

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت

روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار

پیمان آرامش صدیق^۱، مجید بحرینیان^{۲*}، احمد منصوری^۳

چکیده

مقدمه: آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری خود ایمنی التهابی مزمن است. عوامل اجتماعی و استرس طولانی در ابتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر دارد. درد و محدودیت حرکت در این بیماران می تواند اضطراب و افسردگی مضاعف ایجاد کند. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی در کاهش درد و ابعاد درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله ایی ناسازگار است.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی شهر تهران مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سه ماهه بهار ۱۴۰۰ بودند. ۶۰ نفر داوطلب، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. نمونه ها طبق جدول کوهن درسه گروه بیست نفره تقسیم بندی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های استاندارد افسردگی، اضطراب، پرسشنامه تجدید نظر شده درد، استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، روان‌درمانی ها در کاهش درد موثر هستند و طرحواره‌درمانی موثرترین روش در کاهش درد شناختی و درد متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: استفاده از روان‌درمانی ها در کنار دارو درمانی نسبت به دارودرمانی به تنهایی می تواند موثر واقع شود و به کاهش درد بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت، از طریق درمان اضطراب و افسردگی و اصلاح راهبردهای مقابله ایی کمک کند. همچنین بین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی در کاهش درد حسی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود ندارد. اما بین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی در کاهش درد عاطفی و شناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود دارد.

کلیدواژه: آرتریت روماتوئید، اضطراب، افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای، درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۳/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۲۳

استناد: آرامش صدیق پیمان، بحرینیان مجید، منصوری احمد. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳): ۱۸۳-۱۶۳

^۱ دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران

peyman.aramesh1970@gmail.com , tel: 09124094375

^۲ (نویسنده مسئول)؛ استاد، گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران،

bahrainian@birjand.iau.ac.ir , tel; +98 912 778 6737

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران، a.mansouri@iau-neyshabur.ac.ir



مقدمه:

آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن، التهابی و پیش‌رونده با سبب‌شناسی ناشناخته است که منجر به آسیب مفاصل و ناتوانی جسمی و روانی می‌شود. این بیماری شایع‌ترین بیماری التهابی روماتیسمی است و بین ۵/۰ تا ۱۰/۰ درصد از جمعیت بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند (۱). در ایران فراوانی این بیماری در نواحی شهری ۱۹٪ درصد و در نواحی روستایی ۳۳٪ درصد برآورد شده است (۲). امروزه، علاوه بر مبنای جسمانی، بر نقش عوامل روانی- اجتماعی در ایجاد و تداوم درد تأکید بسیار می‌شود. بنابراین برای اطمینان از موفقیت‌های درمانی، عوامل روانی- اجتماعی مذکور باید در پیوند با عوامل جسمانی و عوامل زمینه‌ساز روان‌شناختی مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند. گذشته از این، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زمینه‌های خانوادگی و اجتماعی که درد در آن‌ها تداوم می‌یابد نیز، نقشی اساسی در استمرار ناتوانی ناشی از درد به عهده دارد (۳). آزاردهنده‌ترین عوارض آرتریت روماتوئید، درد شدید و تخریب مفاصل است. هدف درمان نیز کاهش درد و جلوگیری از تغییر شکل مفصل است. درد تجربه‌ای حسی، هیجانی و شناختی است (۴). درد و تخریب مفصل به دیگر مفاصل گسترش یافته و چه‌بسا تا به آخر عمر بیمار، همراه او بماند. حتی داروهای ضدالتهاب و مسکن‌ها هم نمی‌تواند آن را علاج کند. اصولاً درد ناشی از بیماری‌های مزمن در طولانی‌مدت، مشکلات روانی شدیدی ایجاد کرده و بر تمام جنبه‌های زندگی بیماران آرتریت روماتوئید تأثیر می‌گذارد. اما فقط عوامل بیولوژیکی عامل تشدید درد نیست. برخی پژوهش‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که عوامل زیستی تنها تعیین‌کننده میزان شدت درد و اثرات آن نیستند و عوامل روان‌شناختی مانند استرس و اضطراب نیز در آن دخیل‌اند (۲، ۵، ۶).

از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد که اگرچه درمان‌های جدید پزشکی در کاهش درد و جلوگیری از آسیب مفاصل کارایی بالایی دارند، اما شناخت عوامل و نشانه‌های اولیه بیماری، می‌تواند بیماران را از درمان‌های دارویی با عوارض خطرناک بی‌نیاز کند، در کنار درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی نیز قویا مورد نیاز است (۵). در چند دهه اخیر، رویکرد طرحواره درمانی^۴ برای درمان اضطراب، افسردگی دارای راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار و اختلالات شخصیت استفاده می‌شود. یانگ علت اختلالات روانی مزمن را در طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در دوران کودکی تشکیل شده‌اند می‌داند. طرحواره‌ها هسته اصلی خود پنداره فرد را تشکیل داده و پردازش اطلاعات فرد را هدایت می‌کنند (۷). طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب پردازش سوگیرانه اطلاعات بیرونی شده و منشأ اختلالات روانی می‌گردند. در این راستا پژوهش‌های متعددی در روان‌شناسی سلامت، بر نقش آسیب‌های جسمانی و جنسی دوران کودکی و تجربه‌های تحولی به‌مثابه عوامل مستعد کننده بیماری و درد مزمن در بزرگسالی تأکید می‌کند. آسیب‌های روانی و عاطفی دوران کودکی در ایجاد و تداوم درد مزمن (۸) و ناتوانی جسمی و روانی (۱۵) افسردگی، (۸-۱۰) می‌گردد. ساریاهو و همکاران^۵ (۲۰۱۱) دریافتند که بیماران درد مزمن از طرحواره‌های وابستگی/بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و زیان رنج می‌کشند (۱۱) و هر چه شدت طرحواره بیشتر باشد، درد بیشتری بیماران را فرامی‌گیرد. طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد.

