مجله روانشناسی بالینی- سال سوم، شماره 1 (یایی 9)، تیر 1390

منداناری بالینی تغییر در کارآزمایی‌های بالینی در مزمن

برنده: محمدعلی اصغری مقدم، محمدرضا شیری، ویژه حامدی، راضی شهتی، نرگس محراپیان

چکیده

مقدمه: در درمان‌های در مزمن، منداناری تغییرات درمانی غالب‌اً با به کارگیری روش‌های منداناری آماری انجام می‌شود.

عکس‌گری اهمیت این روش‌ها، استفاده از آن‌ها در تعریف اهمیت تغییرات درمانی با محدودیت‌های اساسی همراه است.

پژوهشگران، با هدف گزارش این اهمیت بالینی را به منظور تبعیض اهمیت بالینی تغییرات درمانی بپوشانند.

روش: از بیماران ۱۳ که درمانگاه ذکر شده در ماموریت ۷۵ بیمار در مزمن با شیوع نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و با فاصله ۴ هفته، بررسی‌های خودکارآمدی در دندانپزشکی انجام شد. استریس، بیماریهای چنگی و شیراز، بیماری‌های ناشی از مصرف نشریات دیپار اجرایی مسجد شد و از آن‌ها برای محاسبه شاخص تغییر بالینی در بستر خودکارآمدی در دندانپزشکی ۱۱ بیمار در مزمن که با شیوه رفتار درمانی شناختی در درمان قرار گرفته بودند استفاده شد. منداناری آماری تغییرات درمانی خودکارآمدی در دندانپزشکی تعیین شد.

یافته‌ها: آزمون منداناری آماری حاکی از اهمیت منداناری بالینی در سطح خودکارآمدی درد و افسردگی در پایان درمان در مقایسه با قبل از درمان بود. محاسبه شاخص تغییر بالینی پیش از شناسایی منداناری بالینی تغییرات درمانی نشان داد که ۹ بیمار در منادی خودکارآمدی و ۸ بیمار در منادی افسردگی به دلیل اهمیت تغییر چک بتوان آن را از نظر بالینی منائی دانست. دست یافته‌ها

نتایج گسترده: در حالیکه روش‌های منداناری آماری اطلاعی در مورد پاسخ درمانی تک بیمار مشابه نیست، استفاده از روش‌های منداناری بالینی می‌تواند نشان دهد که کدام بیمار توانسته است به سطحی که تغییر که بتوان آن را از نظر بالینی منائی تلقی کرد، دست یافته است.

واژه‌های کلیدی: منداناری آماری، منداناری بالینی، شاخص تغییر بالینی، ضرایب بازار آزمایی در مزمن

asghari7a@gmail.com
shairi@shahed.ac.ir
v.hamed@gmail.com
razi_sh_1983@yahoo.com
nama_afm@yahoo.com
عملکرد مؤقتی آمیزی در زندگی واقعی نیست [2]. به‌منظور پاسخ‌هایی به نخستین مشکلاتی که با لاله ای آراش شد، برخی از پژوهشگران، به محاسبه انتظار تغییرات درمانی روي آوردهاند. هنگام اندام‌های انگشتان، نوع داروهای آناتومی اثری که از نظر بالینی اهمیت دارند بر اساس: است، اما موسسه‌های انداره‌سازی، همانند روش‌های معمول در امرای اولیه، اطلاعی در مورد نحوه و میزان تغییر تک تک اعضا، گروه ایه نمی‌کند. [۶]. از طرف دیگر، هر نوع مداخله درمانی می‌تواند داروهای مستقل مثبت درمانی را مستند کند، بلکه به ثبات منفی ناحیه‌های درمانی‌های انجام شد تا نشان نشانند، هدف اهمیت بدنان پایه اهمیت دارد که بی‌کاری از گروه‌های کاری انجمن جهانی مطالعات و بررسی درد، با عوامل گروه کاری بر شناسایی اثرات مزدرویی از نظر یکی از ۶ مجموعه دل‌باختگی در درمان‌های کاری "یکسانگ در تغییر روش شناسایی، سندرم، و ارزیابی درد در کازیمایه‌ها بالینی" [۷]. به‌هنجام تفسیر نتایج کازیمایه‌ها بالینی بر یا معیارهای بالینی در میزان تغییر اهمیت مؤلفه‌ها اصلی به شمار می‌آید همچنین، این گروه تقصیر کرده که به منظور دست‌یابی به تجربه یا حساب‌دادن نتایج درمان در سطح تفسیر گردنگو: سطح فردی و سطح خروجی. در حالیکه در سطح فردی اهمیت بالینی مرز ریشه (پیش‌رفت‌های بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد، در سطح گروهی، اهمیت بالینی مرز بیمار (پیش‌رفت‌های گروهی) که توجه به شده است: ۱- روش گروه مشابه از دلیلات درمانی اهمیت تناوب درمان را در عمل می‌کند. مثال: با دانستن اینکه در پایان یک بارمایه‌نامه‌ی شدت درد گروه کنترل در درمان یا دکتر گزار داروهای تناوب املاک معیار معمول درمانی است نمی‌توان گفت که افراد گروه درمان با چه مشایی‌ها توانسته‌اند در زندگی واقعی عملکرد مؤقتی آمیزی از نظر عملکرد مؤقتی آمیزی باز برای علاوه‌ی‌های احتمالاً دست یابند. به‌سخن دیگر، وجود تفاوت‌های املاک معیار معمول درمان با گروه درمان و کنترل ضرورتاً به معنی برخوردگی گروه درمان از

