

اثربخشی طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خودکارآمدی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

آهو مراد ثمرین

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

فرحناز مسچی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

شیدا سوداگر

استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

علیرضا رجایی

استاد، گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

Effectiveness of schema therapy on emotional processing and self-efficacy belief in people with rheumatoid arthritis

Ahoomorad Samarin

PhD student in health psychology, department of health psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Farhanaz Meschi. (Corresponding Author)

Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Sheida Sodagar

Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Alireza Rajaei.

Professor, Department of Psychology, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Abstract

The purpose of the present study was to effectiveness of schema therapy on emotional processing and self-efficacy belief in people with rheumatoid arthritis. The present study was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with one experimental group and a control group with a 3-month follow-up test. The statistical population of this research included all the people suffering from rheumatoid arthritis under regular drug treatment, who had filed a case in Loqman Hospital in Tehran during 2021-2022 due to mechanical and non-inflammatory pains. The sampling method in this research was firstly targeted sampling and 40 people (20 people in each group) were selected as a sample. From emotional processing questionnaires by Baker et al. (2007) and general self-efficacy by Scherer and Maddox (1982) was used to collect data. Also, Yang et al. 's (2003) schema therapy protocols were used for intervention. Mixed analysis with repeated measurements with SPSS version 25 software was used for data analysis. The results showed that the schema therapy was affective in improving the emotional processing and self-efficacy ($P < 0.01$). according to the findings of the present study, the schema therapy approach can be used as an effective method in therapeutic interventions for rheumatoid arthritis patients.

Key Words: schema therapy, emotional processing, self-efficacy belief, rheumatoid arthritis

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید تحت درمان منظم دارویی بودند که به علت دردهای بدنی و غیر عفونی در بیمارستان لقمان شهر تهران در بازه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل پرونده داده بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر) از این بیماران بود که به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های پردازش هیجانی باکر و همکاران (۲۰۰۷) و خود کارآمدی عمومی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) بود. همچنین از پروتکل داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) برای مداخله استفاده گردید. با اندازه گیری های مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که به طور کلی رویکرد طرحواره درمانی بر بهبود پردازش هیجانی و (با توجه به یافته های پژوهش حاضر، رویکرد طرحواره درمانی میتواند به عنوان روشی کارآمد در P خود کارآمدی موثر بود (۰/۱۰ < مداخلات درمانی برای بیماران آرتریت روماتوئید مورد استفاده قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: آرتریت روماتوئید، باور خود کارآمدی، پردازش هیجانی، طرحواره درمانی.

مقدمه

بیماری آرتریت روماتوئید^{۱۸۳} شایعترین بیماری مزمن التهابی روماتیسمی و یک بیماری خود ایمنی مزمن است که ۲/۰ تا ۲/۱٪ از جمعیت بزرگسال را تحت تأثیر قرار می دهد (آلموتاری^{۱۸۴} و همکاران، ۲۰۲۱). این بیماری با یک پلی آرتریت التهابی (التهاب چند مفصل) بروز مییابد و بیشتر مواقع مفاصل کوچک را درگیر می کند. این بیماری چند علتی است و عوامل ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی در بروز آن دخالت دارند (سنگ^{۱۸۵} و همکاران، ۲۰۲۰). آرتریت روماتوئید هزینه های اقتصادی مستقیم مانند (هزینه دارو، آزمایشات و غیره) و غیرمستقیم مانند (غیبت و ناتوانی کاری و غیره) زیادی را بر جامعه تحمیل میکند (هسیه^{۱۸۶} و همکاران، ۲۰۲۰) و همه ابعاد زندگی فرد را متاثر می سازد و در کنار ناتوانی های جسمانی، پیامدهای اجتماعی و روانشناختی نیز در پی دارد (لئون^{۱۸۷} و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش ها نشان می دهند که جنبه های هیجانی مانند نحوه پردازش هیجانی^{۱۸۸} می تواند در بروز و شدت نشانه گان بیماری موثر باشد (آدانته^{۱۸۹} و همکاران، ۲۰۱۹). پردازش هیجانی و شناختی بیماران در اینکه آنها هنگام بیماری و وقایع تنش زا برای سازگاری تلاش می کنند یا دچار گسستگی می شوند، بسیار تعیین کننده است (خیا^{۱۹۰}، ۲۰۱۸). مشکلات ناشی از بیماری مزمن بر زندگی روزانه فرد مبتلا تأثیر گذار است. همچنین استرس و آشفتگی هیجانی ناشی از آن یکی از عوامل مهم در تشدید و عود علائم درد در بیماران مبتلا به درد مزمن است (شوبرت^{۱۹۱} و همکاران، ۲۰۲۱). مشکلات تنظیم هیجان در شروع سوء مصرف در بیماران مبتلا به بیماری جسمی نقش مهمی دارد، طوری که هر چه بیماران مشکلات تنظیم هیجان بیشتری داشته باشند احتمال اعتیاد و تمایل به رفتارهای مرتبط به اعتیاد به عنوان یک راهبرد مقابله با مشکلات هیجانی، زیاد است (لوتر^{۱۹۲} و همکاران، ۲۰۱۸). از دیگر سو، شواهد علمی نشان می دهد که باور خود کارآمدی^{۱۹۳} نقش مؤثری بر شروع، حفظ و تداوم رفتارهای بهداشتی و آسیب شناسی رفتاری در بیماران مزمن دارد و می تواند برای مبتلایان به دردهای مزمن مانند بیماران آرتریت روماتوئیدی نیز قابل توجه و همکاران، ۲۰۲۱؛ اوریتانی^{۱۹۵} و همکاران، ۲۰۲۱. باورهای خود کارآمدی می توانند بر روی سلامت فرد تأثیر مطلوب باشد (دیومن^{۱۹۴}