۴ schema therapy

۵. Saariaho, T., Saariaho, A. Kavila, & Joukamaa, M.

توجه به وضعیت روان‌شناختی بیماران آرتريت روماتوئيد از اهميت قابل‌ملاحظه‌اي برخوردار است. زيرا روان‌درماني، دوره بيماري و توانايي به پايبندی به درمان را تحت تأثير قرار مي‌دهد. به‌طوري‌که در صورت عدم توجه به مشکلات رواني (مانند افسردگي، اضطراب و ...) در بيماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد باعث کاهش پيش‌آگاهي بيماران و افزايش هزينه‌هاي درماني براي بيمار و جامعه مي‌شود. ثابت شده است يك‌سوم بيماران شاغل مبتلا به آرتريت روماتوئيد بعد از گذشت ۵ سال از تشخيص بيماري کارشان را از دست مي‌دهند و اين نسبت بعد از ده سال به يك‌دوم افزايش مي‌يابد (۱۲). شيوع به نسبت بالاي افسردگي در اين بيماران، و ايجاد اختلال در عملکردهاي مختلف اجتماعي، تحصيلي و حرفه‌اي و غيره، موضوعي است که به توجه جدي نياز دارد (۵۰). در صورت عدم تشخيص و درمان مناسب افسردگي، احتمال سوء‌مصرف مواد، خودکشي و اختلال در عملکرد روان‌شناختي، اجتماعي و تحصيلي افزايش مي‌يابد (۱۳).

باوجود تحقيقات در تأييد اثربخشي برنامه‌هاي روان‌درماني در درمان افسردگي و اضطراب، اين برنامه‌ها نقايصي هم دارد. طبق نظر يانگ و همکاران، برخي بيماران که تحت درمان افسردگي با استفاده از رفتاردرماني شناختي کلاسيک بوده‌اند نتوانسته‌اند روند درمان را با موفقيت پشت سر گذارند و يا به‌محض پايان درمان، مشکلاتشان عود کرده است (۱۴). همچنين، اين افراد يك سري ويژگي‌هاي فردي دارند که روان‌درماني بر آن متمرکز نيست. ازجمله اين که چنين افرادي مشکلات بين فردي زيادي دارند و نمي‌توانند رويکرد مشارکتی - تجربی درمان را بپذيرند و نقش فعالی در فرايند درمان داشته باشند (۱۵). برخي هم نمي‌توانند تکنیک‌هاي روان‌درماني را به کاربندند يا انگيزه چندانى برای ادامه درمان ندارند. برخي ديگر، داراي عقايد به‌شدت ديرپايي بودند که به‌راحتي نمي‌توانند از آن رهايي يابند (۱۶). عده‌اي نيز مشکلات بسيار مهم و پيچيده‌اي دارند که در عمل تمرکز بر مشکلات اختصاصي در فرايند درمان را با مانع مواجه مي‌کند (۱۷). وجود اين مشکلات در فرايند درمان و ديگر محدوديت‌هاي اثربخشي درمان شناختي رفتاري کلاسيک در افسردگي و نيز تأييد روزافزون اين مسأله که افسردگي اختلال مزمن و عودکننده‌اي مي‌باشد، باعث شده است تا متخصصان باليني از طرح‌واره درماني بهره گيرند. بر اين اساس هدف از پژوهش حاضر مقايسه اثربخشي طرح‌واره درماني با درمان شناختي رفتاري و دارودرماني در کاهش درد بيماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد داراي اضطراب و افسردگي و راهبردهاي مقابله‌اي ناسازگار مي‌باشد. نتايج پژوهش نشان داد که بين طرح‌واره درماني و درمان شناختي_رفتاري با دارودرماني در کاهش درد بيماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد تفاوت معنادار وجود ندارد. اما بين طرح‌واره درماني و درمان شناختي_رفتاري با دارودرماني در کاهش درد عاطفي و شناختي بيماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد تفاوت معنادار وجود دارد. بين طرح‌واره درماني با دارودرماني در کاهش درد متنوع و نمره کلي درد بيماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد تفاوت معنادار وجود دارد. بين درمان شناختي رفتاري با دارودرماني در کاهش درد متنوع و نمره کلي درد بيماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد تفاوت معنادار وجود ندارد.

روش پژوهش:

اين تحقيق يك مطالعه نيمه آزمايشي با طرح مقايسه پيش‌آزمون، پس‌آزمون و پيگيري با گروه کنترل بود. جامعه آماري پژوهش را کليه بيماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد داراي اضطراب و افسردگي شهر تهران تشکيل دادند که در بهار ۱۴۰۰ به کلينیک‌هاي روماتولوژي بيمارستان امام خميني شهر تهران مراجعه کرده بودند؛ حجم نمونه بر اساس جدول کوهن، با در نظر گرفتن حداقل توان آزمون لازم و اندازه اثر متوسط و احتمال خطاي ۰/۰۵، برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد اين آزمون در سه گروه که افراد به صورت تصادفي در گروه‌ها تقسيم شده‌اند. تعداد نمونه ۶۰ نفر (۲۰ نفر به ازاي هر يك از گروه‌هاي به اين صورت که هر گروه از تعداد

مساوی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تشکیل شدند). ملاک‌های ورود به پژوهش به شرح زیر است: قطع داروها در صورتی که استفاده از داروها به‌جز داروهای موردپژوهش، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای نمره بالا در اضطراب، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای نمره بالا در افسردگی، عدم اختلال روانی و شخصیت. ملاک‌های خروج: عدم تکمیل فرم رضایت نامه، غیبت بیش از دو جلسه.

