـاران پیشـنهاد می‌شـود.

واژه‌های کلیدی: باورهای مرتبط با درد، اضطراب درد، افسردگی، آرتریت روماتوئید

مقدمه

آرتریـت روماتوئیـد یکـی از شـایع‌ترین بیماری‌هـای التهابـی مزمـن اسـت[۱]. ایـن بیمـاری یـک اختـلال مولتـی فاکتوریـال اسـت، کـه در آن هـم فاکتورهـای ژنتیـک و هـم فاکتورهـای غیرژنتیـک (همچـون عفونت‌هـا، هورمون‌هـا و محیـط) در اسـتعداد ابتـلا بـه آن مهـم شـناخته شـده‌اند[۲]. عـوارض

نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، عضو هیئت علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
پست الکترونیک: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

حاصل از این بیماری متعدد بوده و از اصلی‌ترین آن‌ها درد مزمن، تورم مفاصل، حساس و سفت شدن مفاصل، اختلال در تحرک فیزیکی، خستگی، تغییر در ایفای نقش، اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود و مختل شدن حس اعتمادبه نفس است[۳]. همچنین بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به علت درد، خستگی، محدودیت حرکت و فعالیت روزانه دچار اختلال در عملکرد جسمانی، اجتماعی، روانی و احساسات می‌شوند و در نتیجه در کیفیت زندگی آنان اختلال به وجود می‌آید[۴]. بنابراین آرتریت روماتوئید ممکن است، به یک کاهش شدید در وضعیت عملکردی و کاهش امید به زندگی منجر شود به علاوه این بیماری می‌تواند، به مشکلات اجتماعی و ارتباطی از قبیل اختلال در ایفای نقش‌های اجتماعی، محدودیت توانایی در شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، مشکلات جنسی و عاطفی و بدشکلی‌های جسمی منجر شود[۵]. در واقع درد و ویژگی‌های مزمن بیماری و پیامدهای آن در زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و خانواده‌های آن‌ها قابل توجه است و می‌تواند علائم و نشانه‌های روانپریشی به ویژه اضطراب و افسردگی را ایجاد کند[۶]. همچنین درد مزمن و تجربه زندگی با آن، یک تجربه منحصر به فرد است و ادراک فرد از درد از متغیرهای جسمانی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد[۷]. در واقع اغلب درد جسمانی به درد روانی تبدیل می‌شود[۸] و شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی همراه با درد مزمن، افسردگی و اضطراب ذکر شده است[۹]. بنابراین پس از ابتلا به آرتریت روماتوئید احتمال بروز افسردگی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد[۱۰]. همچنین در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید خطر افسردگی در زنان بیشتر از مردان است[۱۱]. در واقع افسردگی نشانه‌های آرتریت روماتوئید را تشدید کرده و منجر به اختلال در نتایج عملکردی مهم می‌شود[۱۲]. وجود افسردگی و اضطراب، موجب کاهش آستانه درد شده و شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری‌های مزمن، حساس‌تر می‌شود[۱۳]. همچنین بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا به افسردگی نتایج ناخوشایند، از جمله ناتوانی و کاهش سلامتی را نسبت به افراد غیر افسرده دارند و ممکن است، افسردگی منجر به درگیری زناشویی، کاهش ارتباطات اجتماعی بیماران و جلوگیری از دریافت حمایت اجتماعی در این بیماران شود[۱۴]. از سوی دیگر بیماران افسرده مبتلا به درد مزمن شدت و تداخل درد بیشتر، رفتارهای دردناک‌تر، کنترل کمتر بر زندگی و استفاده بیشتر از راهکارهای مقابله منفعلانه- اجتنابی را نسبت به بیماران بدون افسردگی گزارش می‌دهند[۱۵]. باورهای مرتبط با درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید یک مشکل اساسی است و به طور کلی پیش‌بینی کننده‌ی مهم سلامت روانی و اجتماعی می‌باشد[۱۶]. علاوه بر این، برای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، مدیریت بیماری و باورهای مرتبط با درد می‌تواند به راحتی بر عملکرد تأثیر گذارد[۱۷]. در واقع باورهای مرتبط با درد گمانه‌هایی درباره درد و یا آمایه‌ای است، که در پرتو آن درد تعبیر و تفسیر می‌شود[۱۸]. اگر بیمار دچار اضطراب و فاجعه عاطفی و همچنین باورها و افکار منفی و بدبینانه در مورد تجربه درد باشد، باورهای منفی مربوط به درد به کاهش انگیزه و سوء تفاهم در مورد درد کمک می‌کنند[۱۹]. باورهای منفی درد تأثیر منفی بر سلامت عمومی، خودکارآمدی و عملکرد دارند[۲۰] و با مداخله برنامه‌ی خودمراقبتی مانند ورزش و آرامش در مبتلایان به آرتریت روماتوئید، تغییرات مثبت در باورهای منفی درد بوجود می‌آید، که با بهبود خودکارآمدی ارتباط دارد[۲۱]. همچنین زمینه‌های فرهنگی متفاوت بر نگرش‌ها و باورها نسبت به درد و اعتقادات بیماران و انتظارات در درمان‌های درد تأثیر می‌گذارند[۲۲]. اضطراب درد نیز یکی از متغیرهای روانشناختی درد است، که در ادراک و سازگاری با درد مؤثر است. اضطراب مرتبط با درد یک تجربه فراگیر و عمومی در انسان است و در دامنه‌ای از کم تا شدید رخ می‌دهد[۲۳]. همچنین اضطراب مرتبط با درد به عنوان یکی از مهمترین متغیرهای سهیم در ایجاد و باقی ماندن دردهای عضلانی اسکلتی مطرح است[۲۴].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