- 183 rheumatoid arthritis
- 184 Almutairi
- 185 Seng
- 186 Hsieh
- 187 Leon
- 188 emotional processing
- 189 Addante
- 190 Xia
- 191 Schubert
- 192 Lutz
- 193 self-efficacy belief
- 194 Doumen
- 195 Uritani

چارچوب این رابطه، تجارب هیجانی سالم و مواجهه همدلانه صورت پذیرد. در نهایت، طرحواره درمانی اهداف روشنی را تعیین می کند که درمانگر بایستی به آن ها دست یابد، مانند کمک به مراجعان برای درک نیازهای هیجانی اصلی خود و آموزش شیوه هایی سالم برای برآورده کردن این نیازها به روشی سازگارانه که مستلزم تغییر الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی است (رفائلی^{۲۰۲} و همکاران، ۲۰۱۲).

سنت های طرحواره درمانی مبتنی بر مفروضه های تجارب کودکی است (باچراج^{۲۰۳} و همکاران، ۲۰۲۳)؛ محور اصلی طرحواره درمانی، التیام طرحواره های ناسازگار اولیه است که در دوران کودکی شکل گرفته و نقش مهمی در شکل دهی به تفکر ما در زندگی شخصی و اجتماعی و شکل گیری احتمالی اختلالات روانی ایفا می کند (ورهاک^{۲۰۴} و ترهیده، ۲۰۲۳) با توجه به آسیب پذیری بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و از آنجایی که امکان دارد آسیب های روانی آنها به فرد ختم نشده و تبدیل به آسیب های اجتماعی شود، لزوم بکارگیری مداخلاتی جهت کمک به افزایش سلامت روان این بیماران بیش از پیش احساس می شود. از طرفی در صورت تأیید مؤثر بودن روش های درمانی فوق الذکر پس از بررسی در پژوهش حاضر، گزینه های بیشتری برای درمانگران در جهت درمان این افراد در دسترس خواهد بود. لذا با توجه به مطالب فوق، مسئله اساسی پژوهش حاضر این بود که آیا طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت وجود دارد؟

روش شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر شبه تجربی از نوع پیش آزمون پس آزمون و دوره پیگیری با سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید تحت درمان منظم دارویی بودند که به علت دردهای بدنی و غیرعفونی در بیمارستان لقمان شهر تهران سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل پرونده داده بودند و در بازه زمانی تشخیص آرتریت روماتوئید را از پزشک متخصص روماتولوژی دریافت کرده بودند. از آنجا که برای پژوهشهای آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه شده (دلاور، ۱۳۹۸)، لذا حجم نمونه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد (هر گروه ۲۰ نفر)، که به نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو شیوه گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آموزش ۱۰ جلسه تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. ملاکهای ورود شامل رده سنی ۲۴-۴۵ سال برای بیماران، داشتن حداقل میزان سواد برای پاسخدهی

یا نامطلوب داشته باشند. این باورها بر نوع تفکر، احساس، انگیزش یا رفتار فرد تأثیر می گذارد. کاهش باور خود کارآمدی می تواند بر سازگاری و توانایی فرد در غلبه بر بیماری اثر نامطلوب ایفانتوپولو^{۱۹۶}، ۲۰۱۵). در همین راستا دانشمندان بگذارند (ان علوم اجتماعی و رفتاری معتقدند که سیستم باوری افراد بر رفتار و بنابراین پیامدهای سلامتی آنها تأثیر می گذارد. به عنوان مثال، خود کارآمدی بر توانایی فرد در پایبندی به نسخه های پزشکی برای درد سرطان تأثیر می گذارد و در نتیجه بر نتایج کنترل درد نیز تأثیر می گذارد (چین^{۱۹۷} و همکاران، ۲۰۲۱). باور خود کارآمدی با توانایی کنترل اعمال خود برای دستیابی به نتایج مطلوب حتی در شرایط نامساعد، ارتباط دارد. این نشان دهنده باورهای فرد در مورد توانایی او در تغییر رفتار هنگام تشخیص بیماری یا جلوگیری از مشکلات احتمالی سلامتی است. افزایش خود کارآمدی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن موجب بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیز می شود (ژانگ^{۱۹۸} و همکاران، ۲۰۲۳)؛ زیرا باور خود کارآمدی برای انگیزه فرد برای پیروزی و میزان تلاش و پشتکار در شرایط پیش آمده نقش مهمی را بازی می کند. نتایج پژوهش ها نشان می دهند که باور خود کارآمدی منبع روانی مهمی در سازگاری با بیماریهای مزمن است (دین و بوئر^{۱۹۹}، ۲۰۲۳). همچنین از لحاظ فیزیولوژیک بندورا و همکاران (۱۹۸۷) معتقدند که در افراد با باور خود کارآمدی بالا هنگام مواجهه با یک محرک دردناک، ترشح اپیوئیدهای درون زاد افزایش می یابد که این امر منجر به افزایش تحمل در برابر درد و کاهش شدت آن می شود. همچنین احساس خود کارآمدی بالا از طریق کاهش عواطف منفی و برانگیختگی فیزیولوژیک همراه آن، موجب کاهش احساس درد می شود. زیرا عواطف منفی از طریق افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک به افزایش درد منجر می شود (بنانو^{۲۰۰} و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین بیماران دارای باور خود کارآمدی پایین سطوح بالایی از درد، خستگی، اضطراب و افسردگی را نشان می دهند. مرور شواهد پژوهشی نشان می دهد که در چند سال اخیر برای اثربخشی طرحواره درمانی بر بسیاری از متغیرهای روان شناختی و هیجانی در جمعیت های مختلف شواهد موفق علمی وجود دارد (پیترس^{۲۰۱} و همکاران، ۲۰۲۲). این شیوه درمانی برخلاف بیشتر رویکردهای سنتی، به طور مشخص با شکل گیری (سبب شناسی) علائم کنونی سروکار دارد، نه صرفاً با عوامل تداوم بخش آن. در این شیوه درمانی تأکید ویژه ای بر رابطه درمانگر و مراجع وجود دارد و در تدارک آن است که در