1- parametric
2- non-parametric
درمان شده‌اند به دامنه بهنگام برگشتی است و این افراد، از افراد سالمی که در همان جامعه ننگ‌پر می‌کنند، غیر قابل تشخیص هستند؟ همان گونه که در یا دیگر به تفصیل بخش شده است [3] در حالی که در درمان بیماران، انتخاب ملاک مقایسه‌نجاری برای آزمون معنی‌داری باینی تغییرات درمانی ایجاد شده، ملاکی منطقی به نظر می‌رسد، استفاده از ملاک محدود از آزمون‌نامه کاراً اهمیت‌دار های باینی در درمان‌های مزمن نشان می‌دهد. بسیار از بخش قابل توجهی از بیماران که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، همچنان بعد از جراحی پاراپلاژ همان‌پاتر، نورت، و همکاران [19] گزارش کردند که در هر درمانی که به خاطر کم‌درد تحت اعمال جراحی مکرر قرار گرفته‌اند، 5 ماه بعد از عمل جراحی هنوز دارای درد بودند. روش‌های درمانی جدیدتر (مانند روش تحریک الکتریکی طبیعی) نیز قادر به از بین بردن کامل درد نیستند. بار خوش‌بینی تزریق متاسفی [20] از بررسی 35 طبیعتی‌که از آن‌ها از روش تحریک الکتریکی طبیعی نخاعی در درمان‌های مختلف استفاده شده، تیپ هیگ فرند که در 59 درصد از بیماران شدت درد به طور متوسط 5 درصد یا بیشتر کاهش یافته است. برای همین یافته‌های پژوهشی اینجا که 29 درصد در شدت درد بیماران میتال به درد مزمن بهبود درمان‌های متوسط و کاهش 50 درصدی یا بیشتر در شدت درد از بیماران به علوا به‌پژوهش درمانی اساسی طبیعی نشده است [21].

1- clinical significance of change
2- reliable change index
3- normative data

4- ticyclic antidepressants
5- anticonvulsants
6- neuropathic
7- opioids
8- North
9- spinal cord stimulation
10- Turner
نمای جهانی همگانی و بهداشتی درمانی در مورد مورد نظر برای انتخاب بهداشت و سلامت به عنوان مطالعه نهایی انجام می‌شود. به این ترتیب، درمانی برای انتخاب بهداشت و سلامت به عنوان مطالعه نهایی انجام می‌شود.

روش‌های اخذ‌وسایل درمانی به‌طور کلی، از دیدگاه محققان مطالعه نهایی انجام می‌شود، درمانی برای انتخاب بهداشت و سلامت به عنوان مطالعه نهایی انجام می‌شود.