کویک و همکاران[۲۵] در پژوهشی نشان دادند، که شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران آرتریت روماتوئید وجود دارد و همچنین این مطالعه برآوردهای شایع‌تری از اضطراب را نشان داد. در واقع اضطراب درد می‌تواند، ادراک درد را افزایش دهد[۲۶] و کاهش دامنه تحرک و فعالیت‌های جسمانی، افسردگی، ناتوانی عمومی بیشتر را به دنبال داشته باشد[۲۷]. همچنین اضطراب مرتبط با درد می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت و همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک‌های درد گردد و باعث شود، بیماران در مورد علائم و آینده بیماری مضطرب و نگران شوند. در واقع ترس و اجتناب موجب اجتناب از فعالیت و در نتیجه ناتوانی بیشتر در بیماران می‌گردد[۲۸]. از سوی دیگر اضطراب بر اساس شواهد بالینی، منجر به توجه انتخابی نسبت به محرک‌های تهدید کننده می‌شود[۲۹]. سوگیری و توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده، باعث شناسایی سریع این محرک‌ها و در نتیجه، شکل‌گیری و تداوم اضطراب می‌گردد. همچنین اضطراب درد بیشتر از اضطراب عمومی و کلی، ناتوانی و اجتناب را فراهم می‌کند[۳۰]. بیماری آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است و اصولاً در بیماری‌هایی که ماهیت مزمن دارند، تغییرات زیادی در زندگی فرد بیمار و عملکردهای روانشناختی بوجود می‌آید که می‌تواند خلق و خوی بیمار را نیز تحت شعاع قرار دهد و افسردگی را به دنبال داشته باشد. در این میان بررسی و توجه به عملکردهای روانشناختی که می‌توانند با افسردگی در این افراد رابطه داشته باشند، به سبب ارتقای سلامت جسمانی و روانی بیماران آرتریت روماتوئید ضرورت و اهمیت دارد. از این رو این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین باورهای مرتبط با درد و اضطراب درد با افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شده است.

مواد و روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری در این پژوهش شامل زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان بوده است، که در بهار ۱۳۹۷ به کلینیک‌های روماتولوژی شهر اصفهان مراجعه کردند. در این پژوهش از میان کلینیک‌های روماتولوژی شهر اصفهان دو کلینیک به صورت در دسترس انتخاب شد. همچنین از آنجا که در این پژوهش اطلاع دقیقی از حجم جامعه آماری وجود نداشت، ولی بر اساس معیار مربوط به رعایت حداقل نسبت بین تعداد متغیر پیش‌بین با تعداد نمونه‌ی مورد نیاز به ازای هر متغیر پیش‌بین و اینکه حداقل ۱۰ تا ۳۰ نفر به ازای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون پیشنهاد شده است[۳۱]، حجم نمونه در این پژوهش با وجود ۸ متغیر پیش‌بین (باورهای مرتبط با درد (اسرارآمیز بودن درد، سرزنش کردن خود، باور به ثبات درد در زمان حال و باور به استمرار درد در آینده)، اضطراب درد (علائم اضطراب شناختی مرتبط با تجربه درد، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد) و به ازای هر متغیر پیش‌بین ۳۰ نفر ۲۴۰ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین از میان زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مورد نظر ۲۴۰ نفر بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها جهت پاسخگویی در اختیار آن‌ها قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها ۱۹ پرسشنامه به دلیل نقص و عدم دقت در پاسخگویی کنار گذاشته شد و حجم نمونه نهایی ۲۲۱ نفر شد. همچنین نرخ بازگشت پرسشنامه‌ها در این پژوهش ۹۲ درصد بدست آمده است. معیارهای ورود برای افراد شامل: تشخیص بیماری آرتریت روماتوئید توسط پزشک متخصص، دارا بودن محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۷۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، عدم اختلالات حاد روانپزشکی، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی و اضطراب و عدم ابتلا به اختلال اعتیاد. همچنین معیارهای خروج افراد شامل: عدم تمایل به همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم دقت در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بود.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۳ انجام شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از ضرایب همبستگی و آزمون رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک

(Beck Depression Inventory یا BDI II)

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است، که جهت سنجش افسردگی در جمعیت بالای ۱۳ سال تدوین شده است. این پرسشنامه، همانند ویرایش نخست از ۲۱ سوال تشکیل شده است و در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شود. آزمودنی برای هر سوال یکی از ۴ گزینه‌ای را که شدت علامت افسردگی را نشان می‌دهد، برمی‌گزیند و سوألات بر اساس یک طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. نمره‌ی کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ دارد. این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است، به طوری که ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و آلفای کرونباخ آن برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است[۳۲]. در ایران در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان بدست آمده است[۳۳]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه ادراک و باورهای درد

(Perception and Pain Belief Questionnaire)

این پرسشنامه توسط استرانگ و همکاران در سال ۱۹۹۲ طراحی شد و شامل ۱۵ گویه است. این پرسشنامه چهار عامل اسرارآمیز بودن درد (۴ ماده)، سرزنش کردن خود (۳ ماده)، باور به ثبات درد در زمان حال (۴ ماده)، و باور به استمرار درد در آینده (۴ ماده) را می‌سنجد. هر ماده با استفاده از مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از کاملاً موافقم (نمره۴) تا کاملاً مخالفم (نمره۱) درجه‌بندی می‌شود. پرسشنامه مذکور بطور گسترده‌ای به منظور شناسایی باورهای مرتبط به درد مزمن در افراد، بکار می‌رود. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۶۰ بوده است و نمره بالاتر، بیانگر باور عمیق‌تر فرد به موضوع مورد نظر است[۳۴]. در پژوهشی روایی پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد آزمون قرار گرفت و برای ۴ عامل نامبرده ۰/۶۱ واریانس مشترک را تعیین شد و همچنین آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها ۰/۷۰ بدست آمد[۳۵]. در این پژوهش آلفای کرونباخ کل برای این پرسشنامه ۰/۶۳۴ و برای خرده مقیاس‌های اسرار آمیز بودن درد، سرزنش کردن خود، باور به ثبات درد در زمان حال و باور به استمرار درد در آینده به ترتیب ۰/۵۹۶، ۰/۶۵۳، ۰/۵۵۳ و ۰/۵۹۴ بدست آمد.

مقیاس اضطراب مرتبط با درد

(Pain Anxiety Symptoms Scale یا PASS)

مقیاس علائم اضطراب مرتبط با درد یک ابزار خودگزارشی است، که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک کراکن، زایفرت و کراس در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. این مقیاس علائم اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می‌کند و شامل ۴ زیر مقیاس، علائم اضطراب شناختی مرتبط با تجربه درد، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد است[۳۶]. فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۰ ماده بوده و توسط مک کراکن و دینگرا و بر اساس مقیاس اصلی ۴۰ سوالی ساخته شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، که فرم کوتاه اقتباس خوبی از فرم اصلی مقیاس است و همبستگی متقابل بین دو فرم کوتاه و بلند این مقیاس ۰/۹۵ بدست آمده است. زیر مقیاس‌های فرم کوتاه مقیاس علائم اضطراب درد نیز شامل اجتناب، ارزیابی ترسناک، اضطراب شناختی و واکنش فیزیولوژیک است. همچنین دامنه‌ی نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنی‌ها باید در دامنه‌های از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه)

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

بـه سـؤال‌های ایـن مقیـاس پاسـخ دهنـد. همچنیـن همسـانی درونـی فـرم کوتـاه بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ بـرای کل مقیـاس ۰/۹۱ و در زیـر مقیـاس اجتناب ۰/۷۵، ارزیابی ترسـناک ۰/۸۲ و در اضطـراب شـناختی ۰/۸۶ و اضطـراب جسـمانی ۰/۸۱ محاسـبه شـده اسـت[۳۷]. در واقـع یـک نمـره کلـی و چهـار نمـره بـرای خـرده مقیـاس بدسـت می‌آیـد، کـه نمـره کلـی عمومـاً بـا جنبه‌هـای زیـادی از عملکـرد بیمـاران مرتبـط اسـت و ۴ خـرده مقیـاس نیـز در پیش‌بینـی جنبه‌هـای متفـاوت عملکـرد بیمـاران مفیـد اسـت[۳۸]. در ایـران پایایـی پرسشـنامه بـا اسـتفاده از ضریـب آلفـای کرونبـاخ بـرای نمـره کل مقیـاس اضطـراب درد ۰/۸۸ و بـرای خـرده مقیاس‌هـا بیـن ۰/۶۷ تـا ۰/۷۷ گـزارش شـده اسـت[۳۹]. در ایـن پژوهـش آلفـای کرونبـاخ کل ایـن پرسشـنامه ۰/۹۱۸ و بـرای خـرده مقیاس‌هـای علائـم اضطـراب شـناختی، رفتـار فـرار و اجتنـاب، ارزیابـی ترسـناک از درد و علائـم اضطـراب فیزیولوژیـک مرتبـط بـا درد بـه ترتیـب ۰/۸۰۸، ۰/۷۵۴، ۰/۸۳۵ و ۰/۷۷۹ بدسـت آمـد.