- | | |
|-----|-----------------|
| 196 | N. Ifantopoulou |
| 197 | Chin |
| 198 | Zhang |
| 199 | Dihn & Bonner |
| 200 | Bonnano |
| 201 | Peeters |

- | | |
|-----|----------|
| 202 | Rafaeli |
| 203 | Bachrach |
| 204 | Verhaak |

به ابزارهای خود گزارشی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه بیماری آرتریت روماتوئید طبق تشخیص پزشک متخصص روماتولوژی، توانایی جسمی و روانی و تمایل آزمودنی برای شرکت در جلسات درمانی تعیین شده، عدم ابتلا فرد بطور همزمان با بیماری آرتریت روماتوئید به هریک از بیماریهای مزمن و حاد، که با مراجعه به پرونده بیماران در دسترس می باشد، عدم ابتلا بیمار به انواع اختلالات روانپزشکی و ملاکهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به هر یک از اختلالات روانپزشکی یا جسمانی دیگر در حین مداخله، عدم پاسخدهی به سوالات پرسشنامه های پژوهش در هر یک از مراحل پژوهش و همچنین عدم تمایل هر یک از بیماران به ادامه مشارکت در پژوهش بود. دادههای جمع آوری و آزمون تحلیل واریانس با SPSS26 شده با استفاده از نرم افزار اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تجزیه و تحلیل شد. ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بود

پرسشنامه پردازش هیجانی: این ابزار خود گزارشی در سال ۲۰۱۰ به وسیله باکر و همکاران به منظور سنجش پردازش هیجانی تدوین شده است. این ابزار شامل ۲۵ گویه طراحی شده است و پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس با عناوین سرکوب هیجانی، تجربه هیجانی، ناتوانی در تنظیم هیجان، اجتناب و کنترل هیجان است. نمره گذاری گویه ها در طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) می باشد. پرسشنامه یک نمره کلی و برای هر کدام از مؤلفه ها نیز نمره جداگانه دارد. سازندگان روایی سازه و محتوایی را تأیید کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش دادند. لطفی و همکاران (۱۳۹۶) در یک پژوهش روایی سازه و محتوا تأیید ها به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش داد. میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد. پرسشنامه خود کارآمدی عمومی: این ابزار خود گزارشی در سال ۱۹۸۲ به وسیله شرر و مادوکس به منظور سنجش خود کارآمدی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه با ۳ زیر مقیاس شامل گرایش به آغاز نمودن رفتار، تمایل به تکمیل رفتار و پافشاری کردن در صورت ناکامی است. نمره گذاری سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم میشود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق میگیرد. در این پرسشنامه سؤال های شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ بر حسب مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره میگیرند. آیتم شماره های ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. بدین ترتیب

بالاترین نمره خود کارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین ترین نمره ۱۷ می باشد. شرر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای مقیاس خود کارآمدی عمومی بدست آوردند. این مقیاس توسط براتی بختیاری (۱۳۷۶) ترجمه و اعتباریابی شده است. براتی بختیاری (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خود کارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خود کارآمدی و اندازه های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تأیید سازه مورد نظر بود. همچنین در پژوهش رحیمی پردنجانی و غباری بناب (۱۳۹۰) برای بررسی پایایی خود کارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمده است. میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد. خلاصه روند درمان طرحواره درمانی بر اساس پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسات	هدف	محتوای جلسات
جلسه اول	ارتباط و ارزیابی اولیه	آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی، مطرح کردن قوانین گروه در مورد مواردی مانند وقت شناسی، رازداری
جلسه دوم	آموزش طرحواره	تعریف طرحواره درمانی، آموزش در مورد نیازهای هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نحوه شکل گیری آنها، ربط دادن مشکلات فعلی زندگی به آنها
جلسه سوم	مفهوم سازی مشکل	مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، بررسی موارد تایید کننده یا رد کننده طرحواره‌های بیمار برپایه شواهد زندگی فعلی و تجارب دوران کودکی و گذشته
جلسه چهارم	راهبردهای شناختی	توضیح منطق تکنیک‌های شناختی، پیکان عمودی رو به پایین، استفاده از تکنیک رویارویی همدلانه، آزمون اعتبار طرحواره و باز تعریف شواهد تایید کننده طرحواره.
جلسه پنجم	راهبردهای تجربی	توضیح منطق تکنیک‌های تجربی، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن، توصیف تصویرسازی ذهنی گذشته و ربط دادن آن به حال.
جلسه ششم	ادامه و کاربرد راهبردها	آموزشی گفتگوی خیالی و تمایز قائل شدن بین بخشهای متفاوت و معمولاً متعارض.
جلسه هفتم	ادامه و کاربرد راهبردها	ادامه تکنیک گفتگوی خیالی جلسه پیش، درمانگر به بیمار کمک میکند که احساسات خود نسبت به مراقبین و نیازهای برآورد نشده توسط آنها را شناسایی کند و بتواند هیجاناتی منع شده خود را برون-ریزی کند.
جلسه هشتم	راهبردهای رفتاری	توضیح منطق تکنیک‌های رفتاری، تغییر رفتار برای تغییر زندگی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار کنونی و آمادگی برای الگوشکنی رفتاری. تهیه فهرستی از رفتار مشکل ساز که فرد تمایل به تغییر آنها دارد. اولویت بندی رفتارها و مشخص کردن مشکل سازترین آنها، و انتخاب آماج درمانی. تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید. آموزش مهارت‌های لازم در صورت نیاز مانند (مهارت جرات‌ورزی، مهارت حل مساله...).
جلسه نهم	ادامه راهبردهای رفتاری	توجه به رفتارهای تداوم بخش طرحواره، بررسی موانع تغییر رفتار از نظر بیماران و همچنین بررسی موانعی که بیماری آرتریت روماتوئید در جریان تغییر رفتار ایجاد می کند. غلبه بر موانع تغییر رفتار، مجدداً راهبردهای رفتاری مانند آموزش مهارتها و ایفای نقش اجرا شد.
جلسه دهم	جمع بندی و اختتام	گرفتن بازخورد و پاسخ به سوالات بیماران، رفع اشکال و جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضا که به مرور سریع آموزش‌ها انجامید. اجرای پس آزمون و خداحافظی.