با توجه به مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ۶۰ نفر و در صورت وجود اختلال از بین افراد باقی‌مانده، به‌طور تصادفی انتخاب شدند و بهتر است به صورت ملاک ورود بود. در صورتی که غیبت بیش از دو جلسه نیز از مطالعه حذف شدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از ابزار پرسشنامه استفاده گردید. پرسشنامه‌های استفاده‌شده به شرح زیر بودند:

پرسشنامه افسردگی بک^۶- ویرایش دوم (BDI-II) این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک (۱۸) است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۸). تمامی ماده‌ها به جز ماده ۱۶ و ۱۸ این پرسشنامه دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. نتایج فرا تحلیل انجام‌شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از باز آزمایی برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (۱۸). مطالعات انجام‌شده توسط بک و راش^۷ (۲۰۰۰) بر ویرایش دوم این پرسشنامه حاکی از ثبات درونی بین ۰/۹۲-۰/۷۳ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ می‌باشد (۱۹). همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. به‌علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار باز آزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (۱۸).

پرسشنامه اضطراب بک. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک ساخته‌شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ (۱۳-۰۰) هرگز، (۱۴-۱۹) خفیف، (۲۰-۲۸) متوسط و (۲۹-۶۳) شدید قرار می‌گیرد. این پرسشنامه طوری تدوین‌یافته که علائم افسردگی را شامل نشود (۲۰). کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک را در جمعیت بیمار و غیر بیمار ایرانی سنجیدند. نتایج نشان داد که مقیاس اضطراب بک در جمعیت ایرانی دارای روایی ۰/۷۲، اعتبار ۰/۸۳ و همسانی درونی ۰/۹۲ است (۲۱).

^۶ Beck Depression Inventory

^۷ Rush

پرسشنامه تجدیدنظر شده درد مک گیل (SF-MPQ-2). این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین^۸ و همکاران به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک گیل با اضافه کردن نشانه‌های هر دو نوع درد نوروپاتیک و غیر نوروپاتیک و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن با دامنه‌ی ۰ تا ۱۰ در رابطه با شدت درد، بر روی ۸۸۲ نفر که دارای نشانه‌های متنوع درد بودند و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به دیابت با درد نوروپاتیک که در آزمایش بالینی تصادفی شرکت کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت (۲۲، ۲۳). این پرسشنامه ۲۰ مجموعه عبارت داشته و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد (۲۴). در پژوهش دورکین (۲۰۰۹) روایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ به دست آمد. یافته‌ها نشان‌دهنده اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسشنامه بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۲).

مداخله با طرح‌واره درمانی بر اساس طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۲۵) بر اساس روش درمان شناختی-رفتاری (۲۵) طی ۸ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد (۲۶). بعد از اتمام جلسات آموزش، گروه‌های آزمایش و گروه کنترل مجدداً ابزار اندازه‌گیری را به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند و دو ماه بعد از اتمام آموزش مجدداً مورد پیگیری قرار گرفتند.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی (۲۶)

اهداف و مداخلات
جلسه اول و دوم: اجرای مرحله سنجش و آموزش طرح‌واره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرح‌واره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها.
جلسه سوم و چهارم: آموزش و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرح‌واره‌ها مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره بود. هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره درمانی این می‌باشد که آزمودنی‌ها با به‌کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرح‌واره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرح‌واره را زیر سؤال ببرند.
جلسه پنجم و ششم: تکنیک‌های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات باهدف کمک به آزمودنی‌ها

^۸ Dworkin RH

برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی می‌باشد تا بیماران با استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی‌شان ابراز کنند و چرخه تداوم طرحواره را در سطح هیجانی بشکنند.
جلسات هفتم و هشتم: آموزش و اجرای تکنیک‌های الگو شکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد: مثل تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات گذشت

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری (۲۵)

جلسات	محتوای جلسات
اول	مصاحبه و ارزیابی شناخت رفتاری: علاوه بر جست‌وجوی علم مختلف برای رسیدن به تشخیص به شناسایی عوامل زمینه سازه مستعدکننده و نگهداری کننده مشکلات نیز توجه زیادی می‌شود.
دوم	معرفی درمان شناختی رفتاری توضیح در مورد نظریه‌های شناختی و ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک‌هایی که در درمان از آن‌ها استفاده می‌شود.
سوم	طرح‌ریزی درمان، باهدف ایجاد پرونده شناختی برای بیمار که در آن مطالب ذیل طبقه‌بندی می‌شوند. انواع علمی که بیمار تجربه می‌کند لیست مشکلات وی، انواع شناخته‌ای ناکارآمد وی (مانند افکار ناکارآمد و شناخت واره‌ها) نقاط قوت (مانند دریافت حمایت‌های خوب از سوی اعضای خانواده و یا میزان تحصیلات بالا) و نقاط ضعف (مانند عدم دریافت حمایت‌های کافی از سوی خانواده و یا درگیر شدن با بحران‌های اقتصادی) و تکنیک‌های رفتاری و شناختی که برای درمان انتخاب شده‌اند.
چهارم	آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری؛ هدف عمده از آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری توانا کردن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علائم بیماری است.
پنجم	شناسایی افکار اتوماتیک باهدف شناخت ریشه‌ای اصلی هیجانات و حضور ذهن و شناسایی افکار اتوماتیک منفی باهدف شناخت خطاهای شناختی شایع در بیمار
ششم	تغییر افکار اتوماتیک منفی باهدف کاهش فشار فکری و هیجانی
هفتم	تلخیص افکار بنیادی ناکارآمد (فرض‌های ناکارآمد)
هشتم	اصلاح افکار بنیادی ناکارآمد

