

مقاله اصلی

تأثیر مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ناتوانی عملکردی و ادراک درد زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۷

خلاصه

مقدمه: روماتیسم یک عامل شایع دردهای مفصلی و ناتوانی جسمی در بیماران محسوب می‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که این بیماری معمولاً در سنین بالا بروز می‌کند و در زنان فراوانی بیشتری نسبت به مردان دارد. **هدف** پژوهش حاضر تأثیر مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ناتوانی عملکردی و ادراک درد زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۸ بود.

روش کار: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گواه می‌باشد. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر خرم‌آباد بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس از بین زنان مبتلا به روماتیسم ۴۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. در شرایط یکسان و همزمان، پیش‌آزمون با پرسشنامه‌های ناتوانی عملکردی و ادراک درد از هر دو گروه به عمل آمد. سپس مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایشی اجرا شد ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. **نتایج:** نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره نشان داد که مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش ناتوانی عملکردی و ادراک درد بیماران تأثیر معناداری داشته است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان بیان داشت روان‌درمانی مثبت‌گرا باعث کاهش ناتوانی عملکردی و ادراک درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید شده است. لذا در کنار درمان پزشکی می‌توان از این درمان جهت کاهش ناتوانی عملکردی و ادراک درد این بیماران استفاده کرد.

کلمات کلیدی: روان‌درمانی، مثبت‌گرا، ناتوانی عملکردی، ادراک درد، روماتیسم مفصلی، زنان

مسعود صادقی^۱

زهرا مرادی^{۲*}

۱ عضو هیات علمی گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم

انسانی، دانشگاه لرستان، خرم-آباد، ایران

۲ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده

روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل،

ایران.

Email:

zahramoradi1214@gmail.com

مقدمه

بیماری یکی از مواردی است که زندگی بشر را دستخوش یکی از بیماری‌هایی که همه ابعاد وجود انسان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و علاوه بر مشکلات و ناتوانی‌های جسمانی، پیامدهای اجتماعی و روانشناختی به دنبال دارد، آرتریت روماتوئید^۱ است (۱). این بیماری، یک بیماری چند سیستمی مزمن است که به طور تقریبی در دو سوم بیماران به طور تدریجی با خستگی، بی‌اشتهایی، ضعف عمومی و علائم عضلانی اسکلتی مبهم آغاز شده، هفته‌ها یا ماه‌ها پایدار مانده و هنگامی که چندین مفصل مبتلا می‌شود، خود را نشان می‌دهد (۱). التهاب در مفاصل موجب درد، تورم، خشکی کامل مفاصل و درد همراه است، کاهش قدرت عضلانی در عضلات متصل به مفصل درگیر، باعث ناتوانی در حرکت می‌شود (۲). این وضعیت گاهی می‌تواند بسیار دردناک باشد و علاوه بر تاثیر مخربی که بر مفاصل دارد با تاثیر بر سایر بافت‌ها و ارگان‌های بدن باعث کاهش طول عمر و کارایی آنها می‌گردد. در دوره‌هایی از خاموشی نشانه‌هایی مثل تورم، درد و ضعف، محو یا ناپدید می‌شود اما در بیشتر آنها بیماری فعال است و با زمان پیشرفت می‌کند. درمان‌های موجود در درجه اول بر تسکین درد و کاهش التهاب تمرکز دارد (۲). بیماری روماتیسم مفصلی در افراد مبتلا به چند طریق باعث بروز ناتوانی می‌شود. در ۳۳ درصد موارد مکانیسم بروز این ناتوانی علائم بیماری است. سایر مکانیسم‌های بروز ناتوانی عبارتند از: عوامل ناشناخته (در ۴۱ درصد موارد) عواملی غیر از بیماری روماتیسم مفصلی، به عنوان مثال نحوه‌ی ارزیابی بیماری و درد خود، وضعیت روانشناختی بیماران و روحیه افراد (در ۲۶ درصد موارد) (۳). اگرچه سبب-شناسی این بیماری تاکنون ناشناخته مانده است، اما مطالعات همه-گیرشناسی، بیان‌کننده ترکیبی از عوامل مختلف محیطی و ژنتیکی هستند که دخالت هر کدام از آنها برای ایجاد بیماری لازم است، اما به تنهایی کافی نمی‌باشد (۴). آرتریت روماتوئید در افراد مختلف آثار متفاوتی دارد. برای برخی افراد این بیماری حدود چند ماه تا چند سال طول می‌کشد ممکن است به نوع حاد مبتلا می‌شوند گاهی تا پایان عمر طول می‌کشد و آثار مخرب جدی به

جا گذاشته و باعث ناتوانی فرد می‌گردد (۵). بیماری‌های روماتیسمی بر جنبه‌های مختلفی از زندگی روزمره بیماران تاثیر می‌گذارد و منجر به صدماتی می‌شوند که باعث کاهش توانایی انجام بعضی از وظایف و فعالیت‌ها می‌شود. از جمله حوزه‌های که تحت تاثیر پیامدها و عوارض بیماری قرار می‌گیرند، عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی و اختلال در عملکرد روانشناختی و هیجانی است که خود این اختلالات و ناتوانی‌ها در یک سیکل معیوب باعث افزایش ناتوانی در فرد مبتلا می‌شوند (۶). بیماری-های مزمن غیر کشنده مهمترین مشکلی را که همراه با خود دارند بروز ناتوانی‌های فیزیکی و روانی در فرد بیمار است. پژوهشگران علاقمند به بررسی ارتباط بین شناخت عوامل پیش‌بینی‌کننده برای ناتوانی هستند تا بتوانند از بروز ناتوانی‌ها در فرد بیمار تا حد امکان پیشگیری کرده و آنها را به حداقل برسانند (۴).