روش‌های اخذ‌وسایل درمانی به‌طور کلی، از دیدگاه محققان مطالعه نهایی انجام می‌شود، درمانی برای انتخاب بهداشت و سلامت به عنوان مطالعه نهایی انجام می‌شود.

روش‌های اخذ‌وسایل درمانی به‌طور کلی، از دیدگاه محققان مطالعه نهایی انجام می‌شود، درمانی برای انتخاب بهداشت و سلامت به عنوان مطالعه نهایی انجام می‌شود، درمانی برای انتخاب بهداشت و سلامت به عنوان مطالعه نهایی انجام می‌شود.
معنادواری بالینی تغییر در... مسیر درد و همکاران

همیستگی پرسون محاسبه شد. بخش دوم این مطالعه بیروپ طرح ترکیبی CRT یا CRT مورد گزارش است که دارای بخشی ترکیبی CRT یا CRT برای محاسبه شانس تغییر یافته‌بایا در سطح خودکارامدی درد شدت افزوده 11 نما در مه‌یونده‌های سیر تغییر دارم. در درد شدت و درد مصرف در رفتار درمانی شنتانی درد مزمن 1 را مورد ارزیابی قرار دهد از کتاب ارزیابی درد 12 و نسخه بانزگری شده آن 13 انتخاب شدند و پس از رعایت اصول ترجمه و ترجمه 14 از زبان انگلیسی به زبان فارسی برگردانده شدند. سپس اعتبار و پایایی آنها در بیمارستان دارای درد مزمن وارد مجدد برای اکتیویکتی (بایلی اکتیویکتی) از یکی از این ابزارها و یکی از ابزارهای روان‌سنجی آنها به بررسی داده‌ها ارزیابی شدند. این تحقیق شامل این نشان دهنده‌های نتایج را برای مطالعه اثرات درمانی درد مزمن فراوان در آورده، و از آنجا که بر مطالعه پایانی یکی از روش‌های ضریب‌های محاسبه (الکای کورنیخ) استفاده‌کرده آمده است، آنها امتیاز‌گذاری بالینی تغییرات بالینی درمانی را فراهم نمی‌آورند. بدین خاطر، در این پژوهش ضریب‌های بایلی اکتیویکتی مقياس‌های مذکور مورد بررسی قرار گرفته است تا زمینه‌ی ورود به بخش اصلی بحث این نوشتار فراهم گردد. با توجه به تمهیدات مورد اشاره، این پژوهش به کمک‌هایی از مطالعات موجود امکان مطالعه بالینی تغییرات درمانی را فراهم نمی‌آورند. بدین خاطر، در این پژوهش ضریب‌های بایلی اکتیویکتی مقياس‌های مذکور مورد بررسی قرار گرفته است تا زمینه‌ی ورود به بخش اصلی بحث این نوشتار فراهم گردد. با توجه به تمهیدات مورد اشاره، این پژوهش به کمک‌هایی از مطالعات موجود امکان مطالعه بالینی تغییرات درمانی را فراهم نمی‌آورند. بدین خاطر، در این پژوهش ضریب‌های بایلی اکتیویکتی مقياس‌های مذکور مورد بررسی قرار گرفته است تا زمینه‌ی ورود به بخش اصلی بحث این نوشتار فراهم گردد. با توجه به تمهیدات مورد اشاره، این پژوهش به کمک‌هایی از مطالعات موجود امکان مطالعه بالینی تغییرات درمانی را فراهم نمی‌آورند.

(SEM1 = SD1 1 – 12) در فرمول فوق، SD1 احتمال معیار متغیر مورد نظر قبل از شروع درمان و SD2 ضریب بایلی اکتیویکتی متغیر مذکور است. 

1- حذف خطای استاندارد اندازه‌گیری متغیر مورد نظر در مرجع پس از پایان درمان که با استفاده از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

(SEM2 = SD2 1 – 12) در فرمول فوق، SD2 احتمال معیار متغیر مورد نظر در پایان درمان و SD1 ضریب بایلی اکتیویکتی متغیر مذکور است.

3- محاسبه نمره خطای استاندارد تفاوت جذر مجموع مجموعه مقدار خطای استاندارد اندازه‌گیری متغیر مورد نظر قبل و بعد درمان.