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. در این طرح بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، آنها به صورت تصادفی در چهار گروه جایگزین شدند. سپس قبل از اجرای متغیرهای مستقل (رواندرمانی پویایی کوتاه

مدت، طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی) آزمودنی های انتخاب شده در هر چهار گروه به وسیله پیش آزمون (پرسشنامه سنجش درد) مورد اندازه گیری قرار گرفتند. و گروه آزمایش ۱ در معرض متغیر مستقل (رواندرمانی پویایی کوتاه مدت) و گروه آزمایش ۲ در معرض متغیر مستقل (طرحواره درمانی) و گروه آزمایش ۳ در معرض متغیر مستقل (درمان شناختی-رفتاری) و گروه ۴ در معرض متغیر مستقل (دارو درمانی) قرار گرفت و در گروه کنترل متغیرهای مستقل (رواندرمانی پویایی کوتاه مدت، طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی) اجرا نشد. در پایان، متغیر وابسته (کاهش درد) در هر چهار گروه به وسیله پس آزمون مورد اندازه گیری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری مکرر به کمک نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها:

در جدول ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۳- شاخص های توصیفی سن و مدت زمان بیماری آزمودنی ها

گروه	تعداد	میانگین	انحراف	حداقل	حداکثر	F	معناداری
استاندارد							
سن	۲۰	۴۱/۲۰	۵/۱۲	۳۲	۴۸		
طرحواره درمانی	۲۰	۴۳/۱۰	۵/۰۱	۳۴	۵۰		۰/۱۹
گروه درمان شناختی-رفتاری	۲۰	۴۲/۹۰	۵/۵۳	۳۲	۵۱		
کل	۸۰	۴۲/۹۶	۵/۰۰۴	۳۲	۵۱		
مدت	۲۰	۳/۸۰	۱/۶۷	۱	۷		
طرحواره درمانی	۲۰	۳/۸۰	۱/۶۷	۱	۷	۰/۸۱۹	۰/۴۸۷
گروه درمان شناختی-رفتاری	۲۰	۳/۵۵	۱/۲۷	۲	۶		
کل	۸۰	۳/۸۶	۱/۵۴	۱	۷		

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود آزمودنی ها در دامنه سنی ۵۱-۳۲ سال بودند و میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها ۴۲/۹۶ و ۵/۰۰۴ بود و مدت زمان ابتلا به بیماری در دامنه ۷-۱ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین گروه ها از لحاظ متغیر سن و مدت بیماری تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$). جدول ۴ آماره های توصیفی درد و مولفه های آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به تفکیک گروه و مرحله آزمون نشان می دهد.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی درد و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به تفکیک گروه و مرحله آزمون

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری			
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
درد حسی	طرح‌واره درمانی	۳۰/۰۵	۵/۶۵	۱۴/۴۵	۵/۳۶	۱۴/۶۰
	شناخت درمانی	۲۸/۰۶	۷/۰۴	۲۶/۶۰	۶/۷۶	۲۷
	دارودرمانی	۲۶/۷۵	۶/۸۴	۲۲/۵۰	۶/۸۷	۲۳/۹۰
درد عاطفی	طرح‌واره درمانی	۱۸/۳۵	۳/۴۹	۸	۲/۳۱	۹/۲۰
	شناخت درمانی	۱۷/۸۰	۳/۵۰	۱۱/۹۰	۱/۹۹	۱۳/۴۰
	دارودرمانی	۱۹/۴۵	۳/۳۳	۱۸/۸۰	۳/۴۱	۱۹/۹۰
درد شناختی	طرح‌واره درمانی	۴/۷۰	۱/۰۳	۰/۷۰۰	۰/۵۷۱	۰/۹۰۰
	شناخت درمانی	۴/۶۵	۱/۰۸	۳/۰۵	۱/۳۵	۳/۶۰
	دارودرمانی	۴/۷۰	۱/۱۲	۴/۴۰	۱/۱۴	۴/۸۰
درد متنوع	طرح‌واره درمانی	۱۹/۳۰	۲/۸۱	۱۱/۶۰	۱/۹۸	۱۱/۵۵
	شناخت درمانی	۱۸/۸۵	۲/۹۹	۱۶/۴۵	۲/۴۱	۱۷/۳۰
	دارودرمانی	۱۸/۹۵	۲/۳۵	۱۸/۴۰	۲/۲۸	۱۸/۶۵
درد کل	طرح‌واره درمانی	۷۲/۴۰	۹/۱۶	۳۴/۷۵	۶/۴۷	۳۶/۲۵
	شناخت درمانی	۶۹/۳۵	۹/۹۴	۵۸	۸/۹۲	۶۱/۳۰
	دارودرمانی	۶۹/۸۵	۸/۶۹	۶۴/۱۰	۸/۷۹	۶۷/۲۵

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه‌ها در متغیر درد و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل‌شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، از روش آزمون تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 به کار گرفته‌شده است. قبل از انجام آزمون، رعایت مفروضه‌های تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های این آزمون با استفاده

از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون^۹ مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و می‌توان از این آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیر درد و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل‌شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده و در ادامه نتایج مربوط به این آزمون گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های چند متغیری برای اثربخشی طرح‌واره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد و مؤلفه‌های آن