یافته‌ها

در پژوهـش حاضـر ۱۸۲ نفـر از آزمودنی‌هـا (۸۲/۲ درصـد) زن و ۳۹ نفـر (۱۷/۶ درصـد) مـرد بودنـد. تحصیـلات بیشـتر افـراد نمونـه یعنـی ۸۱ نفـر (۳۶/۷ درصـد) دیپلـم بـوده اسـت. همچنیـن ۱۹۴ نفـر (۸۷/۸ درصـد) افـراد شـرکت کننـده متأهـل بودنـد. میانگیـن سـن افـراد نیـز ۴۵/۶۷ سـال و انحـراف معیـار آن ۱۱/۵ سـال بـوده اسـت. همچنیـن میانگیـن مـدت بیمـاری افـراد نمونـه ۹/۴۲ سـال و انحـراف اسـتاندارد آن ۶/۹۸ سـال بـوده اسـت.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر / شاخص‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره	کجی	کشیدگی
ادراک و باورهای درد	۲۲۱	۴۰/۵۸	۵/۶۵	۲۴	۵۸	-۰/۰۰۲	۰/۷۸۲
اسرار آمیز بودن درد	۲۲۱	۱۱/۱۳	۲/۶	۴	۱۶	-۰/۱۸۳	-۰/۲۱۹
سرزنش کردن خود	۲۲۱	۷/۰۵	۲/۱۶	۳	۱۲	۰/۰۷۷	-۰/۲۳۸
باور به ثبات درد در زمان حال	۲۲۱	۱۱/۶۵	۲/۰۴	۶	۱۶	-۰/۳۱۹	۰/۲۵۸
باور به استمرار درد در آینده	۲۲۱	۱۰/۸۴	۲/۱۱	۴	۱۶	-۰/۲۱۸	۰/۶۰۱
اضطراب مرتبط با درد	۲۲۱	۵۵/۴۵	۲۳/۴۹	۲	۱۰۰	-۰/۱۹۶	-۰/۵۹۴
علائم اضطراب شناختی	۲۲۱	۱۴/۳۲	۶/۵۲	۰	۲۵	-۰/۲۷۴	-۰/۷۴۶
رفتار فرار و اجتناب	۲۲۱	۱۴/۲۲	۶/۸۵	۰	۲۵	-۰/۱۴۴	-۰/۸۶۹
ارزیابی ترسناک از درد	۲۲۱	۱۴/۲۸	۷/۵۲	۰	۲۵	-۰/۲۷۵	-۰/۹۶۷
علائم اضطراب فیزیولوژیک درد	۲۲۱	۱۲/۳۹	۷/۰۸	۰	۲۵	۰/۱۳۵	-۰/۹۳۸
افسردگی	۲۲۱	۲۰/۲۴	۱۰/۳۵	۰	۵۵/۵۰	۰/۴۷۱	۰/۱۲۳

همچنین اطلاعات توصیفی مربوط به باورهای مرتبط به درد و اضطراب مرتبط با درد و ابعادشان در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون

متغیرها	افسردگی	
	r	معناداری
ادراک و باورهای درد	۰/۲	۰/۰۰۳
اسرارآمیز بودن درد	۰/۲۷۶	۰/۰۰۱
سرزنش کردن خود	۰/۱۴	۰/۰۳۸
باور به ثبات درد در زمان حال	۰/۲۲۴	۰/۰۰۱
باور به استمرار درد در آینده	۰/۲۵۶	۰/۰۰۱
اضطراب مرتبط با درد	۰/۵۵۴	۰/۰۰۱
علائم اضطراب شناختی	۰/۴۴۲	۰/۰۰۱
رفتار فرار و اجتناب	۰/۴۰۹	۰/۰۰۱
ارزیابی ترسناک از درد	۰/۵۱	۰/۰۰۱
علائم اضطراب فیزیولوژیک درد	۰/۴۹۶	۰/۰۰۱

در جدول ۲ نتایج آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین متغیرها ارائه شده است و نتایج نشان داد، که رابطه بین ادراک به باورهای درد و ابعاد آن با افسردگی و همچنین رابطه بین اضطراب مرتبط با درد و ابعادش با افسردگی مثبت و معنادار بوده است ($p<۰/۰۰۱$). به گونه‌ای که با بالا رفتن هر یک از ابعاد باورهای درد و اضطراب درد، میزان افسردگی بیماران نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی افسردگی از طریق ابعاد باورهای مرتبط با درد و اضطراب درد

