

مقاله اصلی

## مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر شاخص‌های درد در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۶

### خلاصه

**مقدمه:** آرتریت روماتوئید از جمله بیماری‌های خود ایمنی و سیر مزمن و پیشرونده دارد. این بیماری علاوه بر مشکلات فیزیکی و ناتوانی‌های جسمی، پیامدهای اجتماعی و روان‌شناختی را به دنبال دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور پایدار بر شاخص‌های درد (شدت/پذیرش) در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش (طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل با آزمون پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید تحت درمان منظم دارویی بودند که به علت دردهای مکانیکال و غیر التهابی بیمارستان لقمان شهر تهران در بازه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل پرونده داده بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش ابتدا به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود و ۶۰ نفر (هر گروه ۲۰ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های استاندارد شدت درد کیوبک و همکاران (۱۹۹۵) و پذیرش درد مک‌کراکن و ولز (۲۰۰۴) و برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. همچنین از پروتکل‌های طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و پذیرش و تعهد هایس و استروسال (۲۰۱۳) برای مداخله استفاده گردید. از تحلیل آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های درد بیشتر از طرح‌واره درمانی بود ( $p < 0/005$ ).

**نتیجه‌گیری:** به منظور بهبود شاخص‌های درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید استفاده از طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد پیشنهاد می‌شود.

**کلمات کلیدی:** طرح‌واره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، شاخص‌های درد، آرتریت روماتوئید

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

آهو مرادثمرین<sup>۱</sup>

شیدا سوداگر<sup>۲\*</sup>

فرحناز مسچی<sup>۱</sup>

علیرضا رجائی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد

اسلامی، کرج، ایران

<sup>۲</sup>گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد

اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup>استاد، گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی،

مشهد، ایران

Email: sh.sodagar@kiau.ac.ir

## مقدمه

در سال‌های اخیر بیماری‌های مزمن معمول‌ترین علل مرگ‌ومیر در جهان بوده‌اند (۱). بیماری‌های مزمن اختلالاتی هستند که برای دوره طولانی ادامه می‌یابند و توانایی فرد را در حفظ عملکرد طبیعی تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲). مرور شواهد پژوهشی نشان می‌دهد یکی از بیماری‌هایی که بسیاری از ابعاد زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و علاوه بر مشکلات و ناتوانی‌های فیزیکی، پیامدهای منفی روانی و اجتماعی متعددی به دنبال دارد، آرتریت روماتوئید است (۳-۴). بیماری آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی روماتیسمی و یک بیماری خود ایمنی مزمن است که ۰/۲ تا ۱/۲٪ از جمعیت بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). این بیماری پیشرونده است و علائم مرتبط با آن ممکن است شامل برخی یا تمام موارد زیر باشد: درد مفاصل مستمر، تورم مفاصل، سفتی، ضعف و ناهنجاری مفاصل، ضعف، تب و افسردگی. همانطور که توسط انجمن بین‌المللی مطالعات درد تعریف شده است یکی از شایع‌ترین علائم آرتریت روماتوئید، درد مزمن است که به تجربه حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه مرتبط است که حداقل ۳ ماه طول می‌کشد (۶). در ایران فراوانی این بیماری در نواحی شهری ۰/۹۱ درصد و در نواحی روستائی ۰/۳۳ درصد برآورد شده است (۷).

یافته‌های گارسیا و همکاران (۸) حاکی از این است که شدت درد به‌عنوان یکی از رایج‌ترین مشکلات بهداشتی باعث می‌شود مبتلایان به بیماری‌های مزمن درصدد دریافتن مراقبت‌های طبی و درمانی برآیند. طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعات درد، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی و در ارتباط با آسیب و صدمه بافتی است (۹). هر چند در بسیاری از تحقیقات شدت درد و آسیب جسمانی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم ناتوانی مطرح شده‌اند اما باید گفت ناتوانی به تنهایی کارکردی از میزان آسیب جسمی یا شدت درد گزارش شده نیست (۱۰). از سوی دیگر، در سال‌های اخیر علاقه زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگارانه‌ای که این افراد از طریق آن‌ها سلامت روان شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به وجود آمده است. یکی از عوامل روان شناختی مثبت، پذیرش است. پذیرش شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده انگاری درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف

کنترل شدت و ناراحتی ناشی از درد نیست بلکه منظور از آن، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل ناپذیر (شدت درد و هیجانات پذیرش درد به معنی باور داشتن به درد و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن بوده، که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد کمک می‌کند. در واقع پذیرش درد اولین قدم در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی فرد مبتلا است، به گونه‌ای که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و در عین حال برای کنترل شدت درد ادراک شده نیز تلاش نماید (۱۳). مرور شواهد مطالعاتی نشان می‌دهد برای بهبود وضعیت و کاهش علائم درد بیماران آرتریت روماتوئید از جمله درمان‌ها طی سالیان گذشته دارودرمانی بوده است (۱۴). با این وجود، درمان دارویی به دلیل ماهیت علامت‌محور بودن خود نه تنها موفقیتی در درمان اساسی و قطعی علائم درد بیماران مزمن نداشته است بلکه عوارض جانبی دارویی ناشی از مصرف درازمدت آن‌ها نیز بر مشکل افزوده است (۱۵). از سوی دیگر، با توجه به ماهیت چندبعدی درد مزمن رویکردهای کنونی در مدیریت علائم بیماران با درد مزمن به‌طور فزاینده‌ای از رویکردهای جسمانی و دارویی درمان فراتر رفته و رویکردهای چندبعدی و میان رشته‌ای را مورد توجه قرار داده‌اند که دربرگیرنده درمان‌های چندوجهی مانند ترکیبی از داروهای ضد درد، درمان‌های جسمانی و درمان شناختی-رفتاری است (۱۶).