نام آزمون	ارزش	F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۱/۰۳۰	۳۰/۲۷۹	۰/۰۰۱
درد حسی	لامبدای ویلکز	۱۳۰/۶۹۶	۰/۰۰۱
	هوتلینگ	۴۰۰/۸۱۹	۰/۰۰۱
	ریشه روی	۸۲۸/۸۵۶	۰/۰۰۱
	اثر پیلایی	۲۱/۹۹۱	۰/۰۰۱
درد عاطفی	لامبدای ویلکز	۴۲/۴۴۸	۰/۰۰۱
	هوتلینگ	۷۰/۷۶۲	۰/۰۰۱
	ریشه روی	۱۴۵/۶۴۵	۰/۰۰۱
	اثر پیلایی	۲۳/۰۹۰	۰/۰۰۱
درد شناختی	لامبدای ویلکز	۵۰/۷۵۸	۰/۰۰۱
	هوتلینگ	۹۲/۶۹۶	۰/۰۰۱
	ریشه روی	۱۹۱/۴۱۱	۰/۰۰۱
	اثر پیلایی	۳۳/۳۷۰	۰/۰۰۱
متنوع	لامبدای ویلکز	۷۸/۰۲۳	۰/۰۰۱

^۹ Levene's test

هوتلینگ	۱۱/۱۳۳	۱۵۳/۰۷۷	۰/۰۰۱
ریشه روی	۱۰/۹۳۱	۳۱۱/۵۳۷	۰/۰۰۱
اثر پیلایی	۰/۹۹۲	۲۸/۰۴۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۸	۱۸۱/۴۰۶	۰/۰۰۱
هوتلینگ	۵۴/۳۸۰	۷۴۷/۷۲۷	۰/۰۰۱
ریشه روی	۵۴/۳۷۰	۱۵۴۹/۵۴۶	۰/۰۰۱

درد

چنانکه در جدول ۵ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری آزمون چند متغیری اثر پیلایی، حاکی از این است که حداقل بین گروه‌ها و درون آزمودنی‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از نظر درد و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۶- نتایج اثرات بین گروه‌ها برای متغیر درد و مؤلفه‌های آن

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
درد حسی	گروه	۲	۸۶۵/۶۵۴	۶/۸۹۴	۰/۰۰۲	۰/۱۹۵
	خطا	۵۷	۱۲۵/۵۷۳	-	-	-
درد عاطفی	گروه	۲	۸۸۲/۹۰۰	۳۷/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
	خطا	۵۷	۲۳/۶۸۳	-	-	-
درد شناختی	گروه	۲	۹۹/۴۶۷	۳۴/۸۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۰
	خطا	۵۷	۲/۸۵۵	-	-	-
دردهای متنوع	گروه	۲	۳۳۲/۸۳۹	۲۰/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱۳
	خطا	۵۷	۱۶/۶۲۷	-	-	-
درد کل	گروه	۲	۶۱۷۳/۶۴۰	۴۱/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
	خطا	۵۷	۱۴۷/۰۲۲	-	-	-

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد بین گروه‌های تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) به عبارت دیگر " طرح‌واره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله‌ای تأثیر معنادار دارد." به‌منظور مشخص نمودن اینکه درد و مؤلفه‌های آن در کدام مرحله باهم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها پرداخته است. در ادامه مقایسه‌ی دوبه‌دو میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در درد و مؤلفه‌های آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی درد و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین‌ها	معنی‌داری
درد حسی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)	۹/۰۷۵*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری (اثر زمان)	۸/۱۸۸*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	-۰/۸۸۷*	۰/۰۰۱
درد عاطفی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)	۶/۹۸۷*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری (اثر زمان)	۵/۸۸۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	-۱/۱۰*	۰/۰۰۱
درد شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)	۲*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری (اثر زمان)	۱/۷۰۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	-۰/۳۰۰*	۰/۰۱۷
درد متنوع	پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)	۳/۹۱۳*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری (اثر زمان)	۳/۷۸۸*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	-۰/۱۲۵	۱/۰۰۰
درد	پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)	۲۱/۹۷۵*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری (اثر زمان)	۱۹/۵۶۲*	۰/۰۰۱

پس‌آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله) *۲/۴۱۳ - ۰/۰۰۱

جدول ۷ نشان می‌دهد که روان‌درمانی بر درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله‌ای در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است. همان‌طور که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری است که این نشان‌دهنده آن است که روان‌درمانی‌ها بر درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری را نیز در بر داشته است.

جدول ۸. مقایسه زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی به‌منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیر	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین‌ها	معنی‌داری
درد حسی	طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*۷/۵۱۷-	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با دارودرمانی	۴/۶۸۳-	۰/۰۹۹
	درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی	۲/۸۳۳	۰/۸۵۳
درد عاطفی	درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی	*۵/۰۱۷-	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*۲/۵۱۷-	۰/۰۲۰
	طرح‌واره درمانی با دارودرمانی	*۷/۵۳۳-	۰/۰۰۱
درد شناختی	درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی	*۰/۸۶۷-	۰/۰۳۷
	طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*۱/۶۶۷-	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی	*۰/۸۶۷-	۰/۰۳۷
درد متنوع	طرح‌واره درمانی با دارودرمانی	*۴/۵۱۷-	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*۳/۳۸۳-	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی	۱/۱۳۳-	۰/۷۴۰
درد	درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی	۴/۱۸۳-	۰/۵۷۵
	طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*۱۵/۰۸۳-	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی با دارودرمانی	*۱۹/۲۶۷-	۰/۰۰۱

جدول ۸ نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی و دارودرمانی در کاهش درد حسی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تأثیر داشته است ($P < 0/05$). درمان شناختی-رفتاری در کاهش درد حسی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تأثیر نداشته است ($P > 0/05$). طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش درد عاطفی، درد شناختی، درد متنوع و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تأثیر داشته است ($P < 0/05$). دارودرمانی در کاهش درد عاطفی، درد شناختی، درد متنوع و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تأثیر نداشته است ($P > 0/05$).