Sdiff = √(SEM1 + SEM2)

نمره خطای استاندارد تفاوت در موقعیت همان شاخص تغییر پایا به ارزش [32] اگر قرار بسته پیش آزمون و پس آزمون باید در متغیر مورد نظر برای ارزیابی بالینی نشانه بر شکتی پیشنهاد شده به وسیله شاخص تغییر پایا باشد. می‌توان گفت که وی به حاصل از تغییر که از نظر بالینی

4- treatment outcome research
5- standard error of measurement

1- pain catastrophising
2- anger
3- handbook of pain assessment

طرح پژوهش: طرح پژوهشی بخش نخست این مطالعه، طرح همیستگی است. در این بخش ضرایب بایلی اکتیویکتی حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه‌ها با استفاده از روش
عکس‌نگری صفحه ۱۶، جلد سوم، ۱۳۹۰

مجله روان شناسی دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی

پرستو در ۳ بخش در نظر گرفته می‌باشد: ۱- زوال خودکارآمدی در این بخش از تأثیرات متقابل بین سللوساید و عملکرد اجتماعی مورد تایید قرار گرفته نشده است. ۲- تسخیه کوتاه مدت قفسه‌افسردی، اضطراب و استرس با این پرستو نشان آورده که جهت بهبود بهبودی احساسات، استرس و درمان، به‌ویژه درمان‌های به‌نظر می‌رسانند که به‌کمک این درمان‌های مبتلا به بیماری‌های مزمن، علائم قطعی درک و بهبود می‌یابد. ۳- پرستو در ۳ بخش در نظر گرفته می‌باشد: اولین بخش دارای ۱۲ سوال در این بخش از پرستو نشان می‌دهد که این درمان‌ها به‌ویژه درمان‌های مربوط به بیماری‌های مزمن، بهبود می‌یابند.

۴- Beck Depression Inventory
۵- Multidimensional Pain Inventory

۱- Pain Self Efficacy Questionnaire
۲- Likert Scale
شّید در اخلاق در زندگی روزانه، کنترل بر زندگی، اخلاق عاطفی و حساب گزارش کنن، بخش دوم دارای 14 عبارت است و از بیمار می‌خواهد تا ارزیابی خود را از واکنش همسر و سایر اطرافکنی که در زندگی او صاحب نقش هستند نسبت به درد که از آن رنج می‌برد در قابلیت سه خرده مقیاس و اکتشمنی، نالایی برای اخراج توجه از درد و تنش دانش‌آموز دچرخه‌نگار کند یک بخش سوم دارای 18 عبارت است و در قابل 4 خرده مقیاس، فراوانی فعالیت‌های بیمار را در امور خانگی، امور مربوط به تعمیر و نگهداری و سیستم مشاب، فعالیت‌های اجتماعی و انجام فعالیت‌های بیرون از منزل، مدعی ارزیابی قرار می‌دهد.

کرنز و همکاران [46] ساختاری ایجاد، اعتماد ساز و پایداری خرده مقیاس‌های بررسی‌شناختی جدید و همچنین در و بین بیماران می‌باشد در زندگی مزمن تأثیر قابل دانستاده. اعتبار و بیشک کنن در اول و دوم نشان‌شده در است فراوانی بررسی‌شناختی مورد مطمئناً به در این مطالعه، ضریب آلیاف کرونای خرده مقیاس‌های ابزار بین [77] :تای 0.92 مشابه می‌باشد تا لذا خرده مقیاس‌های این ابزار دارای اعتبار مطلوبی است. اعتبار اتقانی مطالعات در نگهداری تأیید شد. همچنین اعتبار مالک خرده مقیاس از 8 خرده مقیاس آن بررسی‌شناختی مورد تأثیر قدرت که در حیاتی از ویژگی‌های روان سنی‌ (اعتبار و روایی) خرده مقیاس‌های بخش اول و بخش دوم بررسی‌شناختی جدید و همچنین در و بین بیماران می‌باشد در زندگی مزمن، حسابی تجربی و وجود دارد. در این پژوهش خرده مقیاس‌های بخش نشان‌پذیر است. در، اخلاق در زندگی روان‌شناسی، کنترل بر زندگی، اخلاق عاطفی و حساب گزارش کنن.