روش اجرای پژوهش

پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز لازم جهت پژوهش حاضر به کلینیک و درمانگاه روماتولوژی بیمارستان لقمان مراجعه و پس از انجام مراحل درخواست اداری و اجرایی و اخذ همکاری، نمونه لازم از بین جامعه مورد نظر انتخاب شد. آنجایی که بیمارستان اجازه پژوهش همزمان روی هر دو گروه زنان و مردان را صادر نکرد، پژوهش روی گروه زنان اجرا شد. از بین زنان مراجعه کننده بین سال‌های ۱۴۰۰ الی ۱۴۰۱ (که کلاً ۳۸۰۰ نفر زن بودند) افراد دارای ملاکهای ورود انتخاب شدند و با آنها به صورت انفرادی (برخی تلفنی و برخی حضوری در بیمارستان) تماس گرفته شد و در خصوص اهداف و نحوه اجرای پژوهش توضیح داده شد. پروپوزال مطالعه حاضر توسط کارگروه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد کرج با کد اخلاق IR. IAU. K. REC. 1401. 078 تأیید شده است. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر نیز شامل رضایت آگاهانه و داوطلبانه، حق انصراف از پژوهش، حفظ حریم خصوصی/رازداری، اجتناب از آسیب رساندن، اجتناب از تبعیض و عدم استعمار بود.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه نمونه آزمایش $4/47 \pm 33/76$ و میانگین سنی گروه کنترل $4/34 \pm 33/32$ بود. در جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	وضعیت	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
پردازش هیجانی	طرحواره درمانی	پیش‌آزمون	۷۰/۶۸	۶۳/۴	۲۱/۰-	۶۷/۰-
		پس‌آزمون	۲۱/۵۶	۸۸/۲	۳۰/۰-	۴۳/۰
		پیگیری	۲۳/۵۷	۰۲/۳	۱۸/۰-	۷۱/۰-
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۰/۶۸	۰۲/۴	۰۲/۱	۰۸/۱
		پس‌آزمون	۹۱/۶۸	۰۷/۴	۱۳/۰	۳۰/۱-
		پیگیری	۱۳/۶۹	۴۳/۴	۰۹/۰-	۲۷/۱-
باور خود کارآمدی عمومی	طرحواره درمانی	پیش‌آزمون	۳۵/۴۸	۳۹/۲	۲۲/۰	۳۷/۰-
		پس‌آزمون	۸۹/۵۵	۳۳/۳	۰۵/۰	۳۲/۰-
		پیگیری	۵۹/۵۵	۲۹/۳	۱۵/۰	۱۰/۰-
	کنترل	پیش‌آزمون	۷۱/۴۷	۷۲/۲	۱۶/۰-	۴۰/۰-
		پس‌آزمون	۸۹/۴۷	۶۱/۲	۲۷/۰-	۰۶/۰
		پیگیری	۱۵/۴۸	۵۵/۲	۶۹/۰	۴۱/۰-

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات افراد در پیش‌آزمون در دو گروه برابر و نزدیک هم هستند اما نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل متفاوت هستند. همچنین نمرات گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر شده است. مقادیر کجی و کشیدگی متغیرها نشان می‌دهند که داده‌های پژوهش نرمال هستند. همچنین جهت بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز

گروه	متغیر	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
طرحواره درمانی	پردازش هیجانی	۹۷۰/۰	۲۰	۱۵۲/۰
	باور خود کارآمدی عمومی	۹۸۳/۰	۲۰	۵۳۶/۰
کنترل	پردازش هیجانی	۹۸۹۰/۰	۲۰	۷۱۲۰/۰
	باور خود کارآمدی عمومی	۹۷۸۰/۰	۲۰	۴۴۶۰/۰

با توجه به جدول فوق، مقدار آماره به دست آمده برای هیچ کدام از متغیرهای پژوهش معنادار نیست، بنابراین می‌توان گفت فرض نرمال بودن در داده‌ها برقرار هست.