بین طرح‌واره درمانی با درمان شناختی-رفتاری در کاهش درد شناختی و درد متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود دارد ($P > 0/05$). به این صورت که طرح‌واره درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در کاهش درد شناختی و درد متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثرتر بوده است ($P < 0/05$). بین درمان شناختی-رفتاری با دارودرمانی در کاهش درد متنوع و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$). علاوه بر آن نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی مؤثرترین روش در کاهش درد شناختی و درد متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله‌ای ناسازگار بود ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت، طرح‌واره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی بود. نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار تأثیر داشته است. و نتایج آن در مرحله پیگیری تداوم داشته است. بر اساس مدل طرح‌واره درمانی یانگ (۲۷) افرادی که طرح‌واره‌هایی غیر انطباقی در مورد خود و رابطه‌شان با دیگران دارند وقتی در یک موقعیت خاصی قرار می‌گیرند فرایندهای توجهی و شناختی را هدایت می‌کند، یانگ و همکاران (۲۷) کار بک را بسط داده و مجموعه‌ای متنوعی از طرح‌واره‌های غیر انطباقی اولیه را شناسایی کردند که فرض شد اشکال غیر انطباقی اولیه به‌عنوان یک الگوی گسترده، بدکار و فراگستر متشکل از خاطرات، هیجانات، شناخت و حواس جسمی درباره‌ی خود و رابطه با دیگران تعریف شده است که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند و در طول عمر فرد پیچیده می‌شوند (۲۷، ۷)، همچنین پژوهش‌هایی که نشان داده است که طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اندیشناکی (۲۸-۳۲)، طرح‌واره‌های هیجانی (۳۳) و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن (۳۴) درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (۳۰، ۳۵) مؤثر و همسو است.

علاوه بر آن نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرح‌واره درمانی مؤثرترین روش در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای بود. طرح‌واره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد (۳۶). در تبیین این یافته‌ها باید بیان کرد که تکنیک‌های آموزشی داده‌شده باعث انعطاف‌پذیری شناختی و اصلاح باورهای ناکارآمد و تغییر نگرش بیمار می‌شود به‌طوری‌که آن‌ها درد خود را پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجهه می‌شوند که با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و ایجاد طرح‌واره مثبت می‌توانند درد خود را مدیریت نمایند و به‌طور

خلاصه بر پایه یافته‌های این پژوهش بر کارآیی طرحواره درمانی و به لحاظ کاربرد بالینی می‌توان به بیمار آموزش داد تا باورهای خود را تغییر داده و برای یک زندگی بهتر تلاش کند (۳۷، ۳۸).

نتایج نشان داد که بین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود دارد. از دلایل عمده این امر می‌تواند تفاوت دو روش در رویکرد درمانی‌شان باشد. شناخت درمانی در قالب سطوح شناختی، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند. ابتدا سراغ شناخته‌های سطحی سپس مفروضه‌های زیربنایی و سپس طرحواره‌ها می‌رود. اما در طرحواره درمانی بالعکس، مستقیماً سراغ عمیق‌ترین سطح شناختی (طرحواره‌ها) می‌رود و رویکرد پایین به بالا را اتخاذ می‌کند (۷). نتایج دیگر پژوهش حاضر نیز نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر بوده است. هم‌راستا با این پژوهش، پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌شده است که درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی (۳۹، ۴۰)، بهزیستی روان‌شناختی بیماران آرتریت روماتوئید (۱۶، ۴۱)، خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن (۳۴) افسردگی بیماران آرتریت روماتوئید (۱۷، ۴۲) مؤثر است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان کرد که مداخلات روان‌شناختی برای بسیاری از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید سودمند است، به‌ویژه هنگامی که این مداخلات باعث افزایش سطوح فعالیت جسمانی شود (۴۳). درمان شناختی رفتاری هدفمند به‌موقع می‌تواند باعث ارتقاء نتایج در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن شود (۴۸). پیامدهای روان‌شناختی و پزشکی تحت تأثیر باورهای بیماران در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماری‌هایشان می‌باشد. در مداخلات شناختی- رفتاری مورد آماج قرار دادن افکار و رفتارهای ناسازگارانه، نقش کلیدی دارد. بر این اساس، باورهای افراد در مورد بیماری‌شان، اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آن‌ها با بیماری تأثیر می‌گذارد و درمان شناختی رفتاری به نحو فزاینده‌ای در بیماری‌های روان - تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد در قبال حوادث استرس‌زای زندگی بکار می‌رود و مقابله مؤثر با استرس‌زاهای می‌تواند درد را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین نتایج نشان داد که بین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی در کاهش درد حسی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود ندارد. در نتیجه نمی‌توان گفت که کدام درمان در کاهش درد حسی ارجح‌تر است ولی مهم‌ترین یافته پژوهش می‌تواند این باشد که اگر این درمان‌ها مانند هم عمل می‌کنند پس می‌توانند جایگزین مناسبی برای دارودرمانی کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مبتلا به اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار باشند. نتایج پژوهش حاضر قابل‌تعمیم به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر ... بوده است و در صورت نیاز به تعمیم به سایر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود که انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگ‌تر و محدوده جغرافیایی وسیع‌تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به‌کارگیری متغیرهای ذکرشده فراهم آید.

محدودیت‌های پژوهش: در این پژوهش به منظور زمینه یابی از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند. محدودیت‌های این پژوهش شامل پایین بودن روایی بیرونی و تعمیم پذیری نتایج به دلیل شرایط کنترل شده ی پژوهش و محدود بودن زمان اجرای دوره ی آموزشی بود. نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر تهران، با ویژگیهای طبقاتی و محرومیت‌های مختلف، اقتصادی، اجتماعی و تحصیلاتی بوده است و در صورت نیاز به تعمیم به سایر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد. کوتاه

بودن زمان سنجش مرحله پیگیری یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر بود. از محدودیت های دیگر این طرح را می توان به ویژگی های فردی، خصوصیات روحی و روانی، تفاوت های زندگی، فرهنگی و اجتماعی نمونه های مورد پژوهش که بر پاسخگویی به پرسشها بر نتایج پژوهش تاثیر گذار بود، اشاره نمود که کنترل این عوامل از عهده پژوهشگر خارج بود.