1- Kerns
2- Roland and Morris disability questionnaire
شده است. همچنین این بر اساس‌های می‌تواند در تمام
شاخه‌ها، افراد سالا را از این بیمار تنظیم کند [۵۵].
روند اجرای پژوهش: بسیار از این‌ها مالکیت شمول مطالعه
باید شرکت کننده‌ها می‌شود که مطالعه‌ای در حال
جوانی است و در صورت ثبت می‌تواند در مطالعه شرکت
کند. بیماران گفته می‌شود که عدم شرکت آنها در مطالعه
و یا کارآگاهی آنها از مطالعه در هر مره به، تأثیری بر
دریافت نتایج ملاقات با نوع و کیفیت درمان‌ها که قرار است
به آنها ارائه شود، نخواهد داشت. از موانع تیمار از
آنها خوشه‌ها می‌تواند این افراد را در درمان‌ها کامل
کند. سپس علائم گرفته می‌شود و به آنها اطلاع
داده می‌شود که به افراد را توسط
یافته‌ها
دانستگی گروه نمونه ۸۴-۸۷ سال با میانگین و انحراف
معیار (۳/۶۵/۱) بوده است. گروه نمونه به طور متوسط
۱۴ سال تحلیلی یافته داشتند. سابر وزیگی‌ها جمعیت
شنایی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی شرکت کننده در پژوهش:

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرها</th>
<th>فرد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنسیت</td>
<td>مرد</td>
<td>۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>زن</td>
<td>۶۷</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت تاهل</td>
<td>مصلي</td>
<td>۵۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مسولین</td>
<td>۴۹</td>
</tr>
<tr>
<td>محل درد</td>
<td>خونریزی</td>
<td>۴۳</td>
</tr>
<tr>
<td>صورت</td>
<td>۳۸</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کمر</td>
<td>۱۳</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| (متغیر فاصله) و افسردگی (متغیر براکنده) انتخاب شدند. |
در هر یک از دو مطالعه، بیماران به مدت ۸ هفته (۱۰ هفته یک جلسه) با استفاده از یک الگوی تلفیقی کنترل شناختی-رقتری در درمان قرار گرفتند. خودکارامدی و افسردگی بیماران قبل و بعد از درمان، به ترتیب با استفاده از مقیاس خودکارامدی در درمان می‌باشد. با استفاده از آزمون‌های نمونه‌های وابسته مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی معادلی علی‌البدل تی ۲، مقیاس نمونه‌های وابسته بین درمان و پس از درمان بیماران مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که بر اساس یکی از فرض‌های بنیادی رقتر درمانی شناختی در هر یک از دو مطالعه، بیماران به مدت ۸ هفته (۱۰ هفته یک جلسه) با استفاده از یک الگوی تلفیقی کنترل شناختی-رقتری در درمان قرار گرفتند. خودکارامدی و افسردگی بیماران قبل و بعد از درمان، به ترتیب با استفاده از مقیاس خودکارامدی در درمان می‌باشد. با استفاده از آزمون‌های نمونه‌های وابسته مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی معادلی علی‌البدل تی ۲، مقیاس نمونه‌های وابسته بین درمان و پس از درمان بیماران مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که بر اساس یکی از فرض‌های بنیادی رقتر درمانی شناختی

جدول ۲: ضرایب باارزشی مقیاس‌های مورد مطالعه (یا فاصله ۲ هفته، ۵۷ = ۰)

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص</th>
<th>مرحلة</th>
<th>اجرای أول</th>
<th>اجرای دوم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین (انحراف میانگین)</td>
<td>میانگین (انحراف میانگین)</td>
<td>میانگین (انحراف میانگین)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون</td>
<td>افسردگی</td>
<td>رقتر</td>
<td>رقتر</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
نحو معناداري افزایش یافته است (۰۰۱<۰<۰۰۵). جدول (۳) نمره‌های قبل و بعد از دماس و تفاوت‌های متین خواکارامدی

