

تأثیر طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر میزان خودکارآمدی و درد در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

خلاصه

مقدمه: مطالعات بیانگر تأثیر عوامل روانشناختی و جسمانی از قبیل خودکارآمدی و درد بر پیشرفت بیماری در بیماران رماتیسم مفصلی است؛ هدف این مطالعه بررسی تأثیر طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر میزان خودکارآمدی و درد در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی بوده است.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح پژوهش بصورت پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه گسترش یافته می‌باشد. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی مراجعه کننده به درمانگاه‌های روماتولوژی و بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز بود. ۴۵ بیمار مبتلا به بیماری رماتیسم مفصلی، بصورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی، پلاسیبو و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) و درد مک گیل (۱۹۹۷)، قبل از اجرای مداخله طرحواره درمانی هیجانی گروهی، پس از اجرای مداخله درمانی و ۳ ماه پس از اتمام مداخله درمانی توسط هر سه گروه شرکت کنندگان تکمیل گردید. مداخله طی ۱۶ جلسه بمدت دو ساعت و نیم برگزار گردید. برای تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و از روش‌های تحلیل واریانس چند متغیره، تحلیل واریانس یکطرفه، تست تعقیبی توکی، آزمون مجذور کای و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید.

نتایج: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش میزان خودکارآمدی و کاهش میزان درد در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی اثر معناداری داشت و این اثر پس از پیگیری ۳ ماهه ماندگار بود ($p \leq 0.05$).

نتیجه گیری: طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند یک مداخله روانشناختی اثربخش برای کاهش درد و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی باشد.

کلمات کلیدی: رماتیسم مفصلی، طرحواره درمانی هیجانی گروهی، خودکارآمدی، درد.

ماریه حسینی^۱

حسن احدی^{۲*}

فرهاد جمهوری^۳

آدیس کراسکیان موجدباری^۴

مروارید احدی^۵

^۱گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه

آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

^۲گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، البرز،

ایران

^۳استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد

اسلامی، کرج، ایران.

^۴گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج، البرز، ایران

^۵متخصص اعصاب و روان، بیمارستان معتمدی، تهران، ایران

Email:ahadi@aut.ac.ir

مقدمه

علاوه بر این داروهای مربوط به رماتیسم مفصلی، دارای عوارض می‌باشد، بخصوص زمانیکه برای مدت طولانی مصرف شود، لذا، مداخلات روانشناختی با اهمیت و البته به عنوان یک درمان جانبی در نظر گرفته شده است (۹). یکی از این مداخلات روانشناختی، طرحواره درمانی هیجانی است که شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است و لیهی^۱ این رویکرد در مانی را با اقتباس از نظریه شناختی بک، الگوی فراشناختی ولز^۲ و در مان هیجان مدار گرینبرگ^۳ برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (۱۰).

الگوی طرحواره هیجانی بازتاب شیوه های تجربه هیجانها توسط افراد و باوری است که آنها در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونه عمل کردن در برابر برانگیختگی ذهنی احساسهای ناخوشایند دارند (۱۱). طرحواره های هیجانی با مقیاس طرحواره هیجانی لیهی نشان داده می‌شوند، که ۱۴ بعد شامل اعتباریابی، قابل فهم بودن، احساس گناه، دیدگاه ساده انگارانه به هیجان، ارزش های برتر، کنترل، کرحی، نیاز به خردگرا بودن، دوام، اتفاق نظر، پذیرش احساسات، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش می‌باشد و اینکه چگونه فرد احساسات خود را تفسیر، ارزیابی، کنترل می‌کند یا به آنها پاسخ می‌دهد را نشان می‌دهد (۱۰). در این الگو افراد با یکدیگر از نظر تفسیر و ارزیابی تجربه هیجانی خود تفاوت دارند (۱۲)، و ممکن است با راهبردهای گوناگون مانند اجتناب تجربی، راهبردهای شناختی بی ثمر حمایت اجتماعی و یا راهبردهای دیگر بکوشند با هیجانهای خود مقابله کنند (۱۳). مدل درمان طرحواره های هیجانی تلاش می‌کند آگاهی هشیار و تمایز احساسات را بالا ببرد. این تاکید برای این است که آلکسی تایمیا (یعنی درک ضعیف و آگاهی اندک از احساسات) اغلب از ویژگی های افراد با اضطراب، افسردگی، و مشکلات جسمی از قبیل درد مزمن است. درمانگر طرحواره هیجانی، نخست در شناسایی، برچسب زدن، و افتراق در طیف احساسات ممکن با استفاده از تکنیک های هیجان مدار درمانی به بیمار کمک می‌کند (۱۰). علاوه بر آن به شناسایی باورهای مشکل دار در مورد هیجانها، مانند اعتقاد به این که