از بین درمان‌های روان شناختی موجود، درمان پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری با شش فرایند مرکزی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد است. این درمان، یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا احساسات و افکار خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد بماند (۱۷). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست بلکه هدف آن کمک به مراجع است تا بتواند به روشهای متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود (۱۸).

از سوی دیگر مرور شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که در چند سال اخیر برای اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بسیاری از متغیرهای روان‌شناختی و هیجانی در جمعیت‌های مختلف شواهد موفق علمی وجود دارد (۱۹-۲۰). این شیوه درمانی برخلاف بیشتر رویکردهای سنتی، به‌طور مشخص با شکل‌گیری (سبب‌شناسی) علائم کنونی سروکار دارد، نه صرفاً با عوامل تداوم‌بخش آن، در این شیوه درمانی تأکید ویژه‌ای بر رابطه درمانگر-بیمار وجود دارد و در تدارک آن است که در چارچوب این رابطه، تجارب هیجانی سالم و مواجهه همدلانه صورت پذیرد و در نهایت، طرح‌واره درمانی اهداف روشنی را تعیین می‌کند که درمانگر بایستی به آن‌ها دست یابد مانند کمک به مراجعان برای درک نیازهای هیجانی اصلی خود و آموزش شیوه‌هایی سالم برای برآورده کردن این نیازها به گونه‌ای سازگارانه که مستلزم تغییر الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی است (۲۱).

پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ویژگی‌های روان‌شناختی و کاهش علائم درد در بیماران آرتریت روماتوئید در دسترس است که نیاز به انجام پژوهش در این حیطه را ضروری می‌نماید. از طرفی در صورت تأیید مؤثر بودن روش‌های درمانی فوق‌الذکر پس از بررسی در پژوهش حاضر، گزینه‌های بیشتری برای درمانگران در جهت درمان این افراد خواهد داشت. بنابراین با توجه به پیامدهای روانی-رفتاری فوق در مورد این گروه از بیماران مزمن توجه به علل و کاهش آسیب‌های این قشر از جامعه از ضرورت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. بنابراین با توجه به آنچه که بیان شد مسیله اصلی مطالعه حاضر این است که آیا بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر شاخص‌های درد (شدت/پذیرش) در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت وجود دارد؟

### روش کار

پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش (طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل با آزمون پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه

آماري این پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید تحت درمان منظم دارویی بودند که به علت دردهای مکانیکال و غیر التهابی بیمارستان لقمان شهر تهران در بازه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل پرونده داده بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش ابتدا به صورت «نمونه‌گیری هدفمند» بود. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. به منظور تعیین حجم نمونه از آنجایی که پژوهش از نوع نیمه تجربی بود، برای هر گروه ۲۰ نفر مناسب گزارش شده است، اما با احتساب ریزش‌ها ۲۵ نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر برای هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت برای هر گروه اطلاعات ۲۰ نفر در تحلیل نهایی تجزیه و تحلیل شدند. ریزش به دلایل متعددی مانند انصراف از شرکت، مسیر دور بیماران، درخواستهایی که با در مان مغایرت داشت، مشکلات جسمی و محدودیت حرکتی بیماران و عدم داشتن همراه و غیره اتفاق افتاد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از دامنه سنی (حداقل ۲۴ الی ۴۵ سال)، حداقل میزان سواد (سیکل) برای پاسخ‌دهی به ابزارهای خود گزارشی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه بیماری آرتریت روماتوئید طبق تشخیص پزشک متخصص روماتولوژی، توانایی برای شرکت در جلسات درمانی تعیین شده و تکمیل کامل سؤالات ابزارها. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عبارت بود از داشتن ملاحظات روان‌پزشکی و روان-شناسی طی ۶ ماه گذشته، ابتلای فرد به‌طور هم‌زمان با بیماری آرتریت به هر یک از بیماری‌های صعب‌العلاج (بیماری‌های نورولوژیک، هماتولوژی، انکولوژی و...) و غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی.