<table>
<thead>
<tr>
<th>شماره بیماران</th>
<th>پیش از دماس</th>
<th>پس از دماس</th>
<th>تفاوت قبل از دماس و پس از دماس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>۴۵</td>
<td>۵</td>
<td>۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲</td>
<td>۴۴</td>
<td>۴</td>
<td>۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۳</td>
<td>۴۳</td>
<td>۷</td>
<td>۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۴</td>
<td>۴۱</td>
<td>۱۸</td>
<td>۲۳</td>
</tr>
<tr>
<td>۵</td>
<td>۴۴</td>
<td>۶</td>
<td>۳۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۶</td>
<td>۴۶</td>
<td>۱۰</td>
<td>۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۷</td>
<td>۴۹</td>
<td>۱۵</td>
<td>۳۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۸</td>
<td>۴۳</td>
<td>۴</td>
<td>۳۹</td>
</tr>
<tr>
<td>۹</td>
<td>۴۷</td>
<td>۱۶</td>
<td>۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰</td>
<td>۴۳</td>
<td>۱۰</td>
<td>۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۱</td>
<td>۴۹</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۹</td>
</tr>
</tbody>
</table>

با استفاده از انحراف معیار نمره‌های بیماران در متین خواکارامدی در قبل و پس از دماس و نیز ضریب برای‌دهی حاصل از دو بار اجرای بررسی مانویانه خواکارامدی در مورد نمره‌های قبل و بعد از دماس و تفاوت‌های متین خواکارامدی با استفاده از تفاوت بین نمره بیماران در پس از دماس و پیش از دماس با استفاده از رابطه (۱۶) یا بیشتر یافته باشد را می‌توان به عنوان فردی که به لحاظ باینی بیشتر مبتلا و نمایش می‌دهد و نه توانسته است که همین نقشه برای این اتفاقات دیده شده است. این داده‌ها نشان می‌دهد که تفاوت‌های خواکارامدی بیماران در پایان دماس پر از برای باشید و درمان به نحو معناداری افزایش یافته است. این داده‌ها نشان می‌دهد که تفاوت‌های خواکارامدی بیماران در پایان دماس پر از برای باشید و درمان به نحو معناداری افزایش یافته است. این داده‌ها نشان می‌دهد که تفاوت‌های خواکارامدی بیماران در پایان دماس پر از برای باشید و درمان به نحو معناداری افزایش یافته است.
جدول 3 ضرایب تفاوت قبل و بعد در مدل و تفاوت بین آنها در متغیر افسردگی

<table>
<thead>
<tr>
<th>تفاوت قبل در مدل</th>
<th>تفاوت بعد در مدل</th>
<th>تفاوت قبل و بعد</th>
<th>ضرایب</th>
<th>مدل</th>
<th>تفاوت بعد در مدل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث

تیم‌ها از این مدل تغییرات در مدل‌های داخلی ساخته می‌کنند. رونان‌ها با استفاده از روش‌های مدل‌سازی آماری تفاوت‌ها درون گروهی و بین گروهی، محبسوی آنها، اثر و مدل‌سازی بالینی مورد مورد بررسی و به ترتیب، وارسی یکی از جنبه‌های مرتبط با تغییرات درمانی را ویژه همت خورد می‌دهند. احتمال انتخاب و مدل‌سازی بودن، مقاله حاضر کوشیده تا ضمن بیان محدودیت‌های ایجاد بر استفاده از روش مدل‌سازی آماری تغییر و روش محبسوی آنها اثر را در تفسیر نتایج داخلی‌ها پادیس، روش مدل‌سازی بالینی تغییر را به عنوان مکمل روش‌های مدل‌سازی آماری معرفی کند. این مقاله تا حد امکان به یکی از پژوهش‌های که چند سال است در عرصه غایت‌های بالینی مطرح نشده است، یعنی بررسی مدل‌سازی بالینی تغییرات درمانی برداخته و چگونگی محبسوی یکی از روش‌هایی که از آن برای تیم‌ها مدل‌سازی بالینی استفاده می‌شود، یعنی روش محبسوی شناخت و یا تیم‌ها، تفاوت داشته، از آنجا که هنگام محبسوی شناخت تغییر یافته‌ها لازم است از ضرایب با از روش‌های مقیاس‌هایی که قرار است در بررسی مدل‌سازی بالینی مورد