پیشنهادهای کاربردی: برگزاری جلسات آموزشی بویژه با مضامین روان شناسی حضور بیماران آرتریت روماتوئید در اجتماع، به منظور کاهش درد در این بیماران صورت گیرد. پیشنهاد می شود تحقیقات بیشتر در رابطه با چگونگی اثربخشی این درمان ها در کاهش درد و کاهش هزینه های درمانی و بار بیماری ها انجام گیرد. با توجه به تاثیر درمان ها بر کاهش درد بیماران آرتریت روماتوئید، پیشنهاد می شود از این روش برای کاهش درد در سایر بیماریها نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود روان درمانی پویشی کوتاه مدت با طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری به عنوان مهارت های مورد نیاز در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی لحاظ شود.

منابع

1. Smolen JS, Redlich K. Rheumatoid Arthritis. The Autoimmune Diseases Fifth ed, 2014: 511-23.
2. Rahmani Aram O, Gurban Shiroudi Sh, Khalatbari J, Haji Abbasi A. Investigating depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis. Journal of Gilan University of Medical Sciences. 2013;22(85):15-22. URL: <http://journal.gums.ac.ir/article-1-66-fa.html>
3. Gatchel R, Turk D. Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. The Guildford Press. 1996.
4. Craig KD. Emotional aspects of pain. In: P.D. Wall R, editor. Melzak Text book of pain. UK: Longman Group; 1991.
5. Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, an catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? Journal of Pain. 2000;85:115-25.
6. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. Journal of Consulting Clinical Psychology. 2002;70:678- 90.
7. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema Therapy: a practitioner's guide, first volume. Translated by Hamidpour H, Indoz Z. Tehran: Arajmand 2014. [Schema Therapy: a practitioner's guide](#)
8. Arnow B, Hart S, Hayward C, Dea R, Taylor CB. Severity of child Maltreatment, pain complaints and medical utilization among women. Journal of psychiatric Research. 2000;34:412-21.
9. Brown J, Berenson K, Cohen P. Documented and selfreported childhood abuse and adult pain in a community sample. Clinical Journal of Pain. 2005;21:374-7.
10. Davis D, Luecken L, Zautra A. Are reports of child hood abuse related to the experience of coronic pain in adulthood A menta-analytic review of the litreature. Clinical journal of pain. 2010;21:398-405.
11. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. Scandinavian Journal of Psychology. 2011;52:146-53.

12. Attapour J, Shakibi M, Rajabizadeh Q, Sarvotreigi M. Investigating the relationship between the level of depression and the level of disability in patients with rheumatoid arthritis in Kerman, 1379-80. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 1381;9(2):79-85. <https://www.sid.ir/paper/103/fa>
13. Soltanifar A, Bina M. Investigating the prevalence of depressive symptoms among 9-11-year-old elementary school children in Tehran and its relationship with family functioning. Quarterly Journal of Principles of Mental Health. 2016;9(33):7-14. <https://www.sid.ir/paper/88432/fa>
14. Dozois D, Rnic K. Core beliefs and self-schematic structure in depression. Current Opinion in Psychology. 2015;4:98-103.
15. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. J Affect Disord 2013; 151(2): 500-5. <https://daneshyari.com/article/preview/6233908.pdf>.
16. Saadat Momini N, Aghayousfi A, Khajevand Khoshli A, Rostamian A. Comparing the effectiveness of coping therapy and cognitive-behavioral therapy in immunological indicators and mental well-being of patients with rheumatoid arthritis referred to Imam Khomeini Hospital in Tehran. Journal of Qom University of Medical Sciences. 2019;14(8):39-49. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-2911-fa.html>
17. Sirfi M, Namjo Sara, Thabit Mehrdad. The effect of cognitive behavioral therapy on depression, adherence to medical recommendations and negative perceptions of the disease in people with rheumatoid arthritis: a randomized clinical trial. Scientific journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2017;22, 2(97):48-62. . Efficacy of cognitive-behavioral therapy for adherence, depression and negativity
18. Ali Fathi - Ashtiani. Psychological tests: personality and mental health.
19. Beck A, Rush J. Cognitive therapy of depression. New York: Gilford Press; 2000.
20. Beak AT, Steer RA, Brown Gk. Beck Depression Inventory for measuring depression. Arch Gen psychol. 1996;4:561-71.
- 21- Faraji Rabab, Faraji Parviz, Sonia Dederoshani, Nasrullah Ketayoun. Comparison of anxiety and depression in students with high and low anxiety sensitivity. Proceedings of the Fifth National Seminar on Student Mental Health 2019. <https://eprints.arums.ac.ir/2852/1/depression.pdf>
22. Tanhaee Z, Fathi-Ashtiani A, Amini M, Vahedi H, Shaghaghi F. Validation of a Revised Version of the Short-form Mc- Gill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2) for IBS Patients. Govarehsh 2012; 17: 91-7. <http://www.govarehsh.org/index.php/dd/article/view/921>
23. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). Pain 2009; 144: 35-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19356853/>
24. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975; 1(3): 277-99.