روش اجرا بدین ترتیب بود که پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز لازم جهت پژوهش حاضر به کلینیک‌های روماتولوژی بیمارستان لقمان مراجعه و پس از انجام مذاکرات با مدیریت بخش و اخذ همکاری وی نمونه لازم از بین جامعه مورد نظر انتخاب شد. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه مورد نظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و

1. purposeful sampling

امتیاز صفر به منزله سلامت کامل و بدون درد، امتیاز ۲۵ نشان‌دهنده بیماری با درد متوسط و امتیازات ۵۰، ۷۰ و بالاتر به ترتیب نشان‌دهنده بیماری با درد زیاد، خیلی زیاد و کاملاً حاد می‌باشند. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در مطالعات متعددی به تأیید رسیده است. روایی خارجی آن ۰/۸۳ و پایایی خارجی آن ۰/۸۵ گزارش شده است (22) در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۴ گزارش شده است. میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد (۲۳).

**پرسشنامه پذیرش درد:** این ابزار خود گزارشی به منظور سنجش پذیرش درد در سال ۲۰۰۴ به وسیله مک کراکن و ولز تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۰ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از صفر تا ۶) نمره گذاری می‌شود. ۱۱ آیتم این پرسشنامه به پذیرش درد مربوط و مستقیم نمره گذاری می‌شود یعنی آیت‌های شماره ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۹. در حالی که ۹ آیتم درگیری در فعالیت‌ها (۴، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۰) نمره گذاری معکوس دارند. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ آن را برای درگیری با فعالیت و پذیرش درد به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند (۲۴). در ایران روایی داخلی و پایایی داخلی آن به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ گزارش شده است. میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد (۲۵).

پکیج طرح‌واره درمانی: طرح‌واره درمانی با توجه به پروتکل درمانی یانگ (۲۶) با هدف بهبود وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه طی ۱۴ جلسه گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا خواهد شد. به دلیل ای پکیج کلی است لذا در مطالعه حاضر قبل از اجرای درمان CVI و CVR آن محاسبه شد.

کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفته و ارتباط لازم با آن‌ها برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد نمونه برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌های خود گزارشی در بین آن‌ها توزیع شد. این کار به صورت انفرادی انجام و در صورت بروز هر گونه ابهام در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، راهنمایی‌های لازم در چارچوب نحوه‌ی اجرای پرسشنامه‌های مربوطه، به آزمودنی ارائه شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام به جمع‌آوری و در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده مورد تحلیل قرار گرفتند. برای رعایت اخلاق پژوهشی، در پایان این پژوهش در گروه کنترل نیز روش‌های طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. همچنین سه ماه بعد از پس آزمون، اقدام به گردآوری اطلاعات برای مرحله پیگیری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا برای توصیف اطلاعات جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. در مرحله بعدی برای تأیید و یارد فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی استفاده شد. در این بخش قبل از انجام تحلیل، پیش فرض‌های نرمال بودن داده‌ها بررسی شدند و بعد از تأیید نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای پژوهش اقدام به انجام تحلیل آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر شد. همچنین برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

## ابزار

**پرسشنامه استاندارد شدت درد:** این ابزار خود گزارشی در سال ۱۹۹۵ به وسیله کیوبک و همکاران به منظور سنجش شدت درد طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۵ سؤال ۵ گزینه‌ای است. گزینه اول دارای ارزش صفر بوده یعنی فرد فاقد درد بوده و به ترتیب پرسشنامه، شدت درد را بین صفر تا ۱۰۰ امتیاز گذاری می‌کند، که

## جدول ۱. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی، تهیه فهرست مشکلات، توضیح بیماری و متغیرها (خودکارآمدی و پردازش هیجانی، شاخص‌های درد (شدت/پذیرش) و تبعیت از درمان. ارتباط متغیرهای پژوهش با نشانه‌ها و معرفی طرح‌واره درمانی.
جلسه دوم	بررسی مختصر تاریخچه بیماری. «آموزش در مورد طرح‌واره‌های بیمار و توصیف طرح‌واره‌ها» ربط دادن مشکلات فعلی زندگی به طرح‌واره‌ها - ارائه پرسشنامه طرح‌واره و جمع‌آوری داده‌ها

جلسه سوم	گفتگو درباره طرحواره‌ها و بررسی ریشه شکل‌گیری آنها «مفهوم پردازی مورد، شروع آمادگی برای درمان و معرفی بخش‌های مختلف درمان
جلسه چهارم	بررسی شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته بحث «آزمون اعتبار طرحواره» بررسی مزایا و معایب طرحواره «باز تعریف جدید از شواهد و تأیید کننده‌ها گفتگو پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم.
جلسه پنجم	توصیف سبک‌های مقابله‌ای و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
جلسه ششم	آموزش تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها
جلسه هفتم	اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی و حمایت و همدلی و بازوالدینی
جلسه هشتم	آموزشی تکنیک‌های صندلی و تمایز قائل شدن بین بخشهای متفاوت و معمولاً متعارض. روشن ساختن احساسات دو گانه و تعارضات بین ذهنیت‌ها «اجرای تکنیک دو صندلی.
جلسه نهم	ادامه اجرای تکنیک صندلی دو صندلی
جلسه دهم	آموزش تکنیک سه صندلی «در این جلسه درمانگر در غالب یک بزرگسال سالم با ذهنیت‌های متفاوت به بحث و گفتگو می پردازد...
جلسه یازدهم	ادامه اجرای تکنیک سه صندلی با هدف تقویت ذهنیت بزرگسال سالم.
جلسه دوازدهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید.