برای بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس، برای بررسی مفروضه یکنواختی کواریانس‌ها از آزمون کرویت موشلی استفاده شد که نتایج آن در ۴ ارائه شده است. اگر معناداری در آزمون کرویت موشلی بالاتر از ۰۵/۰ باشد، به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون موشلی برای پردازش هیجانی بالاتر از ۰۵/۰ بدست آمد از نتایج آزمون کرویت و برای باور خود کارآمدی عمومی کمتر از ۰۵/۰ بدست آمد که از نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون کرویت موشلی برای پردازش هیجانی و باورهای خود کارآمدی

متغیر	موشلی شاخص W	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری	گرینهاوس - گیسر
پردازش هیجانی	۸۷۶/۰	۸۸۰/۴	۲	۰۸۷/۰	-
باور خود کارآمدی عمومی	۲۵۴/۰	۷۰۲/۵۰	۲	۰۰۱/۰	۵۷۳/۰

برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پردازش هیجانی	۷۶۶/۰	۱	۳۸	۳۸۷/۰
باور خود کارآمدی عمومی	۸۳۸/۰	۱	۳۸	۳۶۶/۰

برای متغیر پردازش هیجانی و F نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس گروه ها را نشان می دهد. مقدار به دست آمده برای آزمون باور خود کارآمدی عمومی معنادار نیست، بنابراین فرض همگنی واریانس ها در دو گروه برقرار است. نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. خلاصه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی

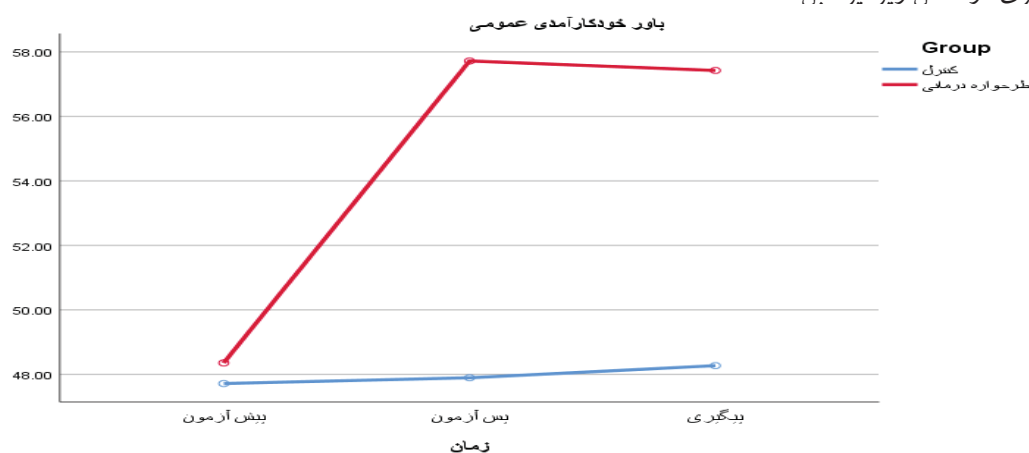
متغیر	تحلیل واریانس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پردازش هیجانی	بین آزمودنی ها	گروه	۰۴۸/۳۰۲۴	۱	۰۴۸/۳۰۲۴	۸۷۷/۶۹	۰۰۱/۰	۶۴۸/۰
		خطا	۵۱۷/۱۶۴۴	۳۸	۲۷۷/۴۳			
	درون آزمودنی ها	اثر زمان	۵۴۱/۷۹۲	۱	۵۴۱/۷۹۲	۲۲۲/۴۰	۰۰۱/۰	۶۰۰/۰
		اثر متقابل گروه و زمان	۵۶۸/۱۰۴۲	۱	۵۶۸/۱۰۴۲	۹۱۱/۵۲	۰۰۱/۰	۵۸۲/۰
باور خود کارآمدی عمومی	بین آزمودنی ها	گروه	۱۴۸/۱۲۸۳	۱	۱۴۸/۱۲۸۳	۰۸۹/۶۶	۰۰۱/۰	۶۳۵/۰
		خطا	۷۹۱/۷۳۷	۳۸	۴۱۶/۱۹			
	درون آزمودنی ها	اثر زمان	۲۰۳/۴۶۳	۱	۲۰۳/۴۶۳	۶۳۸/۱۱۷	۰۰۱/۰	۷۵۶/۰
		اثر متقابل گروه و زمان	۵۲۶/۳۶۲	۱	۵۲۶/۳۶۲	۰۷۰/۹۲	۰۰۱/۰	۷۰۸/۰

با توجه به جدول فوق، تاثیر گروه بر پردازش هیجانی ($۰۱/۰P < ۸۷۷/۶۹F$) و بر باور خود کارآمدی عمومی ($۰۱/۰P < ۰۸۹/۶۶F$) معنادار است، این نتایج نشان می دهد که حداقل یکی از گروه ها با یکدیگر در متغیر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی با هم تفاوت دارند. بر طبق نتایج، مقدار F اثر زمان معنادار است؛ یعنی بین نمره های سه زمان مختلف اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین طبق جدول فوق، اثر تعاملی گروه و زمان در پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی نیز به لحاظ آماری معنادار است؛