1- probability
2- magnitude
بیمار به سطحی از افتراقیات خودکارآمدی به کاهش افزایش اثرات بحلول برای اینکه مطالعه تلقی کرده. دست و شدت خودکارآمدی و شدت افزایشی کننده بیمار از شرکت در مطالعه بدرد شده است. در شدت مقیاس، روش معناداری بالینی تغییرات درمانی می‌تواند به این برسی‌ها پاسخ دهد. همان گونه که دیده شد، روش معناداری بالینی نشان داد در حالیکه 24٪ بیماران از نظر افتراقیات سطح خودکارآمدی و 73٪ بیماران از نظر کاهش سطح افزایشی سطح خودکارآمدی و 73٪ بیماران از نظر کاهش سطح افزایشی سطح خودکارآمدی و 73٪ بیماران از نظر کاهش سطح افزایشی سطح خودکارآمدی و 73٪ بیماران از نظر کاهش سطح افزایشی سطح خودکارآمدی و 73٪ بیماران از نظر کاهش سطح افزایشی سطح خودکارآمدی و 73٪ بیماران از نظر کاهش سطح افزایشی سطح خودکارآمدی و 73٪ بیماران از نظر کاهش سطح افزایشی 

1- compliance
2- home assignment


38- Smeets RJEM, Vlaeyen JWS, Kester ADM, Knottnerus JA. Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and

55- حامدي وجهانپرزي بررسی ارتباطی مداخله تلقیقی شناختی-رفتاري کنترل سردرد و خشم بر کاهش علائم سردرد میگرن، استرس و افسردگی در نمونه‌اي از بیماران سردرد میگرنی و مقایسه نتایج آن با گروه نامه کنترل [پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد]. 1388.

56- محرابیان مرگس. ارتباطی مداخله تلقیقی شناختی-رفتاري کنترل درد و خشم بر کاهش افسردگی، اضطراب و اخلال در عملکرد روزانه بیماران دارای کمردرد مرزی و مقایسه نتایج آن با گروه کنترل [پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد]. 1388.
Clinically Significant Change in the Clinical Trials of Chronic Pain

Asghari Moghaddam, M. A. *Ph.D., Shairie, M. R. Ph.D., Hamede, V. Master Student., Shahani, R. Master Student., Mehrabian, N. Master Student

Abstract

**Introduction:** Determining the amount of changes produced in the treatment of chronic pain patients is important. Statistical tests of significance are usually used for this purpose. Although important, the use of statistical tests of significance in determining treatment improvements is associated with a number of limitations. To overcome these limitations, investigators have recommended using clinical significance to determine whether or not the treatment outcome is clinically significant.

**Method:** Chronic pain patients from a pain clinic (57) were selected, using a convenience sampling method. These patients completed twice, a series of questionnaires with a 4-week interval: Pain-Self-Efficacy Questionnaire, Depression Anxiety Stress Scales, Multidimensional Pain Inventory, Physical Disability Questionnaire and Short form Health Survey. Pearson correlations were calculated between the scores of the patients obtained over the 4-week interval. These test-retest coefficients were used to establish a reliable change index for the two measures of pain self-efficacy and depression of the 11 chronic pain patients treated with cognitive behaviour therapy. Statistically significant changes of the pain self-efficacy and depression were examined, using paired sample t-tests.

**Results:** The results of tests of statistical significance provide evidence of statistically significant improvements at post-treatment in both measures of pain self-efficacy and depression. The results of a reliable change index (as one of the measures of clinical significance) documented that 9 of the 11 patients on the pain self-efficacy variable and 8 of the 11 patients on the depression variable achieved clinically significant gains.

**Conclusion:** While statistical tests of significance provide little or no information regarding the variability in treatment response from person to person, tests of clinical significance go beyond this limitation and indicate who achieved clinically significant change.

**Keywords:** Statistical significance, Clinical significance, Reliable change index, Test-retest Coefficients, Chronic Pain

*Correspondence E-mail:
asghari7a@gmail.com