درمان پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل درمانی هایس و استروسال (۲۷) با هدف بهبود وضعیت روان‌شناختی شرکت کنندگان در مطالعه طی ۱۱ جلسه گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا خواهد شد. به دلیل اینکه این پکیج کلی است لذا در مطالعه حاضر قبل از اجرای درمان CVI و CVR آن محاسبه شد.

## جدول ۲. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی، توضیح بیماری و متغیرهای پژوهش و رابطه آن‌ها با نشانه‌ها، بیان قواعد اساسی گروه درمانی شامل انجام به موقع تمرینات و غیره «مرور کل درمان و اهداف این درمان، بیان ارزشهای بالقوه و مسئله انتخاب» بیان تاریخچه بیماری و بررسی درمان‌های گذشته مورد استفاده و مزایا و معایب کوتاه مدت و بلند مدت آنها و ایجاد ناامیدی سازنده - تمرین منزل چرا این جا هستم؟ چه انتظاری از درمان دارم؟
جلسه دوم	مرور تمرین - معرفی قلابها و گرفتار شدن در آنها و اثر آنها بر رفتار. ارتباط افکار، احساسات و عملکرد فیزیولوژیکی و رفتار قابل مشاهده، بحث در مورد تعامل بین درد خلق و خو و عملکرد. شروع ایجاد خودآگاهی و غرق شدن در فعالیت‌ها و آگاهی از لحظه حال. تمرین ذهن آگاهی و اسکن بدنی - توجه به تنفس و اعضا بدن «تمرین منزل
جلسه سوم	مرور تمرین، اجرای تمرین ذهن آگاهی. تعریف پذیرش. و بحث در مورد آن به عنوان فرایند مستمر «تمثیل دید تونلی» شفاف سازی ارزش‌ها، تمثیل نوشته سنگ قبر مراسم دفن، کشف ارزشهای زندگی شرکت کنندگان، سیبل تیراندازی «تمرین منزل
جلسه چهارم	مرور تمرین «اجرای تمرین ذهن آگاهی، بررسی ارزشهای رتبه بندی شده و موانع پیش روی آنها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها (اهداف مانند علامت‌هایی هستند که ما را به ارزش‌ها نزدیک می‌کنند). توضیح در مورد اهداف و تنظیم اهداف و اقدامات. معرفی اقدام متعهدانه «تمرین منزل
جلسه پنجم	مرور تمرین «آموزش تنظیم آهنگ فعالیتها و توجه به ترفندهای ذهن.
جلسه ششم	مرور تمرین، گزارش پیشرفت، واریسی کردن، طرح ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزشها (بررسی اقدامات مراجعان). معرفی الگوی نقطه انتخاب و عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزشها. تمرین ذهن آگاهی (فرض کنید افکار تان همانند مطالب روی یک صفحه نمایش می‌آیند و می‌روند) «تمرین منزل

جلسه هفتم	مرور تمرین، ایجاد تمرین ذهن آگاهی (توجه به چیزهایی که در همین لحظه در جریان است) بررسی الگوی نقطه انتخاب، بررسی اقدامات و نسبت دادن آن‌ها به ارزش‌ها. (چه اقدامی - مربوط به کدام ارزش - کجا - چه اتفاقی در جریان بود نتایج چی بود - بعد چه کاری انجام می‌دهید. آیا در جهت ارزش هست یا نه) «ارائه تمرین منزل
جلسه هشتم	مرور تمرین، گسستگی از تهدیدهای زبانی، افکار «احساسات و عواطف بازدارنده و توجه به آنها به عنوان بخشی از خودتان نه همه خودتان. استعاره اتوبوس پر از مسافر، بازنگری در مورد اینکه چه کسی مسئول است... جایگزینی و به جای اما» تمرین ذهن آگاهی و بحث در مورد ذهن وقتی خواسته میشود ذهن هیچکاری نکند. تمرین منزل
جلسه نهم	مرور تمرین، گزارش پیشرفت، بررسی نگرانیهای اعضا و بحث و روشن کردن مباحث قبلی «طرح ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها بررسی اقدامات مراجعان، شروع کار عمل متعهدانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آنها مانند (عدم اعتماد به نفس، انگیزه پایین، ابتدا دیگران باید تغییر کنند...)، تمرین فلش کارتها و لمس دیوار روبرو، تمرین منزل
جلسه دهم	مرور تکلیف، بررسی تمایل شرکت کنندگان برای حرکت در مسیر ارزشها استفاده از مقیاس (۱-۱۰) در صورت نیاز تغییر اهداف. تمثیل مجسمه سازی، بررسی موانعی که هر شرکت کننده برای عبور از آن دارد. تمرین ذهن آگاهی و تمرین خود شاهد
جلسه یازدهم	تعهد به اقدامات و ارزش‌ها حتی با وجود بازدارنده‌ها، پسروی و وقفه در پیشرفت، شناسایی پیشرفت و وقفه‌ها و حرکت به سمت ارزش‌ها، تشخیص موقعیت‌های خطرناک زندگی و تکلیف مادام العمر، خداحافظی.