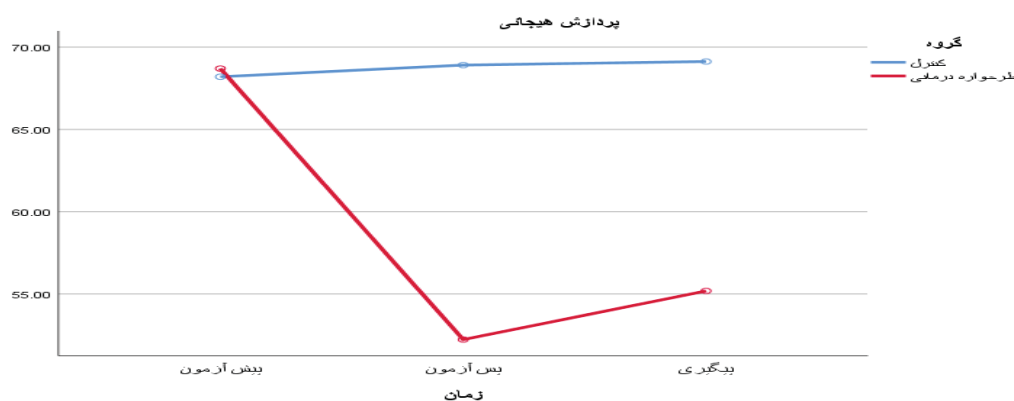
این یافته نشان می‌دهد که روند تغییر نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارند. جهت مشخص شدن دقیق‌تر این تفاوت، در شکل ۱ و ۲ نمودار تفاوت میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و در جدول ۷ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراحل مختلف نمایش داده شده است. جدول ۷. مقایسه زوجی پردازش هیجانی به تفکیک اثر گروه‌ها و زمان‌ها

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
پردازش هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷۲۵/۰	۰۰۱/۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۹۹۳/۰	۰۰۲/۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۸۶۸/۰	۲۲۷/۰
باورهای خود کارآمدی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۸۶/۰	۰۰۱/۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴۴۴/۰	۰۰۱/۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱۵۱/۰	۰۰/۱

طبق نتایج جدول فوق، تفاوت میانگین پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی در مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار است ولی این تفاوت میانگین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار نبود و این نشان می‌دهد اثر طرحواره درمانی در طول زمان ثابت داشته است. این تفاوت معنادار در میانگین سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در شکل ۱، زیر نیز قابل مشاهده است.



شکل ۱. میانگین نمرات باور خود کارآمدی عمومی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



شکل ۲. میانگین نمرات پردازش هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی و باور خود کارآمدی عمومی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر پردازش هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثربخش است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش های ابدی و همکاران (۲۰۲۳)، هرتس و ایوانس (۲۰۲۲) و افسر و همکاران (۲۰۲۱) بود. بیماری آرتریت روماتوئید تجربه ای تنش زا و در مواردی درمانده ساز است که موجب بروز هیجانهای منفی و شدید می شود. هیجانهای منفی در چرخه ای معیوب موجب عود مجدد و یا افزایش پیامدهای جسمی و روانی می شوند (اوله و همکاران، ۲۰۲۰). در طرحواره درمانی طرحواره ها و هیجانها ارتباط بسیار نزدیکی باهم دارند. برخی مشکلات هیجانی باعث ایجاد طرحواره های ناسازگار می شوند، نیازهای هیجانی اساسی در انسان باید بر آورده شوند، در غیر این صورت منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه می شود. به معنای دیگر، هدف اصلی طرحواره درمانی بهبود طرحواره ها است و چون طرحواره ها سازمانی تشکیل شده از خاطرات، هیجانها، احساسهای بدنی و افکار در مورد یک موضوع هستند، به دنبال بهبود طرحواره ها بهبود همه آنها نیز امکانپذیر است (تایلر و همکاران، ۲۰۱۷). می توان اینگونه استنباط کرد که طرحواره درمانی در مرحله اولیه صورت می گیرد و فرد را برای پذیرش و تعهد آماده می کند. فردی که هنوز پردازش هیجانی مناسب و تنظیم شده ای ندارد، کمی سخت تر می تواند با روان درمانی هایی که کمتر عمیق هستند درمان شود. طرحواره های ناسازگار اولیه دارای درون مایه های عمیق، فراگیر و به شدت ناکارآمد هستند که ریشه در خاطرات، هیجانها، افکار و احساسات و حسهای بدنی دارند و هنگام فعال شدن، سطح بالایی از عواطف و هیجانها را در بر می گیرند که حال تکامل خلقووی کودک در اثر تجارب ناخوشایند او با مراقبین ناکارآمد در اوایل زندگی می باشد و در مسیر زندگی تداوم داشته است (بار و همکاران، ۲۰۲۳).

در تبیینی دیگر می توان گفت، این رویکرد نقش یک هیجان در تشدید خود یا سایر هیجانها را تعیین می کند. همچنین به ابراز و اعتبار بخشی هیجانها کمک می کند و برداشت ما را از هیجان بهبود می بخشد، بین هیجانهای گوناگون تمایز قائل شده و در نهایت از احساس گناه و شرم کم کرده و باور به تحمل پذیری تجربه هیجانی را افزایش می دهد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۹). مطابق با رویکرد طرحواره درمانی پس از فراخوانی یک هیجان، تفسیرها، واکنشها و پردازش های هیجانی در تعیین اینکه هیجان برانگیخته شده چقدر طول می کشد و آیا با گذشت زمان شدت آن کم یا زیاد می شود، نقش مهمی دارند. بیماران آرتریت روماتوئید به دلایل جسمی و روانی مانند پریشانی هیجانی، وابستگی و

درد اغلب از راهبردهای ناسازگار مانند فاجعه پنداری درد و اجتناب استفاده می کنند (علی اکبری و همکاران، ۱۴۰۲). در طرحواره درمانی درمانگر نخست راهبردهای مقابله ای ناکارآمد که مراجع در زندگی بکار می گیرد مانند درگیر شدن در فرایند پردازش پس رویدادی و راهبردهای اجتناب شناختی را شناسایی کرده و سپس با پذیرش هیجانها و توجه به آنها و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجانهای فرد موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار و هیجانهای ناخوشایند می شود و به فرد کمک میکند بدون قضاوت هیجانهایش را پذیرفته، مشاهده و ابراز کند و در نهایت این رفتار به کاهش علائم و آشفتگی هیجانی منجر می شود.