رماتیسم مفصلی (آرتریت روماتوئید) یک بیماری خود ایمنی مزمن است که با درد و التهاب شدید بافت سینوویال مزمن که منجر به تخریب و از کار افتادن مفاصل می‌شود همراه است (۱). این بیماری باعث آسیب پیشرونده به دستگاه اسکلتی عضلانی شده و منجر به درد و تخریب غیر قابل بازگشت استخوان و غضروف می‌شود که واکنشهای متفاوتی دارد (۲). آرتریت روماتوئید فعال کنترل نشده باعث کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی و بیماری های همراه از قبیل بیماری های قلبی و دیابت می‌گردد. شیوع جهانی آرتریت روماتوئید در سال ۲۰۱۰، ۲۴/۰ درصد برآورد گردید و تقریباً در زنان ۲ برابر مردان شایع بود (۳).

مطالعات بیانگر تأثیر عوامل روانشناختی از قبیل خودکارآمدی بر پیشرفت بیماری در بیماران رماتیسم مفصلی می‌باشد (۴ و ۵). مفهوم خودکارآمدی به معنای قضاوت افراد از توانائی‌هایشان برای سازماندهی و اجرای فعالیت های لازم برای انجام وظایف برنامه ریزی شده می‌باشد (۶). نتایج مطالعه ای نشان داد که خودکارآمدی با میزان ناتوانی، درد، فعالیت بیماری و تأثیر بیماری در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی، ارتباط دارد و این یافته همسو با نتایج تحقیقات مشابه در سایر کشورها بود (۴). خودکارآمدی برای افراد مبتلا به آرتروز مهم است زیرا آنان باید فعالیت های خودمدیریتی را بر عهده بگیرند و از چندین مداخله درمانی پیروی کنند، و همزمان وظایفی در خانواده و شغل خود انجام دهند (۵). افراد با بیماری رماتیسم مفصلی، معمولاً درد را به عنوان مهمترین مشکل عنوان می‌کنند (۷). پیش آگهی درد در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی، اغلب ضعیف است، حتی وقتی که بیماری التهابی بخوبی کنترل شده باشد، لذا درمان بهتری برای درد بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی به طور مبرم مورد نیاز است (۸).

با وجود مداخلات دارویی، همچنان بسیاری از بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی، علائم مربوط به بیماری از قبیل درد، خستگی و دیسترس های روانشناختی را تجربه می‌کنند (۳).

³ Greenberg

¹ Leahy

² Wells

هیجانی یکی از درمان‌های آموزش تنظیم هیجان است (۱۸)، می‌تواند در افزایش خودکارآمدی موثر باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش میزان درد موثر بوده‌اند (۱۹). همچنین مطالعات بیانگر اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی بر خودکارآمدی می‌باشد (۲۰ و ۱۸). اما مطالعه‌ای در این باره در بیماران مبتلا به درد مزمن مانند بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی انجام نشده است. همچنین، گروه درمانی نیز فرصتی را فراهم می‌کند تا در آن تک تک اعضا بتوانند مشکلات مرتبط با بیماری خود را آزادانه مطرح و آموزش‌های لازم را دریافت نمایند. اغلب افراد شرکت کننده در گروه‌ها بر این باورند که مشکلاتشان منحصر بفرد است و دیگران هرگز گرفتار چنین مشکلاتی نیستند و همین شیوه پردازش شناختی سبب میشود تا آنها توان کنار آمدن و مقابله با مشکلات خود را از دست بدهند (۲۱). به همین دلیل در مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر خودکارآمدی و درد در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی پرداخته شده است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، و طرح پژوهش بصورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه گسترش یافته می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی مراجعه کننده به درمانگاه‌های روماتولوژی و بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز بود. مطابق با یک نمونه آزمایشی، برای رسیدن به هدف مطالعه حجم نمونه ۴۵ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) تعیین شد که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس، بدینصورت که تنها از بین بیماران درمانگاه‌های روماتولوژی و بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز، بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی انتخاب شده و بصورت تصادفی در سه گروه آزمایش، گروه پلاسیبو و گروه کنترل قرار گرفتند، به نحوی که گروه آزمایش مداخله طرحواره درمانی هیجانی گروهی را دریافت کردند، گروه پلاسیبو، تنها در جلسات گروه درمانی بدون هیچگونه آموزش طرحواره درمانی