شاخص آماری / متغیرپیش بین	R	R^2	F	معناداری	B	SE_b	Beta	T	معناداری	VIF	Tolerance
عدد ثابت	۰/۴۰۴	۰/۱۶۳	۱۰/۵۲۳	۰/۰۰۱	۱۵/۵۹۷	۵/۰۷۹	-	۳/۰۷۱	۰/۰۰۲		
اسرار آمیز بودن درد					۰/۷۰۱	۰/۲۹۲	۰/۱۷۵	۲/۴۰۰	۰/۰۱۷	۱/۳۷۸	۰/۷۲۶
سرزنش کردن خود					۰/۶۳۴	۰/۳۱۶	۰/۱۳۲	۲/۰۰۸	۰/۰۴۶	۱/۱۲۱	۰/۸۹۲
باور به ثبات درد در زمان حال					۱/۳۲۸	۰/۳۲۵	۰/۲۶۱	۴/۰۸۶	۰/۰۰۱	۱/۰۵۷	۰/۹۴۶
باور به استمرار درد در آینده					۰/۷۲۲	۰/۳۶۳	۰/۱۴۷	۱/۹۹۰	۰/۰۴۸	۱/۴۰۹	۰/۷۱۰

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

شاخص آماری متغیرپیش بین	R	R^2	F	معناداری	B	SE_b	Beta	T	معناداری	VIF	Tolerance
عدد ثابت					۷/۶۰۰	۱/۵۲۳	-	۴/۹۸۹	۰/۰۰۱		
علائم اضطراب شناختی					۰/۱۲۹	۰/۱۳۰	۰/۰۸۱	۰/۹۹۳	۰/۳۲۲	۲/۱۱۱	۰/۴۷۴
رفتار فرار و اجتناب	۰/۵۶۳	۰/۳۱۷	۲۴/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۶	۰/۱۱۹	۰/۰۳۷	۰/۴۷۴	۰/۶۳۶	۱/۹۵۴	۰/۵۱۲
ارزیابی ترسناک از درد					۰/۳۷۵	۰/۱۱۹	۰/۲۷۳	۳/۱۴۵	۰/۰۰۲	۲/۳۷۶	۰/۴۲۱
علائم اضطراب فیزیولوژیک درد					۰/۳۷۴	۰/۱۱۴	۰/۲۵۶	۳/۲۶۴	۰/۰۰۱	۱/۹۳۷	۰/۵۱۶

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ نشان می‌دهد، که میزان تورم واریانس در این تحلیل رگرسیون از ۲/۵ کمتر می‌باشد و میزان تلورانس نیز از ۰/۴ بیشتر بدست آمده است. بنابراین پیش فرض‌های لازم در این رگرسیون تأیید شده است. همبستگی چندگانه بین افسردگی با ابعاد باورهای مرتبط با درد (اسرار آمیز بودن درد، سرزنش خود، باور به ثبات درد در زمان حال و استمرار درد در آینده) برابر با ۰/۴۰۴ و معنادار بوده است. میزان R2 آن نیز برابر با ۰/۱۶۳ است، که نشان می‌دهد ۱۶/۳ درصد از افسردگی به صورت کلی توسط ابعاد باورهای مرتبط با درد قابل پیش‌بینی است که این مقدار معنادار بوده است. همچنین همبستگی چندگانه بین افسردگی با ابعاد اضطراب مرتبط با درد (علائم شناختی، رفتار فرار و اجتناب، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد) برابر با ۰/۵۶۳ و معنادار بوده است. همچنین میزان R2 آن نیز برابر با ۰/۳۱۷ است، که نشان می‌دهد ۳۱/۷ درصد از افسردگی به صورت کلی توسط ابعاد اضطراب مرتبط با درد قابل پیش‌بینی است، که این مقدار معنادار بوده است ($P<0/05$).

بحث

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین باورهای مرتبط با درد و اضطراب درد با افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شده است. نتایج همبستگی نشان داد، که رابطه بین افسردگی با ابعاد باورهای مرتبط با درد و ابعاد اضطراب مرتبط با درد معنادار بوده است. پژوهشی در این زمینه یافت نشد، اما پژوهش‌های بیر و همکاران[۲۶] کویک و همکاران[۲۵] افسردگی و اضطراب در بیماران آرتریت روماتوئید را نشان دادند. باورهای مرتبط با درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم سلامت روانی و اجتماعی می‌باشد[۱۶]. باورها ناشی از اندیشه‌ها، ارزیابی‌های ذهنی و درک وقایع هستند. در واقع در بیماران آرتریت روماتوئید باورها و نگرش‌ها و انتظاراتی مانند عدم کنترل درد، احساس درماندگی، ناتوانی، سرباری، عدم سازگاری با درد و غیره شکل می‌گیرد، که در نهایت بدیهی است، که این باورها به مرور می‌توانند زمینه افزایش افسردگی را در فرد بیمار فراهم کند. در ارتباط با تبیین رابطه بعد اسرار آمیز بودن درد با افسردگی می‌توان گفت اسرارآمیز بودن و باور به ناشناخته بودن درد منجر به این می‌شود، که بیمار پیروی کمتری از دستورات درمانی داشته باشد. این باورهای غلط بیمار را از مسیر صحیح درمان خارج کرده و منجر به پیشرفت بیماری و ایجاد ناراحتی‌های بیشتر و در نتیجه خلق افسرده‌تر می‌شود. همچنین گاهی بیمار به خاطر سبک زندگی گذشته‌اش، خود را سرزنش و مقصر می‌داند. در حقیقت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