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر باور خود کارآمدی عمومی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثربخش است. نتایج این یافته همسو با یافته های نصیرهرند و همکاران (۱۴۰۳) و وینسنت و همکاران (۲۰۲۱) بود. وجود طرحواره های ناسازگار سبب اضطراب، افسردگی، احساس عدم رضایت از زندگی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی در بیماران مزمن (چاو و همکاران، ۲۰۲۳) و نیز برداشت منفی از خود که مهمترین منبع خود کارآمدی از نظر بندورا (۱۹۹۷) است می شود. طرحواره درمانی از طریق اصلاح طرحواره های دوران کودکی باعث کاهش ارزیابی و برداشت منفی از خود و افزایش ارزیابی و برداشت مثبت از خود می شود (رودیگر و همکاران، ۲۰۱۸). که به افزایش خود کارآمدی کمک می کند. اثربخشی طرحواره درمانی شاید به این دلیل است که با حل کردن مسائل بنیادی تر از جمله افکار و باورهای تحریف شده که از نظر بک (۱۹۸۳) و شناختی ها ریشه افسردگی می باشد، موجب کاهش هیجانهای منفی و در نتیجه افزایش باور خود کارآمدی در این افراد شود.

همچنین در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی، می توان گفت که این رویکرد درمانی در واقع ارزیابی همه مؤلفه های طرحواره ها و رفتارهای ناسازگار است تا افراد بتوانند نیازهای هیجانی خود را از راه های سازگارانه و سالم برآورده کنند. برای این منظور، تکنیک های شناختی، تجربی و رفتاری، همراه یک رابطه درمانی بازوالدینی حدو مرزدار است استفاده می شود؛ زیرا تقویت بخشی از خود که درک می کند و نسبت به خود و نیازهای هیجانی خود آگاه می شود، یک هدف مهم طرحواره درمانی است؛ به عبارت دیگر طرحواره درمانی با ایجاد تغییرات اساسی در زمینه های رفتاری، شناختی و هیجانی، طرحواره های ناسازگار و راهبردهای ناکارآمد را به چالش می کشد و افکار و توانمندی های مثبت را جایگزین آن می کند (باخ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ افزایش توانمندیها خود کارآمدی فرد را افزایش می دهد. در تبیینی دیگر می توان در نظر گرفت که در طرحواره درمانی فرد با استفاده از تکنیک های اشاره شده یاد می گیرد چگونه با شرایط مواجه شود و ذهنیت

خود را یکپارچه کند، زیرا بزرگسال سالم باورهای قدیمی را ارزیابی مجدد کرده و بین قسمت‌های متعارض تعادل برقرار می‌کند که به حل مسئله کارآمد منجر شده و توانایی در حل مسئله موجب افزایش باور خودکارآمدی می‌شود. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به علت محدودیت‌های ناشی از بیماری خود، دچار خودارزشیابی منفی میشوند و برداشت منفی از خود می‌تواند مهمترین عامل کاهش باور خودکارآمدی باشد. در این راستا با استفاده از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی این بیماران میتوانند به خوشبینی و مثبت‌نگری، احساس مسئولیت و مسئولیت‌پذیری در مقابل بیماری خود، ابراز هیجانها، روابط بین فردی مثبت و در نهایت مقابله با خودارزشیابی منفی دست یابند که همگی در مجموع منجر به افزایش احساس خودکارآمدی این بیماران میگردد. زیرا، تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی در بیماران به تقویت باورهای کارآمد و تصحیح باورهای ناکارآمد می‌پردازد و منجر به باورهای واقع‌بینانه به توانایی‌هایشان در نتیجه ارتقا خودکارآمدیشان می‌شود. از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر محدود بودن گروه نمونه به زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید بود که دلیل این موضوع عدم همکاری بیمارستان برای نمونه‌گیری پژوهشگران از دو گروه زن و مرد بود. همچنین به دلیل محرمانه بودن پرونده بیماران دسترسی به گروه نمونه بسیار زمانبر بود و موانع اداری روند اجرای پژوهش را کند کرده بود. بررسی حجم نمونه بزرگ-تر از هر دو جنس در مطالعات آینده عاقلانه خواهد بود تا یافته‌ها را به درستی به جامعه عمومی تعمیم دهیم. در این مطالعه، فقط یک ارزیابی سه ماهه انجام شد، اهمیت ارزیابیهای بلندمدت باید برجسته شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، متخصصان حوزه سلامت باید در تدوین مداخلات درمانی برای بهبود خودکارآمدی و پردازش هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به طرحواره درمانی توجه ویژه داشته باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر را دارند.