## نتایج

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های درد با توجه به گروه

مرحله	متغیرها	طرح‌واره درمانی		درمان پذیرش و تعهد		کنترل
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	
پیش آزمون	شدت درد	۳۴/۸۵	۳/۲۸	۳۴/۹	۳/۸۶	۳/۶۶
	پذیرش درد	۷۵	۳/۷۶	۷۴/۶۵	۳/۹۶	۳/۶۸
پس آزمون	شدت درد	۳۲/۱۵	۳/۴۴	۳۱/۴	۴/۱۵	۳/۸۴
	پذیرش درد	۸۰/۳۵	۴/۳۸	۸۱/۲۵	۴/۲۴	۳/۶
پیگیری	شدت درد	۳۲/۰۵	۳/۴۳	۳۱/۸	۴/۰۳	۳/۸۳
	پذیرش درد	۷۹/۴۵	۴/۲۹	۸۰/۶۵	۴/۳۳	۳/۹۲

گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز با کاهش همراه هستند. در متغیر پذیرش درد، نمرات افراد در پیش آزمون در سه گروه برابر و نزدیک هم و پایین هستند اما نمرات دو گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش دارند. همچنین نمرات گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز با افزایش همراه هستند.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیر شاخص‌های درد و مؤلفه‌های آن را در سه مرحله اندازه‌گیری و در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. در متغیر شاخص شدت درد، نمرات افراد در پیش آزمون در سه گروه برابر و نزدیک هم و بالا هستند اما نمرات دو گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش دارند. همچنین نمرات

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر شاخص‌های درد

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پذیرش درد	درون گروهی	۵۹۹/۲۳	۱/۷۶۷	۳۳۹/۱۲	۴۲۵/۵۳	۰/۰۰۱
	اثر تعاملی	۲۶۵/۸۳	۴	۶۶/۴۵	۹۴/۳۸	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۷۴۱/۲۳	۲	۳۷۰/۶۱	۷/۸۴	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۵۶	۲	۲۲۵/۵۸	۰/۸۹۰	عامل	درون گروهی	شدت درد
۰/۰۰۱	۱۱۴	۴	۲۱/۸۶	۰/۸۶۸	اثر تعاملی		
۰/۴۶۹	۵/۷۶۷	۳۱/۵۱	۲	۶۳/۰۳	عامل	بین گروهی	

زمان بر روی گروه‌ها نیز معنادار هست. همچنین در شاخص شدت درد؛ مقدار F به دست آمده برای اثر درون گروهی عامل زمان برای متغیر پذیرش درد (F=۵۶ P, ۰/۰۱)، معنادار هست، بنابراین بین سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر شدت درد مقدار F به دست آمده برای اثر بین گروهی هم (F=۰/۷۶ P, ۰/۰۱) معنادار نیست؛ یعنی بین طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در کاهش شدت درد تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد. مقدار F به دست آمده برای اثر درون گروهی عامل زمان برای متغیر پذیرش درد (F=۴۲۵/۵۳ P, ۰/۰۱) معنادار هست، بنابراین بین سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار F به دست آمده برای اثر بین گروهی هم (F=۷/۸۴ P, ۰/۰۱) معنادار هست؛ یعنی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد توانسته‌اند نمرات گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش دهند. همچنین اثر متقابل

#### جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه سه گروه برای متغیر شاخص‌های درد و مؤلفه‌های آن

طرح‌واره درمانی - پذیرش و تعهد		طرح‌واره درمانی - کنترل		طرح‌واره درمانی - پذیرش و تعهد		طرح‌واره درمانی - کنترل	
میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
۰/۳۹	۰/۳۹	*۶/۰۵	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۳۹	*۱/۴۰	۰/۳۹
۰/۲۷	۰/۲۷	*-۲/۹۳	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۲۷	*۰/۸۱	۰/۲۷

\* P ۰/۰۵

سه گروه در پیش‌آزمون با هم تفاوت معناداری ندارد اما میانگین دو گروه آزمایش پذیرش و تعهد و طرح‌واره با گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری در شاخص پذیرش درد با هم تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. همچنین میانگین گروه آزمایش تعهد و پذیرش در پس‌آزمون بیشتر از طرح‌واره درمانی هست؛ در دوره پیگیری نیز گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین بالاتری به نسبت گروه طرح‌واره درمانی در شاخص پذیرش درد دارد. از سویی دیگر در شاخص شدت درد میانگین گروه آزمایش تعهد و پذیرش در پس‌آزمون کمتر از طرح‌واره درمانی هست؛ در دوره پیگیری نیز گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین پایین‌تری به نسبت گروه طرح‌واره درمانی دارد که نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش شدت درد در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید شده است و اثربخشی آن برای شاخص‌های درد بیشتر از طرح‌واره

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی را برای بررسی تفاوت اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در متغیر شاخص‌های درد و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، تفاوت میانگین طرح‌واره درمانی با گروه کنترل در متغیر شاخص‌های درد و تمامی مؤلفه‌های و شدت درد آن کمتر از تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل است که نشان‌دهنده این است درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر افزایش پذیرش درد و مؤلفه‌های آن و کاهش درد دارد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد شاخص‌های درد در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین شاخص‌های درد

درمانی است. نتایج این یافته با یافته‌های پیشین (۲۸-۳۱) همسو بود.