بیمار بیماری و درد خود را نتیجه رفتار در گذشته و به عبارتی کوتاهی در مراقبت از سلامتی خود می‌داند. این سرزنش خود باعث می‌شود عزت نفس و خود باوری در فرد کاهش یابد و زمینه را برای افسردگی فراهم کند. در تبیین رابطه باور به ثبات درد در زمان حال و باور به استمرار درد در آینده با افسردگی نیز می‌توان بیان کرد، که وقتی بیمار باور به بهبودی در حال و آینده نداشته باشد یعنی تسلیم بیماری شده و خود را مغلوب می‌داند. در این شرایط بیمار تلاشی به ایجاد تغییرات مثبت نمی‌کند و اغلب شرایط را تحمیل بر خود دانسته و همانگونه که هست می‌پذیرد. به عبارت دیگر داشتن هدف و تلاش برای رسیدن به آن، مسیر را برای بیمار آسان‌تر می‌کند، ولی بیماری که امیدی به بهبودی در حال و آینده نداشته باشد وضعیت افسردگی برای آن رقم می‌خورد.

اضطراب مرتبط با درد کاهش دامنه تحرک و فعالیت‌های جسمانی، افسردگی، ناتوانی عمومی بیشتر را به دنبال داشته باشد[۲۷]. وقتی انسان، احساس ناامنی و تهدید می‌کند، اضطراب پاسخی طبیعی به شرایط تهدیدآمیز است. بیماران آرتریت روماتوئید عموماً به علت ترس از بیماری و نگرانی از محدودیت حرکتی در مفاصل، دچار اضطراب می‌شوند. همچنین اضطراب درد و ناراحتی ناشی از بیماری بر ویژگی‌های روانی بیماران بسیار تأثیر می‌گذارد و افسردگی در بیمار به وجود می‌آید. آرتریت روماتوئید به جهت اینکه یک بیماری مزمن است و حالت پیش‌رونده دارد، هر روز برای بیمار یک موضع تهدید کننده می‌باشد و باعث کاهش عملکرد جسمی و روحی شود و این نگرانی‌ها باعث می‌شود که افسردگی ایجاد شود. همچنین این اضطراب ناشی از بیماری بر درک و شناخت بیمار از موقعیت‌ها و همچنین ادراکش از وضعیت بیماری تأثیر می‌گذارد. در واقع اضطراب شناختی ذهن بیمار را درگیر می‌کند و پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی می‌شود. در تبیین رابطه بعد فرار و اجتناب با افسردگی می‌توان بیان کرد، اضطراب مرتبط با درد می‌تواند منجر به اجتناب از فعالیت و همچنین گوش به زنگی نسبت به محرک‌های درد گردد و باعث شود[۲۸]. در واقع بیمار برای انجام فعالیت دچار اضطراب می‌شود و برای رهایی از اضطراب از موقعیت‌هایی که برایش ایجاد اضطراب می‌کند، گریزان می‌شود. شاید در ابتدا این فرار و اجتناب اضطراب را کاهش دهد، ولی به مرور عملکردهای بیمار محدودتر می‌شود و توان مقابله با شرایط اضطراب هم کاهش می‌یابد. همچنین اضطرابی که با نگرانی و ترس از بیماری همراه باشد، به مرور روی فعالیت‌های روزانه طبیعی فرد اثر می‌گذارد و باعث از دست رفتن فرصت‌های لذت بخش زندگی می‌شود. بنابراین بیمار اغلب با افکار ترسناک از بیماری خود درگیر است و این ارزیابی ترسناک از درد زمینه ساز افسردگی می‌شود. در تبیین رابطه اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد با افسردگی می‌توان اذعان کرد، بیمارانی که نگرانی بیش از اندازه دارند، به موقعیت‌ها یا محرک‌های استرس‌زا ناشی از درد و ناراحتی بسیار سریع و شدید واکنش می‌دهند. در حقیقت نگرانی بیش از اندازه یا ترس و اضطراب وقتی اینقدر غیرمنطقی شود، که بیمار نتواند بر واقعیت مسائل تمرکز و فکر کند، زیان‌آور می‌شوند و اثرات جسمی اضطراب مشهود می‌شود. در این شرایط بیمار از چندین موضع آسیب می‌بیند، یک درد و ناراحتی ناشی از بیماری آرتریت روماتوئید و دیگری ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک ناشی از اضطراب که به صورت مازاد بر او تحمیل شده است. بنابراین بیمار تغییرات خلق و خو بواسطه‌ی این شرایط ناخوشایند پیدا می‌کند و در پی آن افسردگی افزایش می‌یابد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره نمود: این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شده است، بنابراین نتایج قابل تعمیم به بیماران با سایر دردهای مزمن دیگر نیست. همچنین به دلیل اینکه بیماران شرکت کننده در این پژوهش از کلینیک‌های خصوصی به صورت در دسترس انتخاب شدند، تعمیم نتایج به همه افراد مبتلا به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

