

## اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران آرتریت روماتوئید

مهناز علی‌اکبری<sup>۱</sup>، \*مریم حسن‌زاده دهنوی<sup>۲</sup>، احمد علی‌پور<sup>۳</sup>، نوشین بیات<sup>۴</sup>

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. استاد، گروه روماتولوژی، دانشگاه بقیه‌الله، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۸)

## The Effectiveness of Schema Therapy on Coping Styles in Rheumatoid Arthritis Patients

Mahnaz Ali Akbari<sup>1</sup>, \*Maryam Hasanzadeh Dehnoei<sup>2</sup>, Ahmed Alipour<sup>3</sup>, Noushin Bayat<sup>4</sup>

1. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Ph.D Student, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

5. Professor, Department of Rheumatology, Baqiyatullah University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Feb. 16, 2023 - Accepted: Apr. 28, 2023)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** This study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy on coping styles in rheumatoid arthritis patients. **Method:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test and a control group design. The 30 patients with rheumatoid arthritis who met the study's inclusion criteria were selected by purposeful sampling and entered the study randomly. Schema therapy was performed based on the model of Rizzo et al. Descriptive statistics and inferential statistics indicators, including ANOVA with repeated measures, multivariate analysis of covariance, and one-way covariance in MANCOVA were used for data analysis. **Findings:** The effectiveness of schema therapy on the coping styles of patients with rheumatoid arthritis is stable. Comparing the pre-test-post-test and pre-test-follow-up stages showed a significant difference in all coping styles between the research groups. Also, the results showed a significant difference between the mean scores of problem-oriented, emotion-oriented, and avoidance coping styles. **Conclusion:** Performing schema therapy for rheumatoid arthritis patients can reduce the pain and suffering of these patients to some extent. It is suggested that in the policy of the country's health care system, plans be made to use schema therapy to reduce the pain of these patients.

**Keywords:** Schema Therapy, Coping Styles, Rheumatoid Arthritis.

### چکیده

**مقدمه:** این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران آرتریت روماتوئید انجام شد. روش تحقیق حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر بیمار آرتریت روماتوئید که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. طرحواره درمانی بر اساس مدل ریزو و همکاران انجام شد. به منظور توصیف داده‌های از شاخص‌های آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌های از شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، کواریانس چند متغیری و کواریانس‌های یکراره در متن مانکوا استفاده شد. **یافته‌ها:** اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پایدار می‌باشد. در همه سبک‌های مقابله‌ای بین گروه‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. بین میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی در مقایسه مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** انجام طرحواره درمانی برای بیماران آرتریت روماتوئید می‌تواند تا حدودی درد و رنج این بیماران را کاهش داد. پیشنهاد می‌شود در سیاست نظام بهداشتی درمانی کشور برنامه‌های برای بکارگیری طرحواره درمانی به منظور کاهش آلام این بیماران صورت گیرد.

**واژگان کلیدی:** طرحواره درمانی، سبک‌های مقابله‌ای، آرتریت روماتوئید.

\*نویسنده مسئول: مریم حسن‌زاده دهنوی

\*Corresponding Author: Maryam Hasanzadeh Dehnoei

Email: dr.hasanzadeh2023@gmail.com

## مقدمه

آرتریت روماتوئید<sup>۱</sup> شایعترین بیماری التهابی روماتیسمی است (لونگو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸) و در اکثر جوامع شیوع تقریبی ۱ درصد دارد. در ایران فراوانی این بیماری در نواحی شهری ۰/۱۹ درصد و در نواحی روستائی ۰/۳۳ درصد برآورد شده است (دواچی و همکاران، ۲۰۰۸). آرتریت روماتوئید بیماری التهابی، سیستمی، مزمن، ناتوان کننده و با سبب شناسی ناشناخته است که علائم عمده آن مفصلی بوده و شامل خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا و در نهایت تغییر شکل مفاصل است.

اتحادیه بیماری‌های مزمن (۲۰۰۶) بیماری‌های مزمن را بیماری‌ای توصیف می‌کند که مدت‌زمان زیادی طول می‌کشند. این بیماری‌ها تغییرات پایداری را در بدن فرد ایجاد کرده و قطعاً کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار خواهد داد؛ همچنین ممکن است به مرور زمان بدتر شده و منجر به فوت شوند. برای اغلب افراد، بیماری آرتریت روماتوئید به شکلی مزمن خودش را نشان می‌دهد که ممکن است در دوره‌هایی به شکلی نسبی با بهبودی همراه شود؛ اما معالجه نکردن یا معالجه ناکامل در درازمدت، پیشرفت بیماری و افزایش زیان و محدودیت‌هایی برای اقدام‌های درمانی به دنبال می‌آورد که شخص علاقه‌ای به انجام آن‌ها ندارد. در بیشتر بیماران، بیماری RA روندی مزمن دارد یعنی که برای سال‌های مدیدی باقی می‌ماند. دوره‌های متمایز بدتر شدن و بهبودی علامت‌ها را دوره‌های شعله‌ور شدن و خاموش شدن بیماری می‌گویند (فرهادی، ۱۳۸۰). آرتریت روماتوئید یک بیماری