25. Keith Houghton, Kirk Young, Clarke David. Cognitive behavioral therapy. A practical guide in the treatment of mental disorders. Translated by Habibullah Ghasemzadeh. Tehran: Arajmand; 2018.
26. Young G, Klosko J, Wishar M. Schema therapy (a practical guide for clinicians). Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andoz. 2014. Tehran: Arjmand; 2004.
27. Young JE. The relationship between appearance schema, self – esteem, and non direct aggression among college women Dissertation Oklahoma state university; 2007.
28. Moghaghaki Hossein, Kharghani Parviz. The effect of schema therapy on anxiety, depression and primary dysfunctional schemas of people with substance use disorder. Scientific Quarterly Journal of Addiction Research. 1400;15(60):299-324. <https://etiadpajohi.ir/article-1-2470-fa.html>
29. Zamani Narges, Jahangir Amirhossein. Investigating the effect of treatment schema on depression and anxiety of patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of health research. 2017;3(4):10-204. Investigating the effect of schema therapy
30. Rezaei F. Comparison of the effect of emotion-focused cognitive behavioral therapy and schema therapy on the amount of pain, catastrophic perceptions of pain, difficulty in regulating emotions and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: Isfahan University; 2012.
31. Renner F, DeRubeis R, Arntz A, Peeters F, Huibers M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2018; 58: 97-105. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035800/>
32. Lorenzo-Luaces L, Driessen E, DeRubeis R.J, Van H.L, Dekker J. Moderation of the Alliance-Outcome Association by Prior Depressive Episodes: Differential Effects in Cognitive-Behavioral Therapy and Short-Term Psychodynamic Supportive Psychotherapy. Behavior Therapy 2017; 48 (5): 581-595. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711109/>
33. Daneshmandi S, Izdikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The effectiveness of the treatment of emotional schemas on the emotional schemas of women victims of child abuse and neglect. Journal of Shahid Sadougi University of Medical Sciences and Healthcare Services, Yazd. 2013;22(5):1481-94.
34. Neshat Dost HT, Yousufzadeh M, Hashemi M, Talebi H, Taheri M, Momenzadeh S. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on reducing pain catastrophizing cognitive error and increasing pain self-efficacy in patients with chronic back pain in Tehran. Anesthesia and pain. 2019;11(2):26-43. https://jssu.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=2652&sid=1&slc_lang=fa
35. Hosseini M, Ahadi H, Jamehri F, Karaskian-Mujambari A, Ahadi M. Evaluation of the effectiveness of group therapy of emotional schemas on the level of pain and depression in patients with rheumatoid arthritis. Psychological methods and models. 2018;10(35):119-35. file:///C:/Users/ShahrNet/Downloads/6010913983507.pdf
36. Montazeri MS, Neshat Dost HT, Abedi MR, Abedi A. The effectiveness of therapeutic schema on reducing the severity of depressive symptoms and obsessive-

- compulsive personality disorder: a single case study. *Clinical Psychology*. 2012;1(17):35-45. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2114.html?lang=fa
37. Wicksell R, Olsson G, Melin J, Klosko J, Weishaarm M. *Schema Therapy: A Practitioner, scuide, cuilford*. NewYork2009.
38. Veehof M, Oskam M, ET B. Acceptance based interventions For the treatment of chronic pain a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2011;152(3):533-42.
39. Vahidhimet Alireza, Safairad Iraj. The effect of group-based cognitive-behavioral therapy on reducing symptoms of anxiety (attribute and state), stress and improving the quality of life of secondary school students with rheumatoid arthritis in Hamedan. *New ideas of psychology quarterly*. 2019;6(10):1-13. <http://jnip.ir/article-1-340-fa.html>
40. Nessel M, Bjørngaard H.J, Whittington R, Palmstierna T. Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2021: 113, 103795.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33120137/>
41. Blaney C, Hitchon A.C. Marri A.R, Gabalawy R. Support for a non-therapist assisted, Internet-based cognitive-behavioral therapy (iCBT) intervention for mental health in rheumatoid arthritis patients. *Internet Interventions* 2021 April; 100385.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33912401/>
42. Mansuriya Nastern. The effect of cognitive behavioral therapy on reducing pain and depression in women with rheumatoid arthritis. The 6th Congress of the Iranian Psychological Association; Tehran 2016, <https://civilica.com/doc/732469/>
43. Knittle K, Maes S, De Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: Examining the role of self-regulation with a systematic review and meta -analysis of randomized controlled trials. *Arthritis care & research* 2010; 62: 1460-72.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20506175/>
44. Francesco Chiara-Simonedì, Rudiger Eckard, Stevens Bruce A. *Schema therapy for couples*. Translated by Elham Aram Nia and Nadia Ali Akbarkhah. Tehran: Samam Publications; 2018.
45. Karimipour Firouzeh, Fayazi Siddiqa, Mola Karim, Latifi Seyed Mahmoud. The effect of acupuncture on the pain intensity of rheumatoid arthritis patients. *Jahrom Journal of Medical Sciences*. 1390;7(8):19-25.
46. Arnou AB, Blasely CM, Lee J, Fireman B, Hunkeler EM, Dea R, et al. Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs. *Psychiatr serv*. 2009;60(3):344-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19252047/>
47. Davanillo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: spectrum of psychoneurotic disorder. *Int J Short Term Psychother*. 1995;10:121-55.
48. Edwards D, Arntz A. Schema therapy in historical perspective. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of Schema Therapy: Theory, research and practice* UK: Oxford, Wiley-Blackwell; 2012.

49. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Blair P.S, choy E, Dures E, et al. Protocol for a randomized Controlled trial for Reducing ArthritisFatigue by clinical Teams (RAFT) using cognitive-behavioral approaches, 2015, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26251413/>
50. Petersen A, Compas B, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant K. Depression in adolescence Am Psychol. 1993;48(2):155-68.
51. Sarriaho T, Saariah A, Karila E, Jouka M. Early Malada Ptive Schemas in finish Adult Chronic Pain Patients and a control sample. Scandinavain journal of psychology. 2011;52(2):146-53.
52. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner,s Guide. New York: Guilford 2003; 436 .<https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>