آرتریت روماتوئید باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین این پژوهش به روش رابطه همبستگی بوده و روابط علّی بین متغیرها بررسی نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود، که برای اعتبار بخشی بیشتر به نتایج، پژوهش بر روی نمونه‌های بزرگتر نیز انجام گیرد. همچنین در پژوهش‌های آینده از طرح‌های تجربی یا طولی که امکان استنتاج یک روابط علّی و معلولی را بین عوامل روانشناختی و افسردگی می‌دهند، استفاده گردد. از سوی دیگر شناسایی و آگاهی از مکانیزم‌هایی درد و بیماری که بر سیر پیشرفت اضطراب در مراحل اولیه بیماری مؤثر است، پیشنهاد می‌شود. زیرا می‌تواند در پیش‌بینی و شاید جلوگیری از عوارض و پیامدهای بلندمدت و نامطلوب ناشی از اضطراب در بیماران آرتریت روماتوئید بسیار ارزشمند باشد. ایجاد انجمن‌های حمایتی از بیماران آرتریت روماتوئید و تشکیل جلسات و همایش‌های گروهی برای بیماران به جهت آشنایی با بیماری و ارتباط مابین بیماران با هدف تغییر باورهای منفی بیماران نسبت به بیماری و کاهش افسردگی و اضطراب نیز پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن، پیش‌رونده و از بین برنده سیستم ایمنی بدن به شیوه خود ایمنی است. در واقع قابل پیش‌بینی است که در مراحل حاد بیماری، زندگی برای مبتلایان دشوار می‌شود و عملکردهای روانشناختی آن‌ها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در حقیقت این بیماری همراه با درد است و شرایط بیماری باعث رنجش و ناراحتی بیمار می‌شود و زمینه افسردگی فراهم می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش توجه خاص به سلامت روانشناختی این بیماران در جهت کاهش عوارض ناشی از بیماری و افسردگی حائز اهمیت است.

تقدیر و تشکر

در پایان لازم است از تمام عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، به ویژه بیماران آرتریت روماتوئید که علی ارغم وجود درد با صبر و حوصله یاریگر ما بودند، تشکر و قدردانی شود.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی خانم فاطمه امینی، به راهنمایی سرکار خانم دکتر ایلناز سجادیان می‌باشد که با کد شناسایی۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۱۵۵ در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)به تصویب رسیده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

References

1. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet 2016; 388 (10055):2023–2038.
2. Cutolo M, Otsa K, Uprus M. Vitamin D in rheumatoid arthritis. Autoimmun Rev 2007; 7(1): 59-64.
3. Feldthusen C, Bjork M, Forsblad-d'Elia H, Mannerkorpi K, Care UoGCfP-C. Perception, consequences, communication, and strategies for handling fatigue in persons with rheumatoid arthritis of working age-a focus group study. Clinical Rheumatology 2013; 32 (5): 557-566.
4. Kingsley G, Scott IC, Scott DL. Quality of life and the outcome of established rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2011; 25(4): 585-606.
5. Ovayolu O, Ovayolu N, Karadag G. The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patient with rheumatoid arthritis. J Clin Nurs 2012; 21(1-2):101-110.
6. McBain H, Shipley M, Newman S. The impact of appearance concerns on depression and anxiety in rheumatoid arthritis. Musculoskeletal Care 2013; 11(1): 19-30.
7. Peters KM, Killinger KA, Jaeger C, Chen C. Pilot Study Exploring Chronic Pudendal Neuromodulation as a Treatment Option for Pain Associated with Pudendal Neuralgia. Low Urin Tract Symptoms 2015; 7(3):138-142.
8. Costa MA, Trentini CA, Schafranski MD, Pipino O, Gomes RZ, Reis ES. Factors Associated with the Development of Chronic Post-Sternotomy Pain: a Case-Control Study. Braz J Cardiovasc Surg 2015; 30 (5):552-556.
9. Greenwood M. Essentials of medical history-taking in dental patients. Dent Update 2015; 42 (4):308-310.
10. Van't Land H, Verdurmen J, Ten Have M, et al. The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. J Psychosom Res 2010; 68(2):187-193.
11. Jacob L, Rockel T, Kostev K. Depression Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis in the United Kingdom. Rheumatology and Terapy 2017; 4(1): 195-200.
12. Nicassio PM, Ormseth SR, Custodio M, Irwin MR, Olmstead R, Weisman MH. A multidimensional model of fatigue in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 2012; 39(9):1807-1813.
13. Jain A, Bhadauria D. Evaluation of efficacy of fluoxetine in the management of major depression and arthritis in patients of rheumatoid arthritis. Indian J Rheumatol 2013; 8 (6): 165- 169.
14. Morris A, Yelin EH, Panopalis P. Long-term patterns of depression and associations with health and function in a panel study of rheumatoid arthritis. J Health Psychol 2011; 16(4):667-677.
15. Baker TA, Buchanan NT, Small BJ, Hines RD, Whitfield KE. Identifying the relationship between chronic pain, depression, and life satisfaction in older African Americans. Res Aging 2011; 33 (4):426-443.
16. Courvoisier DS, Agoritsas T, Glauser J. Pain as an important predictor of psychosocial health in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2012; 64 (2): 190–196.
17. Somers TJ, Shelby RA Keefe FG. Disease severity and domain-specific arthritis self-efficacy: relationships to pain and functioning in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2010; 62 (6): 848–856.
18. Modesto-Lowe V, Girard L, Chaplin M. Cancer pain in the opioid-addicted patient: can we treat it right? J Opioid Manag 2013; 8 (3):167-175.
19. Ramond A, Bouton C, Richard I. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary carea