منابع

- دلاور، علی. (۲۰۱۴). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی (چاپ چهل و چهارم). تهران: انتشارات ویرایش.
- رحیمی‌پردنجانی، سعید؛ و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۰). تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی عمومی دانش آموزان ناشنوای هنرستانی شهر اصفهان. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱ (۱)، ۷۳-۸۶.
- علی اکبری، مهناز؛ حسن‌زاده‌دهنوی، مریم؛ علیپور، احمد؛ و بیات، نوشین. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران آرتریت روماتوئید. روانشناسی سلامت، ۱۲ (۴۵)، ۱۴۷-۱۶۲.
- لطفی، صدیقه؛ ابوالقاسمی، عباس؛ و نریمانی، محمد. (۱۳۹۲). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۱۴ (۵۳)، ۱۰۱-۱۱۱.
- نصیرهرند، منصوره؛ مکوندی، بهنام؛ پاشا، رضا؛ و باوی، ساسان. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی.
- A. (2023). Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. BMC Health Services Research, 23 (1), 923.
- Abbady, A. S. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on improving emotion regulation and reducing neurotic perfectionism among university students. Natural Science, 12 (4), 1853-1862.
- Addante, R., Naliboff, B., Shih, W., Presson, A. P., Tillisch, K., Mayer, E. A., & Chang, L. (2019). Predictors of health-related quality of life in irritable bowel syndrome patients compared with healthy individuals. Journal of clinical gastroenterology, 53 (4), e142-e149.
- Afsar, M., Hassani, F., Farzad, V., & Golshani, F. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotionally-Focused Therapy (EFT) and Mindfulness-Based Schema Therapy (MBST) on Emotion Regulation in Women with Borderline Personality Disorder (BPD). Applied Family Therapy Journal (AFTJ), 2 (1), 262-276.
- Almutairi, K., Nossent, J., Preen, D., Keen, H., & Inderjeeth, C. (2021). The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. Rheumatology international, 41 (5), 863-877.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive behaviour therapy, 47 (4), 328-349.
- Bachrach, N., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Huntjens, R. J. (2023). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder: a case report. Frontiers in Psychiatry, 14, 1151872.
- Bandura, A. (1997). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral. Bandura, A. (2001). Exercise of human agency through collective efficacy. Journal of Psychological Science, 9, 75-78.
- Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 96 (3), 716-

747.

Chin, C. H., Tseng, L. M., Chao, T. C., Wang, T. J., Wu, S. F., & Liang, S. Y. (2021). Self-care as a mediator between symptom-management self-efficacy and quality of life in women with breast cancer. *PloS one*, 16 (2), e0246430.

Dinh, T. T. H., Bonanno, M., Papa, D., Cerasa, A., Maggio, M. G., & Calabrò, R. S. (2024). Psycho-Neuroendocrinology in the Rehabilitation Field: Focus on the Complex Interplay between Stress and Pain.

Medicina, 60 (2), 285.

Doumen, M., De Cock, D., Pazmino, S., Bertrand, D., Joly, J., Westhovens, R., & et al. (2021). Treatment response and several patient-reported outcomes are early determinants of future self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*, 23 (1), 1-11.

Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 20 (1), 22-38.

Hsieh, P. H., Wu, O., Geue, C., McIntosh, E., McInnes, I. B., & Siebert, S. (2020). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. *Annals of the rheumatic diseases*, 79 (6), 771-777.

Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12 (1), 1-4.

Leon, L., Redondo, M., Fernández-Nebro, A., Gómez, S., Loza, E., Montoro, M.,... & Galindo, M. (2018). Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, 38 (12), 2167-2182.

Lutz, J., Gross, R. T., & Vargovich, A. M. (2018). Difficulties in emotion regulation and chronic pain-related disability and opioid misuse. *Addictive behaviors*, 87, 200-205.

N. Ifantopoulou, P., K. Artemiadis, A., Triantafyllou, N., Chrousos, G., Papanastasiou, I., & Darviri, C. (2015). Self-esteem is associated with perceived stress in multiple sclerosis patients. *Neurological research*, 37 (7), 588-592.

Oláh, C., Kardos, Z., Andrejkovics, M., Szarka, E., Hodosi, K., Domján, A., ... & Szekanecz, Z. (2020). Assessment of cognitive function in female rheumatoid arthritis patients: associations with cerebrovascular pathology, depression and anxiety. *Rheumatology International*, 40, 529-540.

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 Sep;7 (3): 138-42. doi: 10. 1111/luts. 12066. Epub 2014 Jul 8. PMID: 26663728.

Schubert, C., Ott, M., Hannemann, J., Singer, M., Bliem, H. R., Fritzsche, K & et al. (2021). Dynamic Effects of CAM Techniques on Inflammation and Emotional States: An Integrative Single-Case Study on a Breast Cancer Survivor. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 1534735420977697.

Seng, J. J. B., Kwan, Y. H., Fong, W., Phang, J. K., Lui, N. L., Thumboo, J., & Leung, Y. Y. (2020). Validity and reliability of EQ-5D-5L among patients with axial spondyloarthritis in Singapore. *European Journal of Rheumatology*, 7 (2), 71-79.

Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90 (3), 456-479.

Uritani, D., Koda, H., & Sugita, S. (2021). Effects of self-management education programmes on self-efficacy for osteoarthritis of the knee: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC musculoskeletal disorders*, 22 (1), 1-10.

Verhaak, L., & Ter Heide, J. J. (2024). Group Schema Therapy for Refugees with Treatment-Resistant PTSD and Personality Pathology. *Case reports in psychiatry*, 2024 (1), 8552659.

Vincent, A. M., Stewart, J. A., & Egloff, N. (2021). Motive Satisfaction in Chronic Pain Patients: Does It Improve in Multidisciplinary Inpatient Treatment and, if so, Does It Matter?. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 28 (2), 331-343.

Xia Z, Lili GU. (2018). Effect of expressive writing on negative emotions and benefit finding of breast cancer patients with chemotherapy. *CJIN*, 4 (7): 19 -22.

Zhang, X., Ma, H., Lam, C. Y., Ho, G. W., & Mak, Y. W. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-care, psychological symptoms, and quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 46-58.