فرد همیشه باید منطقی باشد، و اعتقادات در مورد از دست دادن کنترل، مدت زمان، و شرم می‌پردازد. سپس با استفاده از تکنیک شناخت درمانی مانند بررسی هزینه‌ها و مزایای این باور، بررسی شواهد له و علیه این باور بررسی شده، و با استفاده از تکنیک ذهن دلسوز به منظور افزایش پذیرش خود و خوداعتبارسنجی بررسی می‌شوند. درمان طرحواره هیجانی شامل تکنیک‌های ذهن آگاهی است، اما تمرکز را به طور خاص بر محتوای شماتیک از باورها "در مورد هیجانات" می‌گذارد. در درمان طرحواره‌های هیجانی (همانند درمان فراشناختی)، فاصله گرفتن هشیارانه کمک می‌کند که این باور که احساسات بر ما چیره خواهند شد و باید سرکوبشان کرد را به آزمایش گذاریم (۱۳). درمان طرحواره هیجانی درباره‌ی اینکه چه ارزش‌هایی مهمند می‌گوید که ارزش‌های کلاسیک (چنانکه ارسطو گفته) و ارزش‌های شفقت، مهربانی، و انصاف (چنانکه راولز توصیف می‌کند) می‌تواند انتخاب‌های اخلاقی و ارزشی که بیمار انجام می‌دهد را تحت تاثیر گذارد (۱۰). مطالعه‌ای نشان داده که درد با استرس هیجانی، محدودیت در آگاهی هیجانی و بیان هیجانات در ارتباط است بطوریکه بیان هیجانات و آگاهی هیجانی باعث کاهش درد می‌گردد (۱۴). علاوه بر این در مطالعه کیانی پور، حسنی، راه نجات و قنبری پناه (۱۵) نشان داده شد که طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان موثر است، بنابراین، درمان طرحواره هیجانی با بالا بردن آگاهی هیجانی و ابراز مناسب و معتبر شمردن هیجانات، می‌تواند باعث کاهش استرس‌های هیجانی و کاهش درد گردد. همچنین، در مطالعه‌ای مشخص گردید، بیمارانی که پذیرش بیماری بهتر داشتند، درد و محدودیت حرکتی کمتری را گزارش کرده‌اند (۱۶). از آنجا که در طرحواره درمانی هیجانی از تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش استفاده می‌شود، پس می‌تواند در بهبود و کاهش درد موثر باشد. همچنین، نتایج مطالعه اخلاقی یزدی نژاد، حسین ثابت، برجلی بیانگر تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر افزایش خودکارآمدی می‌باشد (۱۷) و از آنجا که طرحواره درمانی

با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی، (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تأیید سازه مورد نظر بود (۲۴). همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۵). در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه درد مک گیل^۲

پرسشنامه درد مک گیل، دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف (سه بعد ادراک حس درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، و دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد (۲۶). پرسشنامه درد مک گیل از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برده‌اند مورد استفاده قرار گرفت (۲۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی قرار گرفت (۲۸). یافته‌های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسشنامه نشان دادند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیکیک و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی‌سازی و بررسی پایایی پرسشنامه درد مک گیل به زبان فارسی پرداخته و بیان کرده‌اند که پرسشنامه فارسی درد مک گیل از انطباق فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک درد مزمن برخوردار است. در مطالعه آنها (نمونه=۸۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه

هیجانی قرار گرفتند. اعضای گروه پلاسیبو در باره مشکلاتشان که در ارتباط با بیماری آرتری روماتوئید بود صحبت میکردند و از تجارب همدیگر استفاده میکردند، گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به توضیح است که گروه پلاسیبو برای کنترل اثر گروه درمانی تشکیل گردید. پیش آزمون و پس آزمون برای سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل، پیش از اجرای مداخله، پس از اجرای مداخله و سه ماه پس از آن اجرا گردید. پس از اجرای پیش آزمون، شرکت کنندگان گروه آزمایش، مداخله طرحواره درمانی هیجانی را به مدت ۱۶ جلسه دو ساعت و نیم بصورت هفتگی دریافت کردند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص ابتلا به رماتیسم مفصلی توسط پزشک متخصص روماتولوژی، محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، و ملاک‌های خروج شامل دارا بودن همزمان بیماری‌های جسمی یا روانشناختی دیگر، دریافت همزمان درمان‌های روانشناختی دیگر، وجود علائم شدید مربوط به بیماری رماتیسم مفصلی که امکان حضور در جلسات را با مشکل روبرو کند بود. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های ذیل قبل از اجرای مداخله طرحواره درمانی هیجانی گروهی، پس از اجرای آن و ۳ ماه پس از اتمام مداخله طرحواره درمانی هیجانی گروهی استفاده گردید.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر^۱

مقیاس خودکارآمدی شرر توسط شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است (۲۲)، اعتبار محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی را ۰/۷۶ ذکر می‌کند. این مقیاس دارای ۱۷ سوال است که هر سوال براساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. این مقیاس توسط براتی بختیاری (۲۳) ترجمه و اعتباریابی شده است. براتی بختیاری (۲۳)، برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را

2. MPQ (McGill Pain Questionnaire)

1. GSES (General Self Efficacy Scale)

مدت ۱۶ جلسه و هر جلسه بمدت ۲ ساعت و نیم بصورت هفتگی برگزار گردید، که بر اساس مدل درمانی طرحواره‌های هیجانی (۱۱) تدوین گردیده و به شرح جدول ۱ اجرا گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به منظور مقایسه متغیرهای کمی بین سه گروه از تحلیل واریانس چند متغیره و تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد و از تست تعقیبی توکی در ادامه جهت مقایسه جفتی بین گروه‌ها کمک گرفته شد. در بررسی رابطه بین یک متغیر کیفی و گروه، آزمون مجذور کای و جهت بررسی روند تغییر نمرات از قبل از مداخله به بعد از آن و پیگیری از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. در تمام آزمون‌ها $P < 0.05$ به عنوان اختلاف آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی، ارزیابی یا شناختی و متفرقه) بالای ۰/۸۰ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۸۲، ۰/۸۶ بدست آمد.

روش کار

بیماران شرکت کننده در این پژوهش از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های روماتولوژی و بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز که پس از مصاحبه بالینی توسط متخصص روماتولوژی تشخیص ابتلا به رماتیسم مفصلی را دارا بودند انتخاب گردیده، پس از توضیح اهداف پژوهش و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج و اخذ رضایت نامه کتبی، شرکت کنندگان بصورت تصادفی در ۳ گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل قرار گرفتند. سپس برای شرکت کنندگان گروه آزمایش مداخله طرحواره درمانی گروهی به

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات طرحواره درمانی هیجانی گروهی (۱۱)

جلسات	خلاصه‌ای از شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح مدل طرحواره درمانی هیجانی و بیان اهداف درمانی، ارائه تکلیف پر کردن تست طرحواره‌های هیجانی.
جلسه دوم	بررسی انواع طرحواره‌های هیجانی اعضاء گروه، ارائه الگویی از هیجان، ارائه تکلیف نوشتن مثال‌هایی از افکار، هیجانات و رفتارهایی از خودشان.
جلسه سوم	آموزش شناسایی انواع هیجان‌ها، افتراق و برجسب زنی هیجانها، ارائه تکلیف برجسب زنی هیجان‌ها و شناسایی انواع افکار همراه با هیجانات.
جلسه چهارم	آموزش جایگزینی هیجانات احتمالی دیگر با هیجانات در دسرساز و افکار احتمالی دیگر همراه با آن هیجانات، آموزش زنجیره رویداد - فکر - هیجان - رفتار، ارائه تکلیف پر کردن فرم هیجان در دسرساز - هیجان جایگزین، فکر - فکر جایگزین.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف منزل، آموزش انواع خطاهای شناختی و نحوه به چالش کشیدن افکار و جایگزینی هیجانات، آموزش فن وکیل مدافع و بررسی شواهد افکار منفی، ادامه تکلیف پر کردن فرم هیجان در دسرساز - هیجان جایگزین، فکر - فکر جایگزین.
جلسه ششم	آموزش نحوه بهنجارسازی تجربه‌های هیجانی. ارائه تکلیف بررسی بهنجار بودن هیجانات با بررسی وجود این هیجانات در دیگران و ثبت مزایا و معایب بهنجار دانستن هیجاناتی که غیر طبیعی می‌پندارند.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف بهنجارسازی هیجانات، آموزش اینکه هیجانات گذرا هستند. ارائه تکلیف ثبت فعالیت‌ها و افکار و هیجانات.