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

systematic review. Fam Pract 2011; 28 (1): 12–21.

20. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol 2010; 24 (2): 205–217.
21. Hurley MV, Walsh N, Bhavnani V, Britten N, Stevenson F. Health beliefs before and after participation on an exercised-based rehabilitation programme for chronic knee pain: doing is believing. BMC Musculoskelet Disord 2010; 11: 31.
22. Monsivais DB, Engebretson JC. Cultural cues: review of qualitative evidence of patientcentered care in patients with nonmalignant chronic pain. Rehabil Nurs 2011; 36 (4):166–171.
23. Asmundson GJG, Collimore KC, Bernstein A, Zvolensky MJ, Hadjistavropoulos HD. Is the latent structure of fear of pain continuous or discontinuous among pain patients? Taxometric analysis of the pain anxiety symptoms scale. J Pain 2007; 8(5): 387-395.
24. Carleton R N, Abrams M P, Asmundson GJG, Antony MM, McCabe R. Pain – relate anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. J anxiety disord 2009; 23(6): 791-798.
25. Covic T, Cumming SR, Pallant JF, Manolios N, Emery P, Conaghan PG, et al. Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). BMC Psychiatry 2012; 24: 12-6.
26. Bair MJ, Wu, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. Psychosom Med 2008; 70 (8): 890-897.
27. Knaster P, Estlander AM, Karlsson H, Kaprio J, Kalso E. Temperament traits and chronic pain: the association of harm avoidance and pain-related anxiety. PLoS One 2012; 7 (10): 645-672.
28. Boersma K, Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: A prospective study of the relationship between profiles of Psychological variable in fear avoidance model in disability. Clin J pain 2006; 22(2): 160-166.
29. Bardel MH, Woodman T, Perreaut-Pierre E, Barizien N. The role of athletes' pain-related anxiety in pain-related attentional processes. Anxiety Stress Coping 2013; 26(5): 573-583.
30. Richards HJ, Benson V, Donnelly N, Hadwin JA. Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. Clin Psychol Rev 2014; 34 (1): 1-13.
31. Knofczynski GT, Mundfrom D. Sample size when using multiple linear regression for prediction. Educ Psychol Meas 2008; 68 (3): 431-442.
32. Beck A T, Steer RA, Brown G K. Manual for the Beck Depression Inventory–II. San Antonio, TX Psychological Corporation; 1996.
33. Dobson K, MohammadKhani P. Psychometric Coordinates of Beck Depression Inventory 2 in a large sample of patients with major depressive disorder. Archives of Rehabilitation 2008; 29: 86-80.
34. Strong J, Ashton R, Chant D. The measurement of attitudes towards and Beliefs about pain. Pain 1992; 48 (2):227-236.
35. Asghari Moghaddam M, Karimzade N, Amarloo P. The role of pain-related beliefs in adaptation to cancer. Biannual Journal of Training & Learning Researches 2005; 12 (13): 1-23.
36. McCracken LM, Zayfert C, Gross RT. The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. Pain 1992; 50(1): 67-73.
37. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. Pain res manag 2002; 7(1): 45-50.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]

38. Roelofs J, McCracken L, Peters ML, Crombez G, Van Breukelen G, Vlaeyen JWS. Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients. J Behav Med 2004; 27 (2): 167-183.

39. Davoudi I, Zargari Y, Mozaffari Poursakhy E, Nargesi F, Molah K. The Relationship between Pain Catastrophizing, Social Support, pain-related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic patients. Health Psychology 2012; 1: 59-73.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-02-16]