اجزای عملکرد و ناتوانی توسط چند ساختار مجزا اما مربوط به هم، بیان می‌شوند. عملکرد فرد و ناتوانی تعاملی پویا بین شرایط سلامتی (بیماری‌ها، اختلال‌ها، صدمات، ضربه‌ها، فشارهای روانی و...) و عوامل زمینه‌ای می‌باشد. عوامل محیطی با تمام اجزای عملکرد و ناتوانی در تعامل است. یکی از این عوامل درد مفصلی است که بیمار را به سوی کاهش عملکرد و ناتوانی سوق می‌دهد و ناتوانی نیز می‌تواند از محدودیت حرکات مفصل نشأت گرفته باشد و در نتیجه بیمار از عهده انجام وظایف روزانه‌اش برنمی‌آید. ثابت شده است که فاکتورهای روانی با میزان ناتوانی همبستگی دارند (۷). بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی نسبت به افراد سالم دارای ناتوانی عملکردی^۲ بیشتری هستند (۸). عملکرد عنوانی فراگیر است که تمام عملکردهای بدن، فعالیت‌ها و مشارکت فرد را همانند چتری در برمی‌گیرد و مشابه آن ناتوانی نیز عنوانی فراگیر در نظر گرفته می‌شود که برای اختلال‌ها، محدودیت‌های حرکتی یا موانع مشارکت، به کار می‌رود. ناتوانی عملکردی شامل عوامل فردی و عوامل موجود در محیط می‌باشد. عملکردهای بدن عبارت است از عملکردهای فیزیولوژیکی دستگاه‌های بدن

² Functional disability

¹ Rheumatoid Arthritis

(از جمله عملکردهای روانشناختی). عوامل محیطی شامل محیط فیزیکی، اجتماعی و نگرشی است که افراد در آن، ادامه‌ی حیات می‌دهند (۹). ناتوانی منعکس کننده پیامدهای نقص (اختلال) در عملکرد و فعالیت فرد است؛ به عبارت دیگر هر گونه فقدان یا محدودیت در توانایی انجام دادن فعالیت‌های که در سطح طبیعی، از هر انسانی انتظار می‌رود، ناتوانی نامیده می‌شود (۸). توانایی عملکردی، شامل انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های مراقبت از خود، فعالیت‌های مفید و کارساز روزانه زندگی و مهارت‌های پیچیده مورد نیاز برای داشتن زندگی مستقل می‌شود. فردی که دچار ناتوانی عملکردی است ممکن است از انجام فعالیت‌های روزانه درمانده شود (۱۰). وقتی فرد دچار ناتوانی عملکردی می‌شود غیر از مشکلات جسمی با مشکلات روانی نیز باید دست و پنجه نرم کنند. این احساس که فرد توانایی انجام کارهای روزانه خود را ندارد، نوعی سرخوردگی در فرد به وجود می‌آورد. بیماری‌های روماتیسمی باعث ناتوانی، از کار افتادگی، بازنشستگی زودرس و از دست دادن شغل می‌شوند (۱۱).

در بیماران روماتیسم مفصلی احساس خستگی و درد به صورت مداوم درک می‌شود. درد^۱ یکی از ترس‌آورترین و پریشان کننده‌ترین علائم بیماری است. درد از نظر طول مدت به دو دسته تقسیم می‌شود: درد حاد و درد مزمن. درد حاد معمولاً نتیجه‌ی بیماری یا صدمه است و کمتر از سه ماه ادامه دارد، اما درد مزمن که به مدت حداقل سه ماه ادامه دارد، می‌تواند با آسیب بافتی همراه باشد و یا در طول زمان عود کند (۱۲). ادارک درد^۲ یعنی شکلی که فرد درد را حس می‌کند و نحوه‌ی که آن را تفسیر می‌کند (۱۳). یافته‌ها نشان داده‌اند که تغییر در ادارک درد در بهبود بیماران سکتة قلبی نقش دارد و نیز ادارک بیماری با تعدادی از پیامدها مانند پیگیری درمان یا بهبود عملکرد مرتبط است. ادارک درد یعنی نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره‌ی درد. همچنین تحریف‌های شناختی مانند فاجعه آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آنها از درد و پیامدهای آن و به

طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد، با ادارک درد ارتباط دارد. درد تجربه‌ی ادارکی پیچیده‌ای است که تحت تاثیر عوامل روانی- اجتماعی گسترده‌ای قرار می‌گیرد. نحوه‌ی بروز درد در افراد، منحصر به فرد بوده و تفاوت‌های فردی، روانی، فرهنگی، اجتماعی، محیطی و حتی مذهبی در ادارک درد فرد دخیل هستند (۱۴). ادارک درد یک واکنش فیزیولوژیک قابل اندازه‌گیری از گیرنده‌های حسی مخصوص درد بوده که در اثر صدمه بافتی، آشکار یا نهان می‌شود که در سیستم اعصاب مرکزی از راه نخاعی- تالاموسی و در نواحی مختلف کورتکس مغز به عنوان درد درک می‌شود. ادارک درد آستانه شناخت یا آگاهی از درد است اما تغییرات و نوسانات زیادی در ادارک درد در بین افراد و یا حتی در یک فرد در مقاطع زمانی متفاوت وجود دارد، این نوسانات می‌توانند بر اساس پیچیدگی‌های موجود در سازوکارهای ایجاد کننده درد و برخی عوامل روانی تفسیر گردند (۱۵). به طور کلی، پژوهش‌ها ارتباط متغیرهای شناختی را با درد مزمن و ادارک درد نشان داده‌اند. در پژوهش گریتر^۳ و همکاران (۱۶) نشان دادند بیماران مبتلا به درد مزمن، سطوح بالایی از تجربه نگرانی، اضطراب، فاجعه سازی درد و نگرانی درباره درد را گزارش کرده‌اند که ارتباط مستقیم و غیر مستقیم با درجات درد داشت. از آنجایی که بیماران پردازش کننده‌های فعال بیماری خود هستند، بازنمایی ادارکی تعیین کننده نحوه پاسخگویی بیماران به این عوامل می‌باشد و سازگاری بیماران با بیماری و علائم آن را نیز تعیین می‌کند (۱۷). بنابراین مطالعه بر روی متغیر ادارک درد در بیماری‌های مزمن همچون روماتیسم مفصلی ضروری به نظر می‌رسد (۱۸). به خاطر مشکلات زیاد بیماران مبتلا به درد مزمن، روان‌شناسان در جستجوی درمان‌های روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های فیزیکی برآمده‌اند، به طوری که در چند دهه اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا و روان‌شناسی سلامت، به افزایش شادمانی و سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش نیرومندی‌های شخصی و سازه‌های مثبت در ارتقای سلامت، تاکید زیادی داشته‌اند و نیز مضامین

¹ Pain

² Pain Perception

³ Gerrits

اصولی روان‌شناسی مثبت‌گرا را شادمانی و خلاقیت و توانمندی تشکیل می‌دهد (۱۹).

رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان به جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلال‌ها، سعی در ایجاد توانایی در بیماران دارد (۲۰). این رویکرد معنا را در زندگی مراجعان به منظور تسکین آسیب-شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد. زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت‌ریشه در کارهای سلیگمن (۲۱) دارد که معتقد است، شادی شامل زندگی لذتمند؛ متعهدانه و معنادار است. تجربه هیجان‌های مثبتی که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر آن تاکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (۲۲). مداخله مثبت‌گرا گروهی باعث افزایش هیجان‌های مثبت، شریک شدن در هیجان‌ها و تجربه‌های مثبت دیگران، افزایش شبکه ارتباطات اجتماعی و روابط دوستی می‌شود. همچنین افراد، موفقیت، پیشرفت، رسیدن به هدف و تسلط بر محیط را به عنوان اموری ارزشمند دنبال می‌کنند. موفقیت و پیشرفت در بیشتر مواقع به عنوان موضوعی ارزشمند تلقی می‌شود (۲۳). کسانی که زندگی هدفمند را دنبال می‌کنند، بیشتر غرق کاری می‌شوند که انجام می‌دهند و در خود توانایی بیشتری می‌بینند. آنان حریصانه به دنبال کسب لذت هستند و وقتی موفقیتی به دست می‌آورند، هیجانانگیز را تجربه می‌کنند و این موفقیت می‌تواند در خدمت هدف بزرگ‌تری نیز باشد (۲۴). مداخلات مثبت‌گرا با تاثیر بر افکار، باورها و احساسات شخصی فرد احتمالاً خودمختاری (آزادی از هنجارها و مقابله با فشارهای اجتماعی)، رشد شخصی (بهبود زندگی شخصی خود از طریق یادگیری و تجربه) و پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش) را نیز بهبود می‌بخشد (۲۵). مداخله‌های روانشناسی مثبت‌گرا به افراد کمک می‌کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند. همچنین این مداخله در افرادی که دارای احساس امید و معنای کم هستند نیز می‌تواند تغییرات مثبتی ایجاد کند (۲۶). تاثیر و کارکرد هیجان‌های مثبت را

می‌توان بر اساس نظر فردیکسون به این صورت توضیح داد: هیجان‌های مثبت در افراد (که از مفروضه‌های اصلی روانشناسی مثبت‌نگر است)، اثر هیجان‌های منفی را خنثی می‌کنند، در نتیجه هیجان‌های مثبت به عنوان پادزهری موثر در برابر تاثیرات پایدار هیجان‌های منفی عمل می‌کنند و افراد را برمی‌انگیزاند تا با محیط پیرامون خود درگیر شوند در نتیجه باعث ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی، همچنین ایجاد بستر لازم برای بالندگی انسان می‌شود (۲۷).

با توجه به اختلال در کارکرد مفاصل که منجر به نوعی ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی می‌شود، توجه به این متغیر اهمیت خاصی دارد. همچنین درد مداومی که بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی به خاطر مشکلات مربوط به بیماری، با آن درگیر هستند و نحوه تفسیر درد و ادراک درد در این بیماران، ضرورت توجه به این متغیر را توجیه می‌کند. لذا پژوهش حاضر بر آن شد به بررسی تاثیر مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ناتوانی عملکردی و ادراک درد زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی بپردازد.

روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی است که با روش نیمه آزمایشی و به کار بستن طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گواه به انجام رسید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش به صورت در دسترس از بین کلیه زنان مبتلا آرتریت روماتوئید شهر خرم‌آباد، ۴۰ نفر انتخاب و پس از بررسی ملاک ورود (تشخیص بیماری آرتریت روماتوئید توسط پزشک متخصص، سابقه بیش از یک سال بیماری روماتیسم، رضایت به شرکت داشتن در جلسات درمانی و نداشتن اختلالات روان-پزشکی) و ملاک‌های خروج (غیبت ۳ جلسه یا بیشتر، داشتن اختلال روانی و عدم تمایل به شرکت در جلسات درمانی) به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه، هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند.

برای پژوهش حاضر ابتدا کد اخلاق: IR.LUMS.REC.1398.292 از دانشگاه علوم پزشکی

در سنجش میزان درد و ناتوانی در فعالیت‌های روزمره مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن را $0/84$ گزارش نموده‌اند (۳۰). پرسشنامه ادراک درد مگک گیل (MPQ) توسط ملزاک (۳۱) ساخته شد. این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد و هدف آن سنجش درک افراد از درد و ابعاد مختلف آن است. این پرسشنامه دارای ۴ بعد، ادراک حسی درد (سوال‌های ۱ تا ۱۰)، ادراک عاطفی درد (سوال‌های ۱۱ تا ۱۵)، ادراک ارزیابی درد (سوال‌های ۱۶ تا ۱۷) و دردهای متنوع و گوناگون (سوال‌های ۱۷ تا ۲۰) می‌باشد. در نمره‌گذاری این پرسشنامه برای هر سوال شش گزینه از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. نحوه امتیازدهی بر اساس ارزش مکانی لغات می‌باشد، یعنی لغات اول از هر گروه، نمره ۱ را می‌گیرند. بنابراین لغات انتخاب شده نه تنها کیفیت درد بلکه شدت آن را نیز نشان می‌دهند. مجموع نمرات در این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. نمره بیشتر به معنای ادراک درد بیشتر در بیماران است. پرسشنامه درد مگک گیل کاربردی-ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است که چهار بعد اصلی و شامل ۲۰ گروه لغت برای توصیف درد است. روایی و پایایی: در پژوهش دورکین (۳۲) روایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین $0/83$ تا $0/87$ به دست آمده است.

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و از روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. داده‌ها به وسیله نسخه نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

نتایج

بر اساس نتایج مشخص شد که: از مجموع ۳۰۰ پاسخگو، در پژوهش حاضر دامنه سنی زنان مورد بررسی قرار گرفت که بین ۲۹-۶۵ سال با میانگین $45/3$ سال بودند. سابقه بیماری آرتریت روماتوئید آنها بین ۲ تا ۱۵ سال و با میانگین $6/5$ سال بود. از بین ۴۰ نفر آزمودنی پژوهش حاضر ۲۶ نفر متأهل، ۸ نفر بیوه و ۶ نفر مطلقه بودند.