در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان اذعان کرد که از آنجا که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف-پذیری روان‌شناختی است، بنابراین ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشند و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده باشد؛ به عبارت دیگر پذیرش/تعهد جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی که باعث آسیب رویدادهای روان‌شناختی می‌شوند مرتبط‌اند. پذیرش به خودی خود یک هدف نیست، بلکه به‌عنوان یک روش افزایش فعالیت وابسته به ارزش‌ها به خدمت گرفته می‌شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است، یا اثر معکوس دارد؛ و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت. این بدان معناست که افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید زمانی که تجارب ذهنی خود را از سختی‌های بیماری خود از جمله دردهایی که متحمل می‌شوند را بررسی می‌کنند، تغییراتی در آن باورها برای آن‌ها ایجاد شده و بر آگاهی فرد از نوع و شرایط بیماری اضافه می‌گردد و فرد می‌آموزد که خودش را جدا این تجارب به صورت مستقل جدا سازد و عمل کند و تمرکز افراطی به قربانی بودن خود را اصلاح کرده و ارزش‌هایی وجودی خود را باز یابد و به اهدافی رفتاری تبدیل کند و در نهایت این مسیر با ایجاد انگیزه‌ای محکم برای پذیرش متعهدانه که از شرایطش خواهد بود و همین مسئله است که باعث می‌شود نمره پذیرش شاخص درد ارتقا یابد و در ادامه با این پذیرش و ارتقا خود، شدت درد کاهش یابد.

همچنین برای تبیین اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد به بیماران آموزش می‌دهد تا به جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساسات، خاطره‌ها و احساسهای بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. این شیوه درمانی از طریق گسلس شناختی به دنبال آن است که به بیماران کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل موثر با دنیا بیابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد نوع دیگری از خود به نام خود به عنوان زمینه (یا حس متعالی از خود) را به بیماران معرفی می‌کند که منظور از آن، معنا و حسی از خود به صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات، خاطره‌ها و احساسهای بدنی رخ می‌دهد (۳۲). همچنین این درمان عمدتاً فرآیند محور است و به وضوح بر افزایش پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های مفید، انعطاف‌پذیر و سازگار بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات تأکید می‌کند (۳۳). درمان پذیرش و تعهد رویکردی است که از فرآیندهایی مانند پذیرش ذهن آگاهی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار برای ایجاد موقعیت انعطاف‌پذیر استفاده می‌کند (۳۴) در این درمان به فرد کمک می‌شود تا بر اساس تعهد رفتاری در درمان چیزی متفاوت را تجربه کند. زمانی که بیمار از اهداف ارزشهای خود آگاه شود با تغییرات مثبت در وضعیت خود مواجه می‌شود و حتی بدون حمایت روانشناس از فاجعه‌سازی درد می‌کاهد. علاوه بر این بیماران یاد می‌گیرند که رویدادهای درونی را از طریق انتشار شناختی آن‌ها به‌طور که هستند ببینند نه آن‌طور که در حال وقوع است باعث می‌شود روند پذیرش بهتر انجام شود. در نهایت اثر بخشی رویدادهای درونی به عنوان موانع روانی از طریق انتشار افکار و احساسات کاهش می‌یابد و پذیرش درد بهبود پیدا می‌کند.

همچنین طرح‌واره درمانی با شناسایی و رفع نیازهای هیجانی ذهنیت فرد بر کاهش نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها تأثیر داشت. وقتی هیجان‌ها و نشانه‌های جسمی مرتبط با ذهنیت فرد مورد اعتباربخشی و همدلی قرار گرفتند و با افکار ذهنیت منتقد درونی همجوشی زدایی شد، آزمودنی‌ها گزارش کردند که



پژوهش عوامل زمینه ای و تفاوت های فرهنگی کنترل نشد. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه ای اثر مداخلات را بیش برآورد کرده باشند. متغیرهایی مانند سن و سابقه بیماری و یا وضعیت مالی که ممکن است بر متغیرهای پژوهش اثر گذار باشد کنترل نشد. استفاده از ابزارهای خود گزارشی مربوط به درمان، محدودیتی برای تفسیر نمرات درمان در این پژوهش محسوب می شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به منظور تعمیم دهی معتبرتر، از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود؛ همچنین این دو درمان می توانند روی سایر اقشار جامعه تکرار شود، یعنی برای تعمیم پذیری بهتر، در جوامع مختلف آماری اثربخشی این دو روان درمانی سنجیده شود. در نهایت پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده سایر عواملی که ممکن است همزمان با درمان نتایج را تحت تأثیر قرار دهند کنترل و در نظر گرفته شوند.