جلسه هشتم	بررسی تکلیف ثبت هیجان‌ها، آموزش پذیرش هیجان‌ها، تمایز گذاشتن بین هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج و آموزش تمرین ذهن آگاهی، ارائه تکلیف انجام تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن.
جلسه نهم	ادامه توضیحات مربوط به ذهن آگاهی، مشاهده هیجان‌ها و اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان‌ها، آموزش تمرین ذهن آگاهی فضا‌سازی برای هیجان‌ها. ارائه تکلیف انجام ذهن آگاهی فضا‌سازی.
جلسه دهم	آموزش تحمل هیجان‌ها مختلط، تکلیف ثبت و بررسی هیجان‌ها مختلط و بررسی مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها مختلط.
جلسه یازدهم	آموزش بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف پر کردن فرم در جستجوی هیجان مثبت و فرم پرسشنامه هدف هیجانی.
جلسه دوازدهم	آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، آموزش مراقبه مهر و محبت، تکلیف انجام مراقبه مهر و محبت، تمرینات آرام‌سازی و برنامه‌ریزی فعالیت.
جلسه سیزدهم	بررسی تکلیف انجام تمرینات آرام‌سازی و مراقبه مهر و محبت و برنامه‌ریزی فعالیت، آموزش مهارت حل مساله، ارائه تکلیف بررسی راه حل‌های یکی از مشکلات شرکت کنندگان از طریق روش حل مساله.
جلسه چهاردهم	توضیح مفاهیم متفاوتی که افراد در زندگی‌شان دارند، آموزش مهارت‌های جستجوی حمایت اجتماعی، آموزش تصویرسازی خود دلسوز ارائه تکلیف پر کردن فرم مفاهیم دیگر در زندگی، انجام تصویرسازی خود دلسوز.
جلسه پانزدهم	آموزش بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، تکلیف تهیه فهرستی از ارزش‌های متعالی شان و بررسی ارتباط هیجان‌ها با این ارزش‌ها و پر کردن فرم ارتباط با ارزش‌های متعالی.
جلسه شانزدهم	بررسی فرم ارتباط با ارزش‌های متعالی، مرور و جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات و آموزش نحوه تعمیم آن در زندگی به هنگام مواجهه با رویدادها و جایگزینی هیجان‌ها و راهکارهای مناسب.

نتایج

تحصیلات غیر دانشگاهی ۳۶ نفر (۸۰ درصد) تشکیل می‌دادند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری در همه افراد ۵/۴±۴ سال بود. آزمون مجذور کای نشان داد که بین سه گروه مورد بررسی با متغیرهای دموگرافیک جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$) و همسان‌سازی سه گروه به صورت مناسبی انجام شده بود.

بر اساس اطلاعات بدست آمده میانگین سنی بیماران در گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و کنترل به ترتیب 42.07 ± 9.87 ، 44.13 ± 27.1 و 38.13 ± 5.6 سال بود. تحلیل واریانس یکطرفه اختلاف آماری معنی‌داری را بین سه گروه از نظر سن ($P = 0.25$) نشان نداد. اکثر بیماران را زنان ۳۷ نفر (۸۲/۲ درصد)، متاهلین ۳۵ نفر (۷۷/۸ درصد) و افراد با

جدول ۲. توزیع فراوانی نمونه‌ها در سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل بر اساس مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	دسته‌بندی	گروه			کل	سطح معنی‌داری
		آزمایش	پلاسیبو	کنترل		
		(n=15)	(n=15)	(n=15)		
جنسیت	زن	۱۲ (۲۶/۷)	۱۳ (۲۸/۹)	۱۲ (۲۶/۷)	۳۷ (۸۲/۲)	۰/۸۶
	مرد	۳ (۶/۷)	۲ (۴/۴)	۳ (۶/۷)	۸ (۱۷/۸)	
وضعیت تاهل	مجرد	۵ (۱۱/۱)	۳ (۶/۷)	۲ (۴/۴)	۱۰ (۲۲/۲)	۰/۴۱

	متاهل	۱۰ (۲۲/۲)	۱۲ (۲۶/۷)	۱۳ (۲۸/۹)	۳۵ (۷۷/۸)
۰/۶۶	تحصیلات غیر دانشگاهی	۱۲ (۲۶/۷)	۱۳ (۲۸/۹)	۱۱ (۲۴/۴)	۳۶ (۸۰)
	دانشگاهی	۳ (۶/۷)	۲ (۴/۴)	۴ (۸/۹)	۹ (۲۰)
۰/۲۵	شغل خانه دار	۱۰ (۲۲/۲)	۱۳ (۲۸/۹)	۹ (۲۰)	۳۲ (۷۱/۱)
	شاغل	۵ (۱۱/۱)	۲ (۴/۴)	۶ (۱۳/۳)	۱۳ (۲۸/۹)

در جدول ۲، توزیع فراوانی شرکت کنندگان در سه گروه بر اساس مشخصات جمعیت شناختی نشان داده شده است.

اختلاف معنی داری مشاهده شد ($F= 3/15, P= 0/008$)، و در سه ماه بعد از مداخله نیز بین سه گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($F= 1/34, P= 0/25$)، که بر اساس این نتایج بررسی تک متغیره ابعاد پشتکار، ابتکار و تلاش در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

در تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی وجود اختلاف بین سه گروه (آزمایش، پلاسیبو، کنترل)، با در نظر گرفتن همزمان تمامی زیر ابعاد پشتکار، ابتکار، تلاش در پرسشنامه خودکارآمدی مورد بررسی قرار گرفت که در آن در قبل از مداخله اختلاف معنی داری بین گروهها مشاهده نشد ($F= 1/26, P= 0/29$)، در بلافاصله بعد از مداخله بین سه گروه

جدول ۳. مقایسه بین گروهی و درون گروهی میانگین نمره خودکارآمدی و زیر ابعاد آن برای سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل در زمانهای قبل از مداخله، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از مداخله. ($\text{mean} \pm \text{SD}$)

سطح معنی داری A	متغیر	زمان		
		گروه	گروه	گروه
		آزمایش (n=15)	پلاسیبو (n=15)	کنترل (n=15)
۰/۲۸	پشتکار	۲۲/۴±۶/۴	۲۳/۶±۵/۵	۲۵/۷±۵/۳
۰/۰۰۳	بلافاصله بعد از مداخله	۳۳/۵±۸/۵	۲۷/۷±۷/۶	۲۶/۵±۴/۲
۰/۰۵	سه ماه بعد از مداخله	۳۲/۵±۱/۴	۲۷/۷±۵/۹	۲۷/۴±۶/۲
۰/۳۱	سطح معنی داری B	$P < 0/001$	۰/۰۳	۰/۳۱
۱/۲۱ (۲)	(درجه آزادی) آشاخص	۷۱/۲۸ (۲)	۴/۳۹ (۲)	۱/۲۱ (۲)
۲۰/۸۴	مجموع مجزورات	۱۰۹۵/۵	۱۴۹/۶	۲۰/۸۴
۱۰/۴۲	میانگین مجزورات	۵۴۷/۷۶	۷۴/۸۴	۱۰/۴۲
۰/۰۸	مجزور اتاجزئی	۰/۸۴	۰/۲۴	۰/۰۸
۰/۱۹	ابتکار	۱۹/۳±۲/۷	۲۰/۴±۹/۸	۲۱/۱±۵/۹
۰/۰۰۴	بلافاصله بعد از مداخله	۱±۲۵/۵	۲۱/۴±۱/۷	۲۱/۲±۹/۲
۰/۱۳	سه ماه بعد از مداخله	۲۳/۲±۹/۲	۲۱/۴±۸/۱	۲۲/۲±۲/۲
۰/۲۱	سطح معنی داری B	$P < 0/001$	۰/۶۵	۰/۲۱
۱/۶۵ (۲)	(درجه آزادی) آشاخص	۳۳/۴۲ (۲)	۰/۳۵ (۲)	۱/۶۵ (۲)
۳/۳۸	مجموع مجزورات	۲۷۲/۰۴	۶/۱۸	۳/۳۸
۱/۶۹	میانگین مجزورات	۱۹۴/۹۴	۳/۰۹	۱/۶۹
۰/۱۱	مجزور اتاجزئی	۰/۷۱	۰/۲۴	۰/۱۱
۰/۱۱	تلاش	۸/۱±۵/۸	۱۰/۲±۲/۸	۱۰/۳±۵/۱
۰/۰۳	بلافاصله بعد از مداخله	۱۲/۷±۲/۳	۱۱/۳±۱/۵	۹/۹±۲/۲
۰/۱۹۳	سه ماه بعد از مداخله	۱۲/۵±۳/۱	۱۰/۵±۳/۵	۱۰/۹±۳/۳

سطح معنی داری B	$P < 0.001$	۰/۵۲	۰/۲۱
(درجه آزادی) آشاخص	(۲) ۲۷/۵۴	(۲) ۰/۶۷	(۲) ۱/۶۷
مجموع مجزورات	۱۶۸/۴	۶/۹۳	۷/۵۱
میانگین مجزورات	۸۴/۲	۳/۴۷	۳/۷۵
مجزور اتاجزنی	۰/۶۶	۰/۰۴۵	۰/۱۱
نمره کل خودکارآمدی	قبل از مداخله	۴۵/۳ ± ۶/۱	۴۹/۷ ± ۸/۸
	۵۱/۷ ± ۷/۸	۰/۰۸	
بلافاصله بعد از مداخله	۶۴/۳ ± ۶/۴	۵۳/۸ ± ۱۱/۲	۵۲/۴ ± ۵/۸
سه ماه بعد از مداخله	۶۲/۳ ± ۷/۵	۵۵ ± ۹	۵۳/۸ ± ۷/۸
سطح معنی داری B	$P < 0.001$	۰/۰۴	۰/۲۴
(درجه آزادی) آشاخص	(۲) ۸۲/۱۶	(۲) ۳/۶۲	(۲) ۱/۵۱
مجموع مجزورات	۳۲۹۴/۰۴	۲۳۶/۸۴	۳۷/۶۴
میانگین مجزورات	۱۶۴۷/۰۲	۱۱۸/۴۲	۱۸/۸۲
مجزور اتاجزنی	۰/۸۵	۰/۲۱	۰/۰۹۷

آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری B: آنالیز واریانس یک طرفه A:

در جدول ۳، نتایج مقایسه بین گروهی و درون گروهی میانگین نمره خودکارآمدی و زیر ابعاد آن برای سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل در زمان‌های قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از آن نشان داده شده است. نتایج تحلیل واریانس یکطرفه در جدول ۳ نشان داد که قبل از انجام مداخله، میانگین نمره خودکارآمدی و زیر ابعاد آن اختلاف معنی داری بین سه گروه ندارند ($P > 0.05$)، اما بلافاصله بعد از مداخله برای همگی ابعاد و سه ماه بعد از مداخله برای فاکتورهای پشتکار و نمره کلی خودکارآمدی، اختلاف معنی داری بین سه گروه مشاهده شد ($P < 0.05$). نتیجه تست تعقیبی توکی برای نمره کلی خودکارآمدی اختلاف را هم بلافاصله بعد از مداخله و هم سه ماه بعد از مداخله بین گروه آزمایش با گروه پلاسیبو و بین گروه آزمایش با گروه کنترل معنی دار نشان داد ($P < 0.05$). همچنین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تغییرات معنی داری را از قبل از مداخله تا ۳ ماه بعد از آن، در نمره خودکارآمدی و همه ابعاد آن برای گروه آزمایش و در ابعاد پشتکار و نمره کلی خودکارآمدی برای گروه پلاسیبو نشان داد ($P < 0.05$)، درحالی‌که در گروه کنترل در هیچکدام از متغیرهای مورد بررسی تغییرات معنی داری از قبل از مداخله تا سه ماه بعد از آن مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی وجود اختلاف بین سه گروه (آزمایش، پلاسیبو، کنترل)، با توجه به زیر ابعاد حسی، عاطفی، شناختی و متفرقه از نمره درد نشان می‌دهد که در قبل از مداخله اختلاف معنی داری بین گروهها مشاهده نشد ($F=0/94, P=0/49$)، اما در بلافاصله بعد از مداخله و در ۳ ماه بعد از مداخله بین سه گروه اختلاف معنی داری مشاهده شد (بلافاصله بعد از مداخله: $F=3/56, P=0/001$ ، ۳ ماه بعد از مداخله: $F=2/41, P=0/022$)، که بر اساس این نتایج بررسی تک متغیره ابعاد حسی، عاطفی، شناختی و متفرقه از نمره درد در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

نتایج مقایسه بین گروهی و درون گروهی میانگین نمره خودکارآمدی و زیر ابعاد آن برای سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل در زمان‌های قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از آن نشان داده شده است. نتایج تحلیل واریانس یکطرفه در جدول ۳ نشان داد که قبل از انجام مداخله، میانگین نمره خودکارآمدی و زیر ابعاد آن اختلاف معنی داری بین سه گروه ندارند ($P > 0.05$)، اما بلافاصله بعد از مداخله برای همگی ابعاد و سه ماه بعد از مداخله برای فاکتورهای پشتکار و نمره کلی خودکارآمدی، اختلاف معنی داری بین سه گروه مشاهده شد ($P < 0.05$). نتیجه تست تعقیبی توکی برای نمره کلی خودکارآمدی اختلاف را هم بلافاصله بعد از مداخله و هم سه ماه بعد از مداخله بین گروه آزمایش با گروه پلاسیبو و بین گروه آزمایش با گروه کنترل معنی دار نشان داد ($P < 0.05$). همچنین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تغییرات معنی داری را از قبل از مداخله تا ۳ ماه بعد از آن، در نمره خودکارآمدی و همه ابعاد آن برای گروه آزمایش و در ابعاد پشتکار و نمره کلی خودکارآمدی برای گروه پلاسیبو نشان داد ($P < 0.05$)، درحالی‌که در گروه کنترل در هیچکدام از

جدول ۴. مقایسه بین گروهی و درون گروهی میانگین نمره درد و زیرابعاد آن برای سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل در زمان‌های قبل از مداخله، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از مداخله. (Mean± SD)

متغیر	زمان	گروه		
		سطح	گروه	سطح
A معنی داری				
		کنترل (n=15)	پلاسیبو (n=15)	آزمایش (n=15)
حسی	قبل از مداخله	۰/۵۹	۱۶/۷±۷/۷	۱۶/۷±۵/۷
	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۰۰۱	۱۹/۸±۶/۴	۱۳/۵±۱
	سه ماه بعد از مداخله	۰/۰۰۱	۱۹/۵±۶/۹	۱۵/۶±۲/۲
B معنی داری				
		۰/۱۹	۰/۰۳۱	<۰/۰۰۱P
شاخص (درجه آزادی)	مجموع مجزورات	۱/۷۵ (۲)	۳/۹۶ (۲)	۱۶/۸ (۲)
	میانگین مجزورات	۴۳/۰۲	۴۵/۸۷	۵۹۵/۶۴
	مجزور اتاجزئی	۰/۱۱	۰/۲۲	۰/۵۵
عاطفی	قبل از مداخله	۰/۳۷	۲±۵/۵	۳/۲±۸/۵
	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۰۰۴	۵/۲±۲/۸	۳/۱±۲/۹
	سه ماه بعد از مداخله	۰/۰۰۵	۵/۲±۱	۳/۱±۴/۵

سطح B معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۲	
شاخص (درجه آزادی)	۸/۴۶ (۲)	۰/۷۸ (۲)	۰/۰۷۹ (۲)	
مجموع مجزورات	۴۶/۷۱	۲/۸	۰/۳۱	
میانگین مجزورات	۲۳/۳۶	۲/۰۱	۰/۱۶	
مجزور اتاجزئی	۰/۳۸	۰/۰۵۲	۰/۰۰۶	
شناختی	قبل از مداخله	۲/۲±۲	۲/۱±۷/۸	۲/۲±۲
	بلافاصله بعد از مداخله	۰±۱/۹	۱/۱±۳	۳/۱±۱/۸
	سه ماه بعد از مداخله	۱/۱±۷	۲/۱±۱/۶	۲/۲±۵
B معنی داری				
	۰/۱۵	۰/۰۰۳	۰/