خرم‌آباد اخذ و سپس مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. پیش از انجام مداخلات، به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای بیماران پرداخته شد و با آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و پس از اعلام رضایت آگاهانه بیمار (شامل این مورد است که فرد هر زمان که بخواهد می‌تواند از ادامه جلسات درمانی انصراف دهد و هیچ عواقبی برای او ندارد) جلسات شروع شد. در ابتدا هر دو گروه آزمایشی و گروه گواه در شرایط یکسان پرسشنامه‌های ناتوانی عملکردی و ادراک درد را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمان مثبت‌گرا رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) به صورت یک جلسه در هفته انجام گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمانی، پرسشنامه‌های ناتوانی عملکردی و ادراک درد مجدداً به عنوان پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد.

ابزار پژوهش: پرسشنامه ناتوانی عملکردی (ODI) توسط

کملز و همکاران (۲۸) ساخته شد و دارای ۱۰ قسمت است که به منظور ناتوانی عملکردی در بیماران طراحی شده است. در هر قسمت یک مورد از ناتوانی را اندازه‌گیری می‌کند که این ۱۰ مورد شامل: شدت درد، انجام کارهای شخصی، بلند کردن اجسام، راه رفتن، نشستن، ایستادن، خوابیدن، فعالیت جنسی، زندگی اجتماعی و مسافرت کردن است. هر بخش از این پرسشنامه شامل ۶ گزینه می‌باشد که در بدترین حالت ناتوانی، نمره ۵ به هر بخش داده می‌شود که در مجموع امتیازهای ۱۰ بخش، برابر ۵۰ خواهد بود که ناتوانی کلی با حاصل ضرب مجموع نمره‌های هر قسمت در عدد ۲ محاسبه می‌شود. در حقیقت این پرسشنامه ناتوانی عملکردی را بین ۱۰۰-۰ ارزش‌گذاری می‌کند. بدین ترتیب که امتیاز صفر مبین سلامت کامل فرد و عملکرد بدون درد، ۲۵-۰ به منزله ناتوانی خفیف، ۲۵-۵۰ ناتوانی متوسط، ۷۵-۵۰ ناتوانی زیاد و ۱۰۰-۷۵ به منزله ناتوانی شدید و کاملاً حاد است که فرد قادر به انجام فعالیت روزمره نیست (۲۹). این پرسشنامه بهترین مقیاس برای سنجش ناتوانی عملکردی در بیماران دارای درد مزمن تشخیص داده شده است. در مطالعات گذشته، روایی و اعتبار پرسشنامه ODI

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ناتوانی عملکردی و ادراک درد و مولفه‌های آن در پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه آزمایشی و گروه گواه

عضویت گروهی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	متغیرها
ناتوانی عملکردی	میانگین ۵۸/۱۱	میانگین ۴۰/۶۲	انحراف استاندارد ۳/۹۳
ادراک کلی درد	میانگین ۶۷/۶۵	میانگین ۴۶/۲۵	انحراف استاندارد ۴/۵۱
ادراک حسی درد	میانگین ۳۴/۶۵	میانگین ۲۴/۴۶	انحراف استاندارد ۴/۰۵
ادراک عاطفی درد	میانگین ۱۵/۷۵	میانگین ۱۱/۳۲	انحراف استاندارد ۲/۷۲
ادراک ارزیابی درد	میانگین ۳/۴	میانگین ۱/۷۵	انحراف استاندارد ۰/۸۵
دردهای متنوع و گوناگون	میانگین ۱۳/۵۵	میانگین ۸/۷۲	انحراف استاندارد ۱/۷۱
گروه آزمایشی	میانگین ۵۸/۱۱	میانگین ۴۰/۶۲	انحراف استاندارد ۳/۹۳
گروه گواه	میانگین ۵۶/۳۸	میانگین ۵۷/۹۸	انحراف استاندارد ۳/۳۴
گروه آزمایشی	میانگین ۶۷/۶۵	میانگین ۴۶/۲۵	انحراف استاندارد ۴/۵۱
گروه گواه	میانگین ۶۸/۹۴	میانگین ۶۶/۸۱	انحراف استاندارد ۶/۰۲
گروه آزمایشی	میانگین ۳۴/۶۵	میانگین ۲۴/۴۶	انحراف استاندارد ۴/۰۵
گروه گواه	میانگین ۳۳/۸	میانگین ۳۴/۲۵	انحراف استاندارد ۴/۷۴
گروه آزمایشی	میانگین ۱۵/۷۵	میانگین ۱۱/۳۲	انحراف استاندارد ۲/۷۲
گروه گواه	میانگین ۱۷/۶۹	میانگین ۱۶/۲۵	انحراف استاندارد ۲/۴۶
گروه آزمایشی	میانگین ۳/۴	میانگین ۱/۷۵	انحراف استاندارد ۰/۸۵
گروه گواه	میانگین ۳/۶	میانگین ۳/۱۵	انحراف استاندارد ۱/۰۴
گروه آزمایشی	میانگین ۱۳/۵۵	میانگین ۸/۷۲	انحراف استاندارد ۱/۷۱
گروه گواه	میانگین ۱۳/۸۵	میانگین ۱۳/۱۵	انحراف استاندارد ۱/۹۸

این پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون ($p > 0.05$) مورد تایید قرار گرفت. نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تاثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. نمودار پراکنندگی نشان داد که پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای همگام (نمرات پیش-آزمون مربوطه) برقرار است. همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام در هر دو گروه آزمایشی و گواه از طریق رسم نمودار پراکنش برقرار بود. برای مشخص شدن اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ناتوانی عملکردی و ادراک درد زنان و معناداری تفاوت میانگین‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شده که در جدول ۲، ۳ و ۴ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۱، مشاهده می‌شود، برای گروه آزمایشی میانگین ناتوانی عملکردی، و ادراک کلی درد و مولفه‌های آن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) در مرحله پس‌آزمون با گروه گواه تفاوت دارد. به منظور معنادار بودن تفاوت‌ها از آمار استنباطی استفاده شد. برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که در هر دو گروه آزمایشی و گواه ($p > 0.05$) مورد تایید بود. پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد،

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای مولفه‌های ناتوانی عملکردی بر حسب عضویت گروهی روان‌درمان مثبت‌گرا

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اندا	توان
مجذورات	آزادی	مجذورات			معناداری	زه اثر	آماری

پیش‌آزمون ناتوانی عملکردی	۷/۶۹	۱	۷/۶۹	۰/۵۷	۰/۴۵	۰/۰۶	۰/۱۱
عضویت گروهی	۵۹۲/۵۵	۱	۵۹۲/۵۵	۱/۸۹	۰/۰۰۰۱	۱/۵۴	۱
خطا	۴۹۹/۴	۳۷	۱۳/۴۹	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره پس از حذف اثر پیش‌آزمون ناتوانی عملکردی، بین ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار اثر بخشی عضویت گروهی ۵۴ درصد به دست آمده که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و نشان می‌دهد مداخلات درمان مثبت‌گرا اثربخش بوده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره پس از حذف اثر پیش‌آزمون ناتوانی عملکردی، بین ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای ادراک درد در مرحله پس‌آزمون روان‌درمان مثبت‌گرا

آزمون	ارزش	درجه	درجه	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۴۷	۳۱	۴	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
لامبدایی	۰/۵۲	۳۱	۴	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
ویلکز	۹/۹۱	۳۱	۴	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
هتلیگ	۹/۹۱	۳۱	۴	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
بزرگترین ریشه روی	۹/۹۱	۳۱	۴	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸

همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای گواه، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی روان‌درمانی مثبت‌گرا در متغیر ادراک درد وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ادراک درد تاثیر دارد و بین مولفه‌های ادراک درد بیماران گروه

همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای گواه، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی روان‌درمانی مثبت‌گرا در متغیر ادراک درد وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ادراک درد تاثیر دارد و بین مولفه‌های ادراک درد بیماران گروه

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای مولفه‌های ادراک درد بر حسب عضویت گروهی روان‌درمان مثبت‌گرا

متغیر	منع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ادراک	پیش‌آزمون	۱/۰۵	۱	۱/۰۵	۰/۰۵	۰/۹۴	۰/۰۱	۰/۰۵
حسی درد	عضویت- گروهی	۹۵۲/۶۲	۱	۹۵۲/۶۲	۴۷/۵۹	۱/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
ادراک	پیش‌آزمون	۰/۲۸	۱	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۸۴	۰/۰۵	۰/۰۵
عاطفی درد	عضویت- گروهی	۲۳۰/۹۸	۱	۲۳۰/۹۸	۳۳/۴۲	۱/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱

ادراک	پیش‌آزمون	۰/۱۴	۱	۰/۱۴	۰/۲۱	۰/۶۹	۰/۰۴	۰/۰۶
ارزیابی درد	عضویت- گروهی	۱۹/۰۱	۱	۱۹/۰۱	۱۵/۱۷	۱/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹
دردهای- و	پیش‌آزمون عضویت- گروهی	۱/۱۸	۱	۱/۱۸	۵۳/۴۱	۰/۵۷	۰/۰۹	۰/۰۸
متنوع گونگون	عضویت- گروهی	۱۹۸/۵۸	۱	۱۹۸/۵۸	۱۹۸/۵۸	۱/۰۰۱	۰/۵۹	۱

اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان، همسو و همچنین با نتایج با نتایج کارایس^۱ و همکاران (۳۶)، فیک^۲ و همکاران (۳۷) و شوسانی^۳ و همکاران (۳۸)، مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت، ناتوانی عملکردی دارای دو بعد جسمی و روانی است. در بعد جسمی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به دلیل ماهیت بیماری روماتیسم، افراد مبتلا با نوعی ناتوانی روبرو هستند. همچنین به دلیل دائمی بودن بیماری و مزمن بودن آن افراد مبتلا با ناامیدهای دست به گریبان هستند. این افراد باور دارند از بیماری بهبود نمی‌یابند و همین باور، تقویت کننده بعد روانی ناتوانی عملکردی در این بیماران می‌باشد. همچنین وقتی افراد در انجام دادن کارها چند بار با شکست مواجه می‌شوند دچار نوعی درماندگی آموخته شده می‌شوند و دیگر برای موفقیت هیچ تلاشی نمی‌کنند. طبق نظر سلیگمن (۳۹) این مشکل و احساس فقط با انجام دادن عملی به صورت موفق، از بین می‌رود. در جلسات درمانی در این پژوهش به بیماران کمک شد که خزانه هیجانات خود را افزایش دهند و اعمال خود را گسترده کنند. تکالیفی جهت افزایش توانایی بیماران متناسب با شرایط و توان، به آنها داده شد. روان‌درمانی مثبت‌گرا باور به می‌توانم را در شخص تقویت می‌کند و رفتار جراتمندانه را در او افزایش می‌دهد. جلسات درمانی مثبت‌گرا به این بیماران کمک کرد که برای انجام دادن فعالیت‌های خود مجدداً تلاش کنند و بعد از موفقیت‌های کوچک تشویق شدن که به تلاش‌های خود ادامه دهند که همین امر باعث کاهش ناتوانی عملکردی در این بیماران گردید (۴۰). پژوهش‌ها نشان داده است که تجربه

باتوجه به نتایج جدول ۴، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایشی و گواه در ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون در زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). با توجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا به ترتیب موجب کاهش ۴۷، ۳۵ و ۵۹ درصدی ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون در بیماران در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر مداخله روان‌درمان مثبت-گرا بر ناتوانی عملکردی و ادراک درد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمان مثبت‌گرا باعث کاهش ناتوانی عملکردی در این بیماران گردید. تا به حال هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ناتوانی عملکردی در بیماران نپرداخته است لذا نتایج پژوهش با نتایج مشابه که به اثربخش بودن درمان مثبت‌نگر پرداخته‌اند، مقایسه می‌شود.

نتایج پژوهش با نتایج فرنام و مددی‌زاده (۳۳) مبنی بر اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر حالت‌های روانشناختی مثبت دانش‌آموزان دختر دبیرستانی، با نتایج خدابخش و همکاران (۳۴) مبنی بر تاثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندی در بیماران مبتلا به سرطان، با نتایج مظلومی برم سبزو همکاران (۳۵) مبنی بر اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر توانمندی‌های منش گروه نارائان، با نتایج (۲۳) اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر خود‌متمایزسازی و

1. Kraiss

2. Feig

3. Shoshani

است که در افراد، متفاوت است (۵۱). بعضی افراد با وجود درد به زندگی عادی خود ادامه می‌دهند و به دنبال اهداف خود در زندگی هستند ولی عده‌ای ممکن است با همان میزان درد، کم-بیاورند و از انجام فعالیت‌های روزانه خود درمانده شوند. آنچه که این مسئله را توجیح می‌کند ادراک افراد از درد است. روان-درمانی مثبت‌گرا به افراد در پژوهش حاضر کمک کرد که با وجود داشتن درد، با آن کنار بیایند و تمرکز خود را فقط بر مشکلات و رنجش‌های خود نگذارند. در مداخلات درمانی مثبت‌گرا، انسان‌ها به عنوان افرادی در نظر گرفته می‌شوند که دارای پتانسیل‌های ذاتی برای افزایش دادن توانمندی‌ها و ارزش‌ها هستند. از این رو مداخلات مثبت‌نگر، می‌توانند مکملی برای مداخلات سنتی باشند که هدف آنها، خلاصی از رنج است و این دستاورد، می‌تواند میراث عملی روانشناسی مثبت باشد. در مداخلات مثبت‌نگر، به فرد آموزش داده شد تا بتواند توجه و حافظه‌اش را به آنچه در زندگی‌اش خوب است، معطوف کند. این بدین معنا نیست که از نظر روانشناسی مثبت‌نگر تجارب منفی اهمیت ندارند. گاه افراد در مورد خاطرات تلخ و رنجش-هایشان حرف می‌زنند و گاه از آنها خواسته می‌شود که خاطرات تلخ را بنویسند تا با این کار دردهای شناختی و هیجانی مرتبط با آن خاطره کاهش یابد. جلسات درمانی مثبت‌گرا به بیماران کمک کرد در تجربه کردن درد خود اغراق نکنند و آن را شدید نپندارند. متمرکز نشدن این بیماران بر درد خود باعث شد خوبی‌های زندگی خود را نیز ببینند و از آن لذت ببرند و این عدم تمرکز منجر به ادراک درد پایین‌تر در این بیماران شد.

نتیجه‌گیری

ناتوانی عملکردی یکی از مشکلاتی است که بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید با آن درگیر هستند و علت عمده آن به خاطر مشکلاتی است که برای مفاصل فرد به خصوص مفاصل دست و پا ایجاد می‌شود. ولی ناتوانی در عملکرد فقط مربوط به مشکل جسمی بیماری نیست بلکه روحیه و روان فرد در این مسئله دخالت زیادی دارد. لذا روان‌درمانی مثبت‌گرا با تقویت روحیه افراد و تمرکز بر توانایی‌های آنها، به افراد کمک می‌کند از توان

هیجانان مثبت، افراد را برمی‌انگیزد تا با محیط پیرامون درگیر شوند همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایتی اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند. در این پژوهش‌ها، پژوهشگران به این نتایج دست یافتند که عاطفه مثبت، شیوه رفتار و تداوم فعالیت را تسهیل می‌کند و توانایی فرد را افزایش می‌دهد (۴۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ادراک درد زنان مبتلا به آرتريت روماتوئید اثرگذار بوده و باعث کاهش ادراک درد و مولفه‌های آن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) در این بیماران شده است. همان‌طور که گفته شد تا کنون پژوهشی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ادراک درد در بیماران نپرداخته لذا نتایج این پژوهش با نتایج مشابه مقایسه می‌شود. این نتایج با نتایج قاسمی (۲۴) مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی درد زنان مبتلا به درد مزمن، رحیمی و همکاران (۴۲) مبنی بر اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، و با نتایج عصارزادگان و رئیسی (۴۳) مبنی بر اثربخشی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، همچنین با نتایج یاراحمدی و همکاران (۴۴)، با نتایج متین فر و همکاران (۴۵)، با نتایج دامریانی^۱ و همکاران (۴۶) با نتایج اندرسون^۲ و همکاران (۴۷)، آنتون^۳ و همکاران (۴۸)، با نتایج کورنو^۴ و همکاران (۴۹)، با نتایج صادقی و بیرانواند (۵۰)، مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان کرد درد مولفه‌ی ناخوشایند و آزار دهنده است و گاهی آن چنان توان افراد را می‌گیرد که قادر به انجام کارهای شخصی خود هم نمی‌باشد. اما در این میان به غیر از درد موارد دیگر وجود دارد که به ایجاد مشکل دامن می‌زند و آن نحوه‌ی کنار آمدن با درد و تفسیر درد

1. Damreihani

2. Anderson

3. Antoine

4. Como

به بیمارهای صعب‌العلاج جهت کاهش شدت ادراک درد پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و معاونت پژوهش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی لرستان و زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی شهر خرم‌آباد که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌دارند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

خود حداکثر استفاده را ببرند. به همین دلیل جلسات درمانی مثبت‌گرا به بیماران در پژوهش حاضر کمک کرد توانایی عملکردی خود را افزایش دهند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا باعث کاهش ادراک درد بیماران در این پژوهش شد. درد یک متغیر فیزیکی است اما ادراک درد فقط از بعد فیزیکی تاثیر نمی‌پذیرد و تحت تاثیر نگرش و نحوه تفسیر فرد قرار دارد به همین دلیل روان‌درمانی مثبت‌گرا با توجه کردن به نقاط مثبت نحوه تجربه کردن درد افراد را تغییر می‌دهد و کمک می‌کند بیمار درد کمتری را درک کند یا حداقل آن را بیش از حد ادراک نکند. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان از این درمان در کنار درمان پزشکی جهت کاهش ناتوانی عملکردی و ادراک درد این بیماران استفاده کرد.

محدودت‌ها و پیشنهادات: از محدودیت‌های پژوهش حاضر

می‌توان به نداشتن دوره پیگیری اشاره کرد که از تداوم داشتن اثر درمان اطمینان حاصل شود. از دیگر محدودیت‌ها مسئله جنسیت بیماران بود که فقط بر روی زنان انجام گرفت، البته در این مورد هم نتایج به هر دو جنس تعمیم داده نشده است. پیشنهاد می‌شود که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی بر ناتوانی عملکردی دیگر بیماران مبتلا به درد مزمن به خصوص افرادی مانند بیماران مبتلا به کمر درد مزمن پرداخته شود. همچنین به بررسی اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر ادراک درد و ناتوانی عملکردی بیماران مبتلا

*Original Article***The effect of psychotherapy-positive intervention on functional disability and pain perception in women with rheumatism**

Received: 25/04/2020 - Accepted: 28/07/2020

Masoud Sadeghi ¹
Zahra Moradi ^{2*}¹ Faculty member of the Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran² PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.Email:
zahramoradi1214@gmail.com**Abstract**

Introduction: Rheumatism is a common cause of joint pain and physical and mental disability in patients. Studies show that the disease usually occurs in old age and is more common in women than men. **The aim** of the present study was to investigate the effect of positive psychotherapeutic intervention on functional disability and pain perception of women with rheumatoid arthritis in Khorramabad.

Material and Methods: The research method is semi-experimental with pre-test and post-test design with experimental and control group. The statistical population was all women with rheumatoid arthritis in Khorramabad. The available sampling method was selected from 40 women with rheumatism and randomly assigned to two experimental and control groups (20 people per group). Under the same circumstances, the experiment was conducted with questionnaires for functional disability and pain perception from both groups. Then, positive, psychotherapeutic intervention was performed on the experimental group for 8 90-minute sessions, but the control group did not receive any intervention. After the meetings, both groups were re-tested.

Results: The results of multivariate and univariate analysis of covariance showed that positive psychotherapeutic intervention had a significant effect on reducing functional disability and pain perception of patients ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the results of this study, it can be said that positive psychotherapy has reduced functional disability and pain perception in women with rheumatoid arthritis. Therefore, along with medical treatment, this treatment can be used to reduce functional disability and pain perception of these patients.

Keywords: psychotherapy, positivism, functional disability, pain perception, rheumatoid arthritis, women

References

1. Leon L, Redondo M, Fernández-Nebro A, Gómez S, Loza E, Montoro M, Garcia-Vicuña R, Galindo M. Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*. 2018 Dec;38(12):2167-82.
2. Lin MC, Lu MC, Livneh H, Lai NS, Guo HR, Tsai TY. Factors associated with sexual dysfunction in Taiwanese females with rheumatoid arthritis. *BMC women's health*. 2017 Dec;17(1):1-7.
3. Ghorbanshiroudi S, Kalatbari J, Hajiabbasi A. Survey of depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2013 Apr 10;22(85):15-22.
4. Moghimi N, Davatchi F, Rahimi E, Saidi A, Rashadmanesh N, Moghimi S, Ghafori H, Zandi P, Ahmadi N, Ghafori H, Moghimi M. WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, urban study) in Sanandaj, Iran. *Clinical rheumatology*. 2015 Mar;34(3):535-43.
5. Bahrami Rad M, Rafezi Z. Predicting Pain Acceptance Based on Perceived Stress and Coping Strategies in individuals with Rheumatoid Arthritis. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2019 Feb 20;7(28):151-66.
6. Akhlaghi M, Askarishahi M, Sabzmakan L. Quality of life and related factors in rheumatoid arthritis patients. *Journal of health research in community*. 2016 Dec 10;2(3):1-1.
7. Ilbeigi S, Yaghobi H, Mahjur M, Seghatoleslami A. The comparison of 6 weeks of Kinesio taping and sole reflexology on pain intensity and functional disabilities in male with chronic low back pain. *Journal of Practical Studies of Biosciences in Sport*. 2018 Jan 21;5(10):57-66.
8. Myasoedova E, Davis JM, Achenbach SJ, Matteson EL, Crowson CS. OP0009 Rising prevalence of functional disability in patients with rheumatoid arthritis over 20 years.
9. Bodien YG, Martens G, Ostrow J, Sheau K, Giacino JT. Cognitive impairment, clinical symptoms and functional disability in patients emerging from the minimally conscious state. *NeuroRehabilitation*. 2020 Jan 1(Preprint):1-0.
10. Vinge L, Jakobsen J, Andersen H. Muscle weakness and functional disability in patients with myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. 2019 Feb;59(2):218-23.
11. Korn M, Gullede C, Chen C, Moutzourous V, Makhni EC. Predictors of Functional Disability in Patients Undergoing Anterior Cruciate Ligament Reconstruction.
12. Sepehrian Azar F, Isazadehgan A, Asadi Majreh S, Poursharifi H. Evaluation personality-cognitive model of generalized anxiety disorder to explain pain perception in people with chronic pain. *journal of shahrekord university of medical sciences*. 2017 Apr 15;19(1):32-41.
13. Pour Haghighi, T. Dosti, Y. Mirzaeian, B. Fakhri, M. K. (2016). The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on disease perception and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 20: 45-57.
14. Siegert E, March C, Otten L, Makowka A, Preis E, Buttgerit F, Riemekasten G, Müller-Werdan U, Norman K. Prevalence of sarcopenia in systemic sclerosis: assessing body composition and functional disability in patients with systemic sclerosis. *Nutrition*. 2018 Nov 1;55:51-5.
15. Hamzehpour Haghighi T, Dusty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2015 Jul 10;20(3):45-57.
16. Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst H, Penninx BW. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of psychosomatic research*. 2015 Jan 1;78(1):64-70.
17. Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. Guilford publications; 2018 May 7.
18. Taklavi S, Azimi Seddig V. Comparison of the Perception of Pain and Alexithymia in Patients with Rheumatoid Arthritis, Familial Mediterranean fever and Healthy People. *Journal of Research in Psychological Health*. 2018 Aug 10;12(2):40-52.
19. Afroz G, Dalir M, Sadeghi M. The effectiveness of positive psychotherapy on body image, life expectancy and happiness in women with mastectomy experience. *QJ Health Psychol*. 2018 Mar 11;6:180-95.
20. Chisari C, Chilcot J. The experience of pain severity and pain interference in vulvodinia patients: The role of cognitive-behavioural factors, psychological distress and fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017 Feb 1;93:83-9.
21. Seligman ME, Ernst RM, Gillham J, Reivich K, Linkins M. Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford review of education*. 2009 Jun 1;35(3):293-311.
22. Behrad M, Makvand Hosseini S, Najafi M, Rezaei AM, Rahimian Boogar I. Comparison of Effectiveness of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Aspects of Pain in Patients With Migraine. *Journal of Psychological Studies*. 2018 Apr 21;14(1):7-22.

23. BASHARPOOR S, KAZEMI N, SALEHI M. The Effectiveness of Positive Group Psychotherapy on Self-Determination and Death Anxiety in Women with Breast Cancer.
24. Ghasemi N, Goudarzi M, Mirderikvand F, Gholamrezaei S [The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Psychosocial inflexibility and Self-Efficacy of Pain in Women with Chronic Pain (Persian)]. *J Anesth Pain* 2019; 9(4):1-14.
25. Yaghoobi A, Nesai Moghadam B. The effect of positive psychology intervention on the psychological well-being of adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019 May 10;25(1):14-25.
26. Tahan M. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Feeling of Hope and Psychological Well-being of Vitiligo Patients. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019 May 10;8(2):133-42.
27. Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2016 Feb 1;77:78-85.
28. Calmels P, Béthoux F, Condemine A, Fayolle-Minon I. Low back pain disability assessment tools. In *Annales de readaptation et de medecine physique: revue scientifique de la Societe francaise de reeducation fonctionnelle de readaptation et de medecine physique* 2005 Apr 26 (Vol. 48, No. 6, pp. 288-297).
29. Sadatlari M, Bakhtiari A, Hedayti R, Soltani R, Ghorbani R. Comparison of stability and McKenzie exercises on pain and disability and Multifidus muscle size in women with chronic low back pain nonspecific. *JRRS*. 2012;8(3):1-8.
30. Mousavi SJ, Parnianpour M, Mehdian H, Montazeri A, Mobini B. The Oswestry disability index, the Roland-Morris disability questionnaire, and the Quebec back pain disability scale: translation and validation studies of the Iranian versions. *Spine*. 2006 Jun 15;31(14):E454-9.
31. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975 Sep 1;1(3):277-99.
32. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, Bhagwat D, Everton D, Burke LB, Cowan P, Farrar JT. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *PAIN®*. 2009 Jul 1;144(1-2):35-42.
33. Farnam A, Madadzade T. Effect of positive training on positive psychological states (character strengths) of female high school students. *Positive psychology research*. 2017 May 22;3(1):61-76.
34. Khodabakhash R, Khosravi ZO, Shahangian S. Effect of positive psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. *Positive Psychology*. 2015 May 22;1(1):35-50.
35. Mazlomi Barm Sabz A, Askari P, Makvandi B, Ehteshamzadeh P, Bakhtiarpour S. Comparing the effectiveness of positive-psychological intervention and emotional regulation training on Nar-Anon group's Character-Strength. *Women Studies*. 2019 Mar 21;10(27):159-77.
36. Kraiss JT, Peter M, Chrispijn M, Trompeter HR, Stevens AW, Neutel E, Kupka RW, Bohlmeijer ET. B-positive: a randomized controlled trial of a multicomponent positive psychology intervention for euthymic patients with bipolar disorder-study protocol and intervention development. *BMC psychiatry*. 2018 Dec;18(1):1-3.
37. Feig EH, Healy BC, Celano CM, Nikrahan GR, Moskowitz JT, Huffman JC. Positive psychology interventions in patients with medical illness: What predicts improvement in psychological state?. *International Journal of Wellbeing*. 2019 Jul 8;9(2).
38. Shoshani A, Steinmetz S, Kanat-Maymon Y. Effects of the Maytiv positive psychology school program on early adolescents' well-being, engagement, and achievement. *Journal of school psychology*. 2016 Aug 1;57:73-92.
39. Seligman ME, Ernst RM, Gillham J, Reivich K, Linkins M. Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford review of education*. 2009 Jun 1;35(3):293-311.
40. Reiter C, Wilz G. Resource diary: A positive writing intervention for promoting well-being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology*. 2016 Jan 2;11(1):99-108.
41. Jabbari M, Shahidi S, Mootabi F. Effectiveness of group intervention based on positive psychology in reducing symptoms of depression and anxiety and increasing life satisfaction in adolescent girls. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015 Feb 10;20(4):296-87.
42. Rahimi S, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness of positive psychology interventions on resiliency of female patients with multiple sclerosis. *Positive Psychology Research*. 2015 Oct 23;1(3):1-0.
43. Assarzaghan M, Raeisi Z. The effectiveness of training based on positive-psychology on quality of life and happiness of patients with type 2 diabetes. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2019 Aug 23;8(30):97-116.
44. Yarahmadi Y, Hadadnezhad M, Shojaodin S, (2017). [The effect of Eight weeks core stabilization on Functional Disability, Dynamic balance and proprioception lumbo pelvic of subject with non-specific chronic low back pain(Persian)]. *J Anesth Pain*;8(1). 54-66.

45. MATINFAR P, KALANI F, MATINFAR M. The effect of different training methods on serum BDNF, physical performance, functional disability, and quality of life in patients with multiple sclerosis.
46. Damreihani N, Behzadipour S, Haghpanh S, Bordbar M. The effectiveness of positive psychology intervention on the well-being, meaning, and life satisfaction of mothers of children with cancer: A brief report. *Journal of psychosocial oncology*. 2018 May 4;36(3):382-8.
47. Matel-Anderson DM, Bekhet AK, Garnier-Villarreal M. Mediating effects of positive thinking and social support on suicide resilience. *Western journal of nursing research*. 2019 Jan;41(1):25-41.
48. Antoine P, Dauvier B, Andreotti E, Congard A. Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: *Applied psychology. Personality and Individual Differences*. 2018 Feb 1;122:140-7.
49. Corno G, Etchemendy E, Espinoza M, Herrero R, Molinari G, Carrillo A, Drossaert C, Baños RM. Effect of a web-based positive psychology intervention on prenatal well-being: A case series study. *Women and Birth*. 2018 Feb 1;31(1):e1-8.
50. Sadeghi M, Beyranvand Z. The effects training of positive thinking skills in the way of group study on positive emotion learning and academic self-regulation in on grade girl high school students. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2018 Jan 21;5(9):137-59.
51. Amir F, Ahadi H, Nikkhah K, Seirafi M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy and group logotherapy in reducing perceived stress among MS patients. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2017 Oct 10;3(4):175-84.