از لحاظ جسمی احساس بهتری دارند و تجربه های ناخوشایند جسمانی آنان مانند درد کاهش یافته بود. یکی دیگر از دلایل اثربخشی بیشتر درمان تعهد و پذیرش در شاخص های درد نسبت به طرحواره درمانی احتمالاً به دلیل ماهیت سوالات شاخص های درد است که بیشتر به رویکرد اکت نزدیک تر است و تمرکز بیشتری به اکنون می کند تا در شرایط بیماری سختی که فرد در حال تجربه آن است، بیشترین پذیرش برای فرد فراهم گردد تا خود را از بیماری و شرایط سخت همراه آن جدا و مستقل کرده و در نتیجه درد کمتری را تجربه کند. پس این رویکرد با بهره گیری از ظرفیت فرد بیمار و ارتقا آن در لحظه حال و اکنون سعی در حل و بهبود شرایط پیش آمده کرده و فرد را از لحاظ روانی برای ادامه مسیر زندگی آماده تر خواهد کرد و ظرفیت فرد را برای پذیرش درد و کاهش شدت درد ارتقا می دهد. استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی محدودیت اصلی این پژوهش بود، لذا در تعمیم نتایج بایستی احتیاط کرد. در این

## References

1. Cha E, Kim J, Sohn MK, Lee BS, Jung SS, Lee S, Lee I. Perceptions on good- life, good- death, and advance care planning in Koreans with non- cancerous chronic diseases. *Journal of Advanced Nursing*. 2021 Feb;77(2):889-98.
2. Dowaidar M. The Cardiometabolic-Based Chronic Disease Model Lays the Foundations for Accurate, Evidence-Based Preventive Targeting and Gene Therapy. *OSF Preprints*. April. 2021;11.
3. Sholter, D. , Wu, J. , Jia, B. , Zhang, H. , Griffing, K. , Birt, J & et al. (2022). Maintenance of Patient-Reported Outcomes in Baricitinib-Treated Patients with Moderate-to-Severe Active Rheumatoid Arthritis: Post Hoc Analyses from Two Phase 3 Trials. *Rheumatology and Therapy*, 1-13.
4. Bingham, C. O. , Walker, D. , Nash, P. , Lee, S. J. , Ye, L. , Hu, H & et al. (2022). The impact of filgotinib on patient-reported outcomes and health-related quality of life for patients with active rheumatoid arthritis: a post hoc analysis of Phase 3 studies. *Arthritis research & therapy*, 24(1), 1-14.
5. Radu, A. F., & Bungau, S. G. (2021). Management of rheumatoid arthritis: an overview. *Cells*, 10(11), 2857.
6. Ohta, R., & Sano, C. (2023). Differentiating between Seronegative Elderly-Onset Rheumatoid Arthritis and Polymyalgia Rheumatica: A Qualitative Synthesis of Narrative Reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1789.
7. Abid rahmani A, Ghorbanshiroudi S, Kalatbari J, Hajiabbasi A. Survey of Depression and Anxiety in Patients with Rheumatoid Arthritis. *JGUMS* 2013; 22 (85) :15-22
8. Garcia, D. P. C. , Dos Reis, C. F. , de Figueiredo, L. O. , de Melo Mota, G. V. , Guimarães, L. Q. , de Vasconcellos Santos, F. A & et al. (2020). Perforated gastric ulcer post mini gastric bypass treated by laparoscopy: A case report. *Annals of Medicine and Surgery*, 49, 24-27.
9. Manchikanti L, Singh V, Kaye AD, Hirsch JA. Lessons for better pain management in the future: learning from the past. *Pain and Therapy*. 2020 Dec; 9:373-91.

10. Akbarinezhad E, Naghizadeh M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with short-term solution-oriented therapy on pain self-efficacy and resilience of female students with chronic headache. *Journal of Anesthesia and Pain*, 2021; 12(2), 1-18.
11. Kim, S., & Kratz, A. L. (2021). A review of the use and psychometric properties of the chronic pain acceptance questionnaires. *Rehabilitation Psychology*, 66(1), 102.
12. Ferreira-Valente, A., Solé, E., Sánchez-Rodríguez, E., Sharma, S., Pathak, A. , Jensen, M. P. ,... & de la Vega, R. (2021). Does Pain Acceptance Buffer the Negative Effects of Catastrophizing on Function in Individuals with Chronic Pain? *The Clinical Journal of Pain*, 37(5), 339-348.
13. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Pergolizzi JV, Gharibo C. Pain management during the COVID-19 pandemic. *Pain and Therapy*. 2020 Dec;9(2):453-66.
14. Sharma, C. , Whittle, S. , Haghighi, P. D. , Burstein, F. , & Keen, H. I. (2021). Response to ‘Correspondence on ‘Mining social media data to investigate patient perceptions regarding DMARD pharmacotherapy for rheumatoid arthritis’ by Reuter et al. *Annals of the Rheumatic Diseases*.
15. Maschi M S, Sodagar S, Jomehri F, Hosseinzadeh Taghvai M, Forootan M. Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Intensity and Stress Coping Styles in Patients With Gastric Wound. *J Arak Uni Med Sci* 2020; 23 (6) :860-871
16. Irandoost, F., Neshat-Doost, H., Nadi, M., Safary, S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Pain Intensity in Women with Chronic Low Back Pain. *Journal of Clinical Psychology*, 2014; 6(2): 75-84. doi: 10.22075/jcp.2017.2165
17. Thompson, E. M. , Destree, L. , Albertella, L. , & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507.
18. Hayes SC. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*. 18(2): 226-7.
19. Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597.
20. Soygüt, G. , Gülüm, İ. V. , Ersayan, A. E. , Lobbestael, J. , & Bernstein, D. P. (2021). A preliminary psychometric study of the Turkish Schema mode inventory-forensic (SMI-F). *Current Psychology*, 1-12.
21. Rafaeli E, Maurer O, Thoma NC. Working with modes in schema therapy. Working with emotion in cognitive behavioral therapy: Techniques for clinical practice. 2014 Oct 20:263-87.
22. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992 Aug 1;50(2):133-49.
23. Kamyabi, S., Sahebozamani, M., sharifian, I., Daneshjoo, A., Sabzkar, H., Gorji Baziari, S. The relationship between severity of disability, pain and quality of life in female students with chronic low back pain. *journal of motor and behavioral sciences*, 2021; 4(1): 39-45.
24. Sabour S, Kakabraee K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain . *IJRN* 2016; 2 (4) :1-9
25. bahrami rad, M., Rafezi, Z. Predicting Pain Acceptance Based on Perceived Stress and Coping Strategies in individuals with Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology*, 2019; 7(28): 151-166. doi: 10.30473/hpj.2019.38617.3887
26. Young, J. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford.
27. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford press; 2011.
28. Vasiliou, V. S., Karademas, E. C., Christou, Y., Papacostas, S., & Karekla, M. (2022). Mechanisms of change in acceptance and commitment therapy for primary headaches. *European Journal of Pain*, 26(1), 167-180.