خود ایمنی ناتوان‌کننده است و مزمن بودن این بیماری بر روی متغیرهای جسمانی و روانشناختی این بیماران اثرات بسیار وسیعی می‌گذارد (مرادی و صادقی، ۱۳۹۹). عوارض روان‌شناختی مربوط به سیستم ایمنی همانند استرس‌زاهای روان‌زاد فراگیر می‌تواند تبعات بسیار متغیری بر رفتار و هیجان داشته باشد. مطالعات متمرکز بر تجویز داروهای تعدیل‌کننده ایمنی در انسان‌ها، و نیز بررسی بیماری‌های مربوط به دستگاه ایمنی، بینش گسترده‌تری درباره عواقب عاطفی و رفتاری استرس فراگیر مزمن، فراهم کرده است. همبودی افسردگی، اضطراب و دیگر اختلالات عاطفی با بیماری‌های سیستم ایمنی مانند آرتریت روماتوئید حاکی از وسعت اثرات ناشی از اختلال ایمنی بر عملکردهای عصب زیست‌شناختی و رفتاری در انسان می‌باشد (کونترادا و بام<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

پژوهش‌ها در حوزه روان‌عصب ایمنی شناسی<sup>۴</sup> (PNI) وجود این تعامل و رابطه برای ارگانیزم مفید و کاملاً سازگارانه است. در صورت افزایش روند التهاب اعصاب باعث بروز بیماری‌هایی روانی و اختلال استهاله عصبی می‌شود و برخی شواهد عمده دال بر وجود مسیر ایمنی - مغز به طور گذرا به شرح ذیل می‌باشد: که ۱- فراورده‌های ایمنی بر فعالیت انتقال‌دهنده‌های عصبی تأثیر می‌گذارند، ۲- گیرنده‌های سیتوکاین در مغز یافت شده‌اند. ۳- اختلالات روان‌شناختی متعددی وجود دارند که از نظر سبب‌شناسی و آسیب وارده بر سیستم خودایمنی همانند و موازی هستند. استرس مزمن با ایجاد

3. Contrada, R. J., & Baum, A.  
4. Psychoneuroimmunology

1. Rheumatoid arthritis(RA)  
2. Interiagio

به‌تنهایی جوابگوی نیازهای بیماران نیست. روان‌درمانی می‌تواند نقش مهمی در دستیابی به اهداف درمانی ایفا کند (صیرفی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). یوسف‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) روش طرحواره درمانی را به‌عنوان شیوه‌ای مناسب برای کاهش طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به درد مزمن توصیه کرده‌اند که احتمالاً بتواند برای پیامدهای ناشی از درد در این افراد، نوعی پیشگیری ثانویه، فراهم نماید. هدف مهم طرحواره درمانی، تضعیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه و همچنین ایجاد یک طرحواره سالم می‌باشد. واژه طرحواره در روان‌شناسی و به‌طور گسترده‌تر در حوزه شناختی تاریخچه‌ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی طرحواره را به‌صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این ادراک از طریق طرحواره واسطه‌مندی می‌شود و پاسخهای افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می‌کنند (زره پوش، ۱۳۹۰). طرحواره‌ها بر شیوه‌های پردازش شناختی اثر می‌گذارند و فرد را نسبت به آسیب‌های روانی آسیب‌پذیر می‌سازند (کورمیر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

شوری و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار در مراحل اولیه زندگی کودکان و در نتیجه تجارب منفی با پدر و مادر و همسالان به وجود می‌آیند و این طرحواره‌ها راهنمای بسیاری از شناخت‌ها، احساسات و رفتارهای ناکارآمد هستند.

طرحواره‌درمانی می‌تواند به مردم در فهم

اختلال در تعادل سیتوکاین و پاسخ‌های حاصل از سیتوکاین‌های نوع ۱ و نوع ۲ که تسریع در کاهش عملکرد دستگاه ایمنی و تضعیف ایمنی با کاهش سلول‌های حفاظتی، سیستم ایمنی و کاهش عملکرد سلول‌های حفاظتی - ایمنی توام با افزایش سلول‌های T تنظیم‌کننده سرکوبگر، فرایند تنظیم پاسخ‌های ایمنی را مختل می‌کند (کونترادا و بام، ۲۰۱۱).

بیماری RA به دلیل ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده آن تأثیر عمیقی بر زندگی فرد می‌گذارد و محدودیت فیزیکی که به دلیل ناتوانی از مفاصل آسیب‌دیده و درد ایجاد می‌کند بر جنبه‌های عملکرد روان‌شناختی بیماران RA اثرگذار است. تخریب مفاصل که پیامد بیماری است و درد ناشی از تخریب مفاصل به‌عنوان مهم‌ترین عامل استرس‌زا زندگی بیماران را تحت شعاع قرار می‌دهد. چگونگی ارزیابی درد و رنج و ناتوانی در عملکرد روزانه سبک مقابله بیمار را با بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (زاترا، اسمیت و بروس، ۲۰۰۱). لذا با توجه به این‌که درمان قطعی برای RA وجود ندارد شناختن و درک عامل‌های اجتماعی و روان‌شناختی که میان فعالیت این بیماری (درگیری مفصلی که با مشخصه‌هایی مانند درد، تورم و قرمزی، خشکی صبحگاهی، تخریب مفصل و بدشکلی، خستگی و کسالت کلی معین می‌گردد) و دوره‌های عود و بهبودی واسطه‌گری می‌کند، اهمیت دارد (جوکار، ۱۳۸۸).

بیماری RA با عوارض روان‌شناختی مانند افسردگی همراه است. لذا درمان‌های پزشکی

2. Seirafi Mohammadreza

3. Cormier, A.

1. Zautra, A.J., Smith, & Bruce

پژوهش حاضر اين است که آیا طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران آرتريت روماتوئيد می‌تواند اثربخش باشد؟

### روش

روش تحقیق حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر بیمار آرتريت روماتوئيد که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه شامل گروهی که فقط داروی درمانی آرتريت روماتوئيد از پزشک دریافت می‌کنند (۱۵ نفر) و ۱۵ نفر دیگر هم گروهی که هم دارو و هم مداخله (طرحواره درمانی) دریافت می‌کردند، تقسیم شدند. در ابتدا از کلیه افراد رضایت نامه کتبی اخذ گردید و سپس وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌ها همراه با توضیحات لازم به مشارکت‌کنندگان ارائه شد. جهت در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی پژوهش، کلیه افراد به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند، این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد و به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران آرتريت روماتوئيد مراجعه‌کننده به کلینک فوق تخصصی روماتولوژی در طول ۶ ماه (۱۳۹۹/۱۰/۱) تا (۱۴۰۰/۳/۳۱) بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شده

الگوهای درازمدت زندگی کمک کند. در این شیوه درمان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شناخته شده و به‌طور منظم با آن‌ها رویارویی و چالش صورت گیرد موقعیت در نظر بگیرند. فنونی که در طرحواره درمانی استفاده می‌شوند شامل فنون شناختی جهت ارزیابی شواهدی در شکل‌گیری طرحواره و خطاهای شناختی تفکر و الگوهای رفتاری درازمدت و فعال‌سازی رفتاری کارآمد به کار گرفته می‌شود (رضایی ملاحظ، ۱۳۹۱). بک معتقد است تجربه درد و آسیب باعث فعال‌شدن آسیب‌پذیری‌های شخصیتی و یا طرحواره‌های ناسازگار درباره خود، جهان و آینده می‌شود (پینکوس و ویلیامز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). بک نیز بیان کرده است که طرحواره درمانی می‌تواند به منظور جلوگیری از درد مزمن به کار گرفته شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). خجوی و همکاران (۱۳۹۸) و خانبائلی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعات جداگانه ای به این نتیجه رسیدند که درد می‌تواند بر کیفیت زندگی تاثیر گذاشته و مشکلات بیماران آرتريت روماتوئيد را افزایش دهد.

با توجه به توضیحات ارائه شده از پژوهش‌های گذشته و مقالات ذکر شده (شوری و همکاران (۲۰۱۳)؛ صیرفی و همکاران (۲۰۱۸)؛ یوسف‌زاده و همکاران (۱۳۹۶)؛ نوربالا و همکاران (۲۰۱۶)) که مؤید اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اصلاح باورها و افکار منفی نسبت به خود، کاهش افسردگی و اضطراب، تعدیل شدت بیماری، افزایش کیفیت زندگی و همچنین توانایی پیش‌بینی افسردگی و شدت درد بر اساس طرحواره‌ها می‌باشند، سؤال

روش مداخله در این پژوهش، طرحواره درمانی بر اساس مدل ریزو، تویت، استین و یانگ (۲۰۰۷)، ترجمه مولودی و احمدی، (۱۳۹۰) بود. بخش اول در این شیوه، ارزیابی جامع وضعیت مراجع با هدف شناسایی مهم ترین طرحواره ها در ساختار روان‌شناختی فرد بود. پرسشنامه طرحواره یانگ که بیماران آن را تکمیل کردند یک سری از افکار مربوط به طرحواره‌های مختلف را در خود جای داده است و پس از تکمیل پرسشنامه، تعداد طرحواره‌های بیمار مشخص شد. در طرحواره درمانی از سه شیوه تکنیک شناختی، رفتاری و تکنیک‌های تجربی استفاده شد که در جدول زیر خلاصه‌ای از محتوای جلسات طرحواره درمانی را می‌توان مشاهده نمود.

معیارهای ورود به تحقیق مطالعه حاضر بر مبنای نتایج و پیشینه تحقیق تدوین شده است و شرکت‌کنندگان در این پژوهش، بیماران آرتریت روماتوئید هستند که حداقل سه سال از ابتلا به بیماری آنها گذشته باشد. پس از اینکه پزشک معالج بر اساس نتایج آزمایشگاهی ابتلا به آرتریت روماتوئید را تشخیص داد پرسشنامه طرحواره‌های یانگ برای تشخیص طرحواره‌های ناسازگار اولیه به بیماران ارائه می‌گردد و در صورت وجود طرحواره‌های ناسازگار بیمار به تحقیق وارد می‌شود. شرط دیگر ورود بیماران به تحقیق، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان می‌باشد که از طریق مصاحبه اولیه تعیین گردید. همچنین داشتن تحصیلات حداقل سیکل، تکمیل برگه رضایت نامه برای ورود به طرح بود. جنسیت بیماران زن و مرد را شامل می‌شود و سن بیماران از

۳۰ تا ۶۵ سال بود.

#### جدول ۱. شرح جلسات

جلسه	محتوای جلسه
اول	گرفتن بیان مدل برای مراجع، تکلیف خانگی، پرسشنامه سبک مقابله با استرس (CISS)
دوم	بازنگری و مرور تکلیف، مرور طرحواره‌ها با استفاده از گفتگوی سقراطی، آگاه تصویرسازی، تکلیف خانگی
سوم	مرور تکلیف، شناخت سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، مفهوم‌سازی مشکل در قالب طرحواره، تکلیف خانگی، ثبت افکار خود آیند
چهارم	مرور تکلیف، فهرست‌کردن باورهای مشکل آفرین، تکنیک صندلی خالی، تکلیف خانگی، اولویت‌بندی باورهای مشکل آفرین
پنجم	مرور تکلیف، تصویرسازی (برقراری ارتباط بین طرحواره‌های اولیه و مشکل)، تکلیف خانگی، تهیه کارت
ششم	مرور تکلیف، گفتگوی خیالی بین جنبه سالم و ناسالم طرحواره، تکلیف خانگی، برگه پیوستار
هفتم	مرور تکلیف، آزمایش تاریخی طرحواره‌ها، تهیه شواهدی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه تائید یا رد می‌کند، تعریف جدید از شواهد (برچسب جدید) و تعیین باور هسته‌ای، تکلیف خانگی، ثبت اطلاعات مثبت
هشتم	مرور تکلیف، بازنگری مفهوم سازی، تکلیف خانگی، شناسایی باورهای جایگزین
نهم	مرور تکلیف، بازنگری مزایا و معایب باورها، آرام‌سازی
دهم تا دوازدهم	دست‌آوردهای درمان، تکالیف پیشگیری از عود، تغییرات در طول درمان، آموخته‌های دوران درمان و ورود به زندگی روزمره

به ترتیب (۳۵/۸۷، ۴۷/۹۳ و ۵۴/۰۰) و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۳۶/۶۰، ۳۸/۶۷ و ۳۶/۶۰) می‌باشد. میانگین نمرات سبک هیجان مدار در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۵۳/۱۳، ۳۹/۸۷ و ۳۶/۵۳) و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۴۸/۰۰، ۵۲/۲۰ و ۴۸/۰۰) می‌باشد. میانگین نمرات سبک اجتنابی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۴۵/۸۷، ۴۲/۲۷ و ۳۶/۶۰) و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۴۵/۳۳، ۴۲/۲۷ و ۴۲/۴۷) می‌باشد. در ادامه وضعیت میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای را در سه مرحله آزمون در گروه‌های مورد پژوهش به صورت جدول ۲ ارائه گردیده است.

طرحواره درمانی در این مطالعه به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل فقط داروهای مصرفی درمانی و کنترل پزشکی معالجات را طبق روال عادی خود دریافت کردند و هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکردند. به منظور توصیف داده‌های این تحقیق از شاخص‌های آمار توصیفی (مانند میانگین، واریانس و انحراف معیار) و برای تجزیه و تحلیل داده‌های خام به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق از شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

#### یافته‌ها

میانگین نمرات سبک مسأله مدار در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های مقابله‌ای در گروه‌های مورد پژوهش

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
سبک مسأله مدار	۱۲/۰۱ ± ۳۵/۸۷	۷/۸۱ ± ۴۷/۹۳	۱۱/۸۹ ± ۵۴/۰۰
کنترل	۱۰/۹۲ ± ۳۵/۶۰	۳/۸۸ ± ۳۸/۶۷	۹/۰۳ ± ۳۶/۶۰
سبک هیجان مدار	۱۰/۱۳ ± ۵۳/۱۳	۹/۸۷ ± ۳۹/۸۷	۷/۶۲ ± ۳۶/۵۳
کنترل	۹/۶۱ ± ۵۲/۲۰	۱۰/۹۴ ± ۴۸/۰۰	۱۰/۳۴ ± ۴۸/۳۳
سبک اجتنابی	۹/۲۶ ± ۴۵/۸۷	۷/۴۸ ± ۳۲/۰۰	۵/۱۱ ± ۳۶/۶۰
کنترل	۱۰/۸۸ ± ۴۵/۳۳	۱۰/۹۱ ± ۴۲/۲۷	۱۰/۸۲ ± ۴۲/۴۷

بعلاوه آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. جهت رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن، لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون و آزمون

برای بررسی معناداری اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای از تحلیل کواریانس و برای ارزیابی اثر زمان و به عبارت بهتر پایداری مداخله از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

کرویت موچلی برای بررسی همگنی واریانس استفاده شد. تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیروویلک، لون و آزمون کرویت موچلی برای بررسی مفروضه‌ها

آزمون کرویت موچلی		آزمون لون		آزمون شاپیرو ویلک		متغیرها
P	آماره	P	آماره	P	F	
۰/۲۴	۰/۸۰۵	۰/۰۶	۳/۸	۰/۳۸	۰/۹۶۴	سبک مسأله مدار
۰/۱۷	۰/۷۶۴	۰/۲۷	۱/۲۷	۰/۰۶	۰/۹۳۳	سبک هیجان مدار
۰/۴۳	۰/۸۸۰	۰/۱۹	۱/۸۲	۰/۱۴	۰/۹۴۷	سبک اجتنابی
۰/۱۳	۰/۷۳۰	۰/۴۴	۰/۶۱۲	۰/۲۸	۰/۹۵۸	شدت فعالیت بیماری
۰/۰۳	۰/۵۶۷	۰/۵۵	۰/۳۶۳	۰/۸۲	۰/۹۸۰	شدت التهاب

پس آزمون‌های سبک‌های مقابله‌ای، شدت فعالیت بیماری و شدت التهاب به عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. در این پژوهش در تمام متغیرها میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود ( $p > 0/05$ ). همچنین تعاملی غیر معنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد.

جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سبک‌های مقابله‌ای در گروه‌های مورد پژوهش با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین گروه‌های مورد پژوهش در میزان سبک‌های مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری شاپیرو ویلک و آزمون لون، برای تمامی متغیرها بیشتر از میزان ۰/۰۵ است؛ بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها و همگنی واریانس‌ها تأیید می‌گردد. با توجه به اینکه سطح معناداری حاصل از آزمون کرویت موچلی برای سبک مسأله مدار، سبک هیجان مدار، سبک اجتنابی و شدت فعالیت بیماری بیشتر از میزان ۰/۰۵ می‌باشد، لذا در خصوص این متغیرهای این مفروضه تأیید می‌گردد ولی با توجه به نتیجه‌ای که برای شدت التهاب به دست آمد می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها در خصوص این متغیر رعایت نشده است و بنابراین برای بررسی شدت التهاب در خروجی تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر، نتایج آزمون گرین‌هاوس گیزر ارائه می‌گردد.

یکی از مفروضات تحلیل کواریانس همگنی شیب خط رگرسیون است. در پژوهش حاضر

علی اکبری و همکاران: اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران آرتريت روماتوئید

برای تشخیص اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت وجود دارد از کورایانس‌های یکرهه در متن مانکوا استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا به روی میانگین نمرات پس‌آزمون سبک‌های مقابله‌ای با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰/۴۵۷	۹/۱۱	۳	۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کورایانسهای یکرهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
سبک مسأله مدار	۶۱۵/۹۸	۱	۶۱۵/۹۸	۱۹/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹
سبک هیجان مدار	۵۸۵/۴۲	۱	۵۸۵/۴۲	۹/۵۷	<۰/۰۰۵	۰/۲۸	۰/۹۲
سبک اجتنابی	۸۳۸/۴۲	۱	۸۳۸/۴۲	۱۲/۴۲	<۰/۰۰۲	۰/۳۳	۰/۹۵

سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید مؤثر است.

به منظور بررسی پایداری مداخله (اثر زمان) تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر با آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی گروه آزمایش انجام شد. این آزمون به منظور مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها انجام می‌شود که نتایج آن در جدول شماره ۶ نشان داده شده است.

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای سبک مسأله مدار ( $F=19/19$ )، سبک هیجان مدار ( $F=9/57$ )، و سبک اجتنابی ( $F=12/42$ ) ( $P<0/01$ ) می‌توان بیان کرد که در همه سبک‌های مقابله‌ای بین گروه‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت طرحواره درمانی به‌طور معناداری بر

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی سبک‌های مقابله‌ای در مقایسه دوبه‌دوی مراحل آزمون

مراحل ←	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون
سبک مسأله مدار	-۱۲/۰۷	۰/۰۰۲	تفاوت میانگین‌ها	۶/۰۷	۰/۰۰۴	پس‌آزمون - پیگیری
سبک هیجان مدار	۱۳/۲۷	<۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها	۳/۳۳	<۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها
سبک اجتنابی	۱۳/۸۷	۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها	-۴/۶۰	۰/۰۰۳	تفاوت میانگین‌ها

درد ( $p \leq 0/01$ )، به این معنی که میزان سبک مسأله مدار در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش و سبک‌های هیجان مدار و اجتنابی کاهش یافته است؛ اما بین پس‌آزمون این متغیرها و

بر اساس نتایج جدول ۶، بین میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی در مقایسه مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری تفاوت معناداری وجود



زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به HIV انجام شده بود، طرح واره درمانی درمان جامع تر نسبت به رفتار درمانی دیالتیک خود را نشان داد. نوربالا و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه ای که با هدف اثربخشی بین سبک‌های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی بر سلامت عمومی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که هر دو سبک مقابله ای اجتناب و جبران افراطی تاثیر منفی بر سلامت عمومی دارند، اما در صورت غلبه ی سبک مقابله ای جبران افراطی در مواجهه با مشکلات، آسیب بیشتری از نظر جسمانی و روانی به افراد وارد می شود. مردانی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه ای با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله ای اجتناب، جبران افراطی و ترس از ازدواج دانشجویان دختر انجام شد به این نتیجه رسیدند که آموزش طرحواره درمانی می تواند ترس‌ها را کاهش و سبک‌های مقابله اجتناب و جبران افراطی را کاهش دهد. در مطالعه گاتام و همکاران (۲۰۲۰) در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، تاثیر مداخله ۸ هفته‌ای در سبک زندگی مبتنی بر یوگا بر محور روانی، عصبی- ایمنی، فعالیت بیماری و کیفیت زندگی ادراک شده در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد شدت بیماری بعد از تمرینات یوگا کاهش یافته است و فعالیت بیماری بعد از این مداخله با کاهش قابل توجه سیتوکین‌های التهابی و افزایش مارکرهای ارتباطی ذهن و بدن همراه بوده است. بنابراین استفاده از مداخله در سبک زندگی مبتنی بر یوگا نتیجه بالینی را در RA بهبود می بخشد، و با اثرات مفید آن بر محور روانشناختی - ایمنی بدن،

پیگیری آنها تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ) که نشان می‌دهد اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پایدار بوده است.

### نتیجه‌گیری و بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران آرتریت روماتوئید انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که در همه سبک‌های مقابله‌ای بین گروه‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت طرحواره درمانی به طور معناداری بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر بوده است. بین میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی در مقایسه مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنی که میزان سبک مسأله مدار در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش و سبک‌های هیجان مدار و اجتنابی کاهش یافته است؛ اما بین پس‌آزمون این متغیرها و پیگیری آنها تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشان می‌دهد اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پایدار بوده است. این نتایج با برخی پژوهش‌های پیشین که اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله ای را مورد بررسی قرار داده بودند هماهنگ می‌باشد، به‌عنوان مثال می‌توان به مطالعه همی ثابت و همکاران (۱۴۰۰) اشاره کرد که با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالتیک بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت

ساخت. راهبرد مقابله فاجعه آفرینی نه تنها پیش‌بینی‌کننده مستقل و معنا دار شدت درد بود بلکه استفاده پیش‌تر از این راهبرد در مواجهه با درد توانست افسردگی و ناتوانی جسمی را حتی پس از کنترل درد پیش‌بینی کند. استیودنیک و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی اختلاف بین بیماران و پزشکان در درک آنها از فعالیت بیماری آرتريت روماتوئيد را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها متوجه شدند که درد مهم‌ترین تعیین‌کننده مستقل ادراک بیمار از فعالیت بیماری خودش است، اما پزشک یا ارزیاب اغلب به التهاب مفصل توجه دارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شدت درد، افسردگی و ناتوانی درد در مطالعه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج آن مطالعه نشان داد که فاکتورهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه به صورت مقطعی پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی در هر دو گروه بیمار و کنترل بودند. درنهایت این مطالعه اهمیت ناملايمات عاطفی اولیه را در پیش‌بینی افسردگی بویژه در بیماران درد نشان داد. در حالیکه شدت درد پیش‌بینی‌کننده اصلی ناتوانی درد در گروه کنترل بود، در بیماران مبتلا به درد، افسردگی پیش‌بینی‌کننده اصلی ناتوانی درد بود و با افزایش مدت‌زمان درد، اهمیت شدت درد بر ناتوانی از بین رفت (ساریاهو و همکاران، ۲۰۱۱).

سعادت و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی شناخت درمانگری در شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد را در بیمارستان امام خمینی تهران مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این پژوهش که تحقیق آزمایشی از نوع پس‌آزمون با گروه کنترل بود؛ ارائه برنامه مداخلاتی

التهاب سیستمیک را کاهش می‌دهد. کوپ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود، علائم درد شبه نوروپاتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد را بررسی کردند. آن‌ها دریافتند اکثر بیمارانی که درد را گزارش می‌کنند، نشانه‌های حداقلی از التهاب و فعالیت بیماری پایینی دارند. آن‌ها همچنین متوجه شدند که تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد، علائم شناخته شده درد عصبی را به شکل مناسبی کنترل می‌کنند. لی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای، سعی کردند که بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد را بر اساس درد، خستگی، التهاب و عوامل روانی-اجتماعی، گروه‌بندی کنند. بیشتر این بیماران دارای حداقل علائم التهاب بودند اما میزان خستگی، فاجعه‌پنداری درد و اختلال در خواب زیاد بود، که نشانگر سندرم درد مزمن گسترده است. کروتز و مولتترا (۲۰۱۴) نشان دادند رویکرد طرحواره محور به دلیل کار کردن بر درونمایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی نسبت به خود و توانایی‌های خود دارند در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است. ساریاهو و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیق خود رابطه بین درد مزمن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را بررسی کرده‌اند.

نتایج تحقیق نشان داد بیماران با درد مزمن از اکثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و طرحواره‌ها در درد بیماران تأثیر دارد. نتیجه پژوهشی دیگر نقش غیر انطباقی راهبرد مقابله فاجعه آفرینی را در سازگاری با درد مزمن آشکار

شدت نشانه‌های بیماری و افزایش متغیر کیفیت زندگی شده است (نوربالا و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهشی که توسط معنوی‌پور و سادات میری (۱۳۹۴) به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی و مالتیپل اسکلروز با افراد سالم پرداخته بودند نتایج آنها نشان داد تفاوت معناداری بین طرحواره‌های گروه افراد ام اس با افراد سالم وجود دارد. به این معنی که طرحواره شکست و نقص / شرم پیش‌بینی کننده عود بیماری در افراد مبتلا به ام اس است. همچنین بیماران ام اس که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی و طرد بودند ادراک منفی‌تری از خود داشتند و ناتوانی حرکتی بیشتری را گزارش دادند. (معنوی‌پور و سادات میری، ۱۳۹۴).

برای تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره درمانی، عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است (یانگ، ۲۰۰۳). یانگ مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرد که به اعتقاد او این طرحواره‌ها به عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای ویژگی‌هایی از قبیل درون مایه‌های عمیق، فراگیر و به شدت ناکارآمد و برگرفته از خاطرات، هیجان‌ها و شناخت واره‌ها و احساسات بدنی هستند و هنگام فعال‌شدن در سطح بالایی از عواطف را در بر می‌گیرند که حال تکامل خلق و خوی کودک با تجارب ناکارآمد او با خانواده و اطرافیان در سالهای اول زندگی است که در مسیر زندگی تداوم دارند و ساختارهای عمق و غیر قابل انکار و تغییر دارند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خودشان می‌جنگند و این تلاش فرد

شناخت درمانگری برای گروه آزمایش منجر به افزایش میزان بهزیستی روانی آنها در پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه شد. احمدی و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه‌ای باهدف مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم انجام دادند. آن‌ها دریافتند که بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر قلب از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و طرحواره‌های ناسازگار اولیه تاثیر می‌پذیرند و جهت بهبود بیماران میتوان، با شناسایی راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آموزش و درمان در این حوزه، در بهبود الگوهای شناختی و راهبردهای مقابله‌ای این بیماران استفاده کرد.

یوسف‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) تحقیقی با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر تهران انجام دادند که نتایج آن نشان داد نمرات طرحواره افراد پس از شرکت در طرحواره درمانی به‌طور معنی‌داری کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری نیز معنی‌دار باقی ماند. قابل توجه اینکه نمرات طرحواره در مراحل پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش معنی‌داری نداشت. حالت‌های روانی مثبت و منفی مهم‌ترین فاکتورها در فرایند درمان و پیگیری از بیماری‌های سایکوسوماتیک هستند. بر این اساس کاربرد طرحواره درمانی احساسی بر شدت و تناوب نشانه‌های جسمی و کیفیت زندگی بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج بررسی آن‌ها نشان داده است که طرحواره درمانی باعث کاهش

کنش محور و درون روانی، برای اداره و تنظیم تقاضاهای محیطی، درونی و کشمکش میان آنها است و دو کارکرد مهم تنظیم هیجان‌های ناگوار و در پیش گرفتن کنشی برای تغییر و بهبود مساله‌ای که باعث ناراحتی شده است. در سبک مقابله‌ای مسئله مدار فرد بر عامل فشار آور متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط فشارآور یا حذف آن انجام دهد (لازاروس و فولکمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹). اما در سبک مقابله‌ای هیجان مدار فرد سعی می‌کند، پیامدهای هیجانی واقعه فشارآور را مهار کند. کارکرد اولیه مقابله هیجان مدار تنظیم و مهار هیجانی عامل فشارآور است تا تعادل هیجانی فرد حفظ شود. از سوی دیگر سبک مقابله‌ای اجتنابی نیز ممن است به شکل روی آورد درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود. به عبارتی دیگر فرد با فاصله گرفتن از مشکل اقدام به فرار و اجتناب می‌کند (هارن و میچل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

از آن جا که شواهد تحقیقاتی در این باره اندک بوده است، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر با حجم نمونه بالاتر و با طول مدت پیگیری بیشتر اجر شود تا میزان اثر بخشی این راهکارها شفاف تر شود. لازم به ذکر است از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر، همکاری نکردن و خوداظهاری ضعیف افراد مورد مطالعه بود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پیشنهاد می‌شود در سیاست نظام بهداشتی درمانی کشور برنامه‌های برای بکارگیری طرحواره درمانی به منظور کاهش

برای سیدن به هماهنگی شناختی است (جیل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). فریمن و فاسکو<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) از طرحواره‌ها به عنوان مفروضه یا قوانین زیر بنایی یاد می‌کنند که افکار و رفتارهای فرد را تحت کنترل خود در می‌آورند.

طرحواره‌های ناسازگار از طریق سه فرایند یا سبک مقابله‌ای ادامه پیدا می‌کند: سبک‌های مقابله‌ای جبران افراطی، تداوم و اجتناب. وقتی افراد سبک شناختی یا رفتارهای متضادی با طرحواره‌های پیش‌بینی شده اولیه از خود بروز می‌دهند، جبران طرحواره، به عنوان سبک مقابله‌ای، موجب تداوم طرحواره‌های ناسازگار می‌شود (شریعتمدار، ۱۳۹۳). در سبک‌های مقابله‌ای، تداوم طرحواره فرد از طریق تحریف‌های شناختی و الگوهای رفتاری خود آسیب رسان موجب ثبت طرحواره می‌شود، هم چنین در تحریف شناختی، اطلاعات سازگار با طرحواره بزرگ نمایی و اطلاعات ناسازگار کوچک نمایی می‌شود و از سوی الگوهای خود آسیب رسان، با تجارب هیجانات شدید غم، خشم و اضطراب یا احساس گناه همراه است و سبک مقابله‌ای اجتناب هم به سه شکل شناختی، عاطفی و رفتاری صورت می‌گیرد (هایس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). در ضمن، طرحواره‌ها موجب سوءگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند (یوسفی، ۱۳۸۹).

سبک‌های مقابله‌ای به عنوان یک فرایند روانشناختی به کوشش‌های شناختی و رفتاری اشخاص برای حل و فصل شرایط استرس زار گرفته می‌شود. مقابله دربرگیرنده تلاش‌ها، اعم از

1. Jill  
2. Freeman & Fasco  
3. Hayes

4. Lazarus & Folkman  
5. Haren & Mitchell

### سیاسگزاری

بدینوسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از بیماران مراجعه کننده و بیماران شرکت کننده در پژوهش اعلام می دارند.

آلام این بیماران و آشنا نمودن متخصصان صورت گیرد.

### تعارض منافع

این تحقیق برگرفته از پایان نامه دانشجویی دکتری دانشگاه پیام نور مرکز بین الملل می باشد.

### منابع

زره پوش، اصغر (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

سعادت، نفیسه، آقایوسفی، علیرضا، خواجه وند، افسانه و رستمیان، عبدالرحمان (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانگری در شاخص های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در بیمارستان امام خمینی تهران، *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۱(۱): ۷۸-۸۵.

خانابائی، ناهید، زاهدی، راضیه، رفیعی پور، امین (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از پیشرفت بیماری و پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*. ۸(۲): ۱۱۷-۱۳۲.

خجوی، زینب، رستمی، رضا، هادی زاده شالدهی، مریم، پورخاقان، فاطمه (۱۳۹۸). پیش بینی ترس از حرکت بر اساس فاجعه سازی درد و روان رنجورخویی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*. ۸(۴): ۲۵-۴۰.

علی پور، احمد، نوربالا، احمد علی (۲۰۱۶). مبانی سایکونورویمونولوژی: (روان - عصب ایمنی شناسی). تهران: دانشگاه علوم پزشکی و

احمدی، فرزانه، استادیان خانی، زهرا و آقایوسفی، علیرضا (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم، *مجله مطالعات ناتوانی*. ۷(۱): ۵۳-۶۲.

جوکار، سولماز (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله مدیریت استرس شناختی - رفتاری - بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس و بهبود وضعیت سلامت بیماران به آرتریت و روماتوئید پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

رضایی ملاجق، رسول (۱۳۹۱). تأثیر طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم مرضی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

ریزو، لارنس پی، تویت، پیتروال دو، استین، دان جی و یانگ، جفری. (۲۰۰۷). طرحواره های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روانشناختی راهنمای عملی برای متخصصان و درمانگران، ترجمه دکتر رضا مولودی و سیما احمدی، تهران، انتشارات ارجمند.

مرادی زهرا، صادقی مسعود (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روانشناسی مثبت‌نگر بر نشخوار فکری زنان مبتلا آرتریت روماتوئید. *مجله علوم پزشکی رازی*; ۲۷(۶): ۷۵-۸۹.

یوسف‌زاده، مهدیه. هاشمی، سیدمسعود. طابی، هوشنگ، نشاط دوست حمیدطاهر، طاهری، مهرداد. مومن‌زاده سیروس (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران شهر تهران مبتلا به کمردرد مزمن. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۱۳(۱): ۶۹-۸۲.

همتی ثابت، وحید، سادات، حسینی سعیده، افشاری‌نیا، کریم، عارفی، مختار (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به HIV. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۴(۴): ۱۵۲.

خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت پژوهشی، اداره انتشارات و چاپ فرهادی، محمد. پاتولوژی بیماری‌های روماتیسمی، خود ایمنی. دهمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران (مجموعه مقالات علمی - تحقیقاتی). تهران، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

مردانی، فرزانه، تیشه‌کنی، زهرا، رستمی، هدی، علیپور، الهه (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، جبران افراطی و ترس از ازدواج دانشجویان دختر. *زن و فرهنگ*. ۱۱(۴۱): ۷۱-۸۶.

معنوی‌پور، داود، سادات میری، لعی (۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران با اختلال روان‌تنی و مالتیپل اسکروز. *علوم اعصاب شفای خاتم*. ۵(۱): ۴۰-۴۷.

Contrada R J. Baum A. (2011). The handbook of stress science: Biology, psychology, and health. Springer Publishing Company.

Cormier A. Jourda B. Laros C. Walburg, V. Collahans S. (2010). Influence between early maladaptive schemas and depression. *Encephale*, 37(4),293-8.

Davatchi F. Sandoughi M. Moghimi N. Jamshidi A. R. Tehrani A. Zakeri Z. Sadeghi Abdollahi B. (2016). Epidemiology of rheumatic diseases in Iran from analysis of four COPCORD studies. 19(11): 1056-1062.

Freeman A. Fusco G. M. (2004). Borderline personality disorder- A therapist's guide to taking control. USA: Norton.

Freeman A. Fusco G. M. (2004). Borderline personality disorder- A therapist's guide to taking control. USA: Norton.

Gautam S. Kumar M. Kumar U. Dada R. (2020). Effect of an 8-Week Yoga-Based Lifestyle Intervention on Psycho-Neuro-Immune Axis, Disease Activity, and Perceived Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Patients: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 11:2259.

- Haren, E. Mitchell C.W. (2003). Relations between the five-factor personality model and coping styles. *Psychology and education: and interdisciplinary journal*: 40(1): 38-49.
- Hayes SC. Strosahl KD. Wilson KG. Bisset R.T. Pistorello J. Toarm D. (2004). Measuring experimental avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*. 54(4):553-578.
- Jill R. Johnson H. C. Emmons R. L. Rivard K. H. Griffin J. A.(2008). Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *The Journal Science and Healing*, 11(6), 433-444.
- Koop S. M. W. Klooster P. M. Vonkeman H. E. Steunebrink L. M. M. VandeLaar, M. A. F. J. (2015). Neuropathic-like pain features and cross-sectional associations in rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*, 17(1), 20-29.
- Kreuter E.A. Moltner K.M. (2014). Treatment and management of maladaptive schemas. New York.
- Lazarus, R. S. Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- Lee Y. C. Frits M. L. Iannaccone C. K. Weinblatt M. E. Shadick N. A. Williams D. A. Cui Shorey R.C. Stuart G.L. Anderson S. Strong D.R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal of clinical psychology*, 69(9), 912-922.
- Lee Y. C. Frits M. L. Iannaccone C. K. Weinblatt M. E. Shadick N. A. Williams D. A. Cui J. (2014). Subgrouping of Patients With Rheumatoid Arthritis Based on Pain, Fatigue, Inflammation, and Psychosocial Factors. *Arthritis & Rheumatology*, 66(8), 206–214.
- Longo DL(2018). Harrison's principles of internal medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill.
- Noorbala A.A. Erfan A. Mohammadi A. Abidi P. (2016). The effectiveness of emotional schema therapy on the severity and frequency of physical symptoms and life quality of patients with irritable bowel syndrome: single-subject design.
- Pincus T. Williams A. (1999), Models and Measurements of Depression in Chronic Pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, (3), 211-219.
- Saariaho T. Saariaho A. Karila I. Joukamaa M. (2012). Early maladaptive schema factors, chronic pain and depressiveness: a study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical psychology & psychotherapy*. 19(3):214-23.
- Saariaho T.H. Saariaho A.S. Karila E.A. Joukamaa A. (2011). Early Maladaptive Schemas in Finnish Adult Chronic Pain Patients and control sample. *Scandinavian journal of psychology*. 52 (2): 146-153.
- Seirafi M.R. Namjoo S. Sabet M. (2018). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for adherence, depression and negative illness representations in rheumatoid arthritis patients: A

- randomized controlled trial. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 22(2):48-62.
- Studenic P. Radner H. Smolen J. S. Aletaha D. (2012). Discrepancies between patients and physicians in the perception of rheumatoid arthritis disease activity. *Arthritis & Rheumatology*. 64(1): 2814–23.
- Yoosefi, N.(1389). Comparind the efficacy of two family therapy approach according to schema therapy and Bowens emotional system in early maladaptive schemas, self differentiation, attachment styles and tendency to divorce in couple who wanted to be divorce in the city of Saghez. Phd thesis in family counseling . Esfahan university.
- Young J. E. Klosko J. S. Weishaar M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zautra A.J. Smith & Bruce W. (2001). Depression and Reactivity to Stress in Older Women with Rheumatiod Arthritis and Osteoarthritis. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 687-696.