29. Galvez-Sánchez, C. M. , Montoro, C. I. , Moreno-Padilla, M. , Reyes del Paso, G. A. , & de la Coba, P. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Central Pain Sensitization Syndromes: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(12), 2706.
30. Balter, L. J. , Wiwe Lipsker, C. , Wicksell, R. K. , & Lekander, M. (2021). Neuropsychiatric Symptoms in Pediatric Chronic Pain and Outcome of Acceptance and Commitment Therapy. *Frontiers in psychology*, 12, 836.
31. Bendelin, N. , Gerdle, B. , Blom, M. , Södermark, M. , & Andersson, G. (2021). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy Added to Multimodal Pain Rehabilitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24), 5872.
32. Fang, P., Tan, L., Cui, J., & Yu, L. (2023). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for people with advanced cancer: a systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 519-538.
33. Towey-Swift, K. D., Lauvrud, C., & Whittington, R. (2023). Acceptance and commitment therapy (ACT) for professional staff burnout: a systematic review and narrative synthesis of controlled trials. *Journal of Mental Health*, 32(2), 452-464.
34. Lai, L., Liu, Y., McCracken, L. M., Li, Y., & Ren, Z. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A three-level meta-analysis and a trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Behaviour Research and Therapy*, 165, 104308.

## Original Article

# Comparison of the efficacy of schema therapy and acceptance and commitment therapy of pain indicators in people with rheumatoid arthritis

Received: 11/05/2024 - Accepted: 26/06/2024

Ahoo Moradsamarin<sup>1</sup>  
Sheida Sodagar<sup>2\*</sup>  
Farahnaz Meschi<sup>1</sup>  
Alireza Rajaei<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor of  
Rheumatology, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences,  
Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Health  
Psychology, Karaj Branch, Islamic  
Azad University, Karaj, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of  
Psychology, Mashhad Branch,  
Islamic Azad University, Mashhad,  
Iran

Email: sh.sodagar@kiaui.ac.ir

### Abstract

**Background:** Rheumatoid arthritis is one of the autoimmune diseases and has a chronic and progressive course. In addition to physical problems and disabilities, this disease has social and psychological consequences. The purpose of this study was to compare the effectiveness of schema therapy with acceptance and commitment-based therapy on pain indicators (severity/acceptance) in people with rheumatoid arthritis.

**Materials and Methods:** The present study was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with two experimental groups (schema therapy and acceptance and commitment therapy) and a control group with a 3-month follow-up test. The statistical population of this research included all the people suffering from rheumatoid arthritis under regular drug treatment who had filed a case in Loqman hospital in Tehran during 1401-1402 due to mechanical and non-inflammatory pains. The sampling method in this research was firstly targeted sampling and 60 people (20 people in each group) were selected as a sample. The standard pain intensity questionnaires of Quebec et al. (1995) and pain acceptance questionnaires by McCracken and Wells (2004) were used to collect data. Also, Yang et al.'s (2003) schema therapy protocols and Hayes and Strossal's (2013) acceptance and commitment protocols were used for intervention. Mixed analysis with repeated measurements with SPSS version 25 software was used for data analysis.

**Results:** The results showed that the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on pain indicators was more than schema therapy.

**Conclusion:** In order to improve the pain indicators of patients with rheumatoid arthritis, it is suggested to use schema therapy and acceptance and commitment therapy.

**Keywords:** schema therapy, acceptance and commitment, pain indicators, rheumatoid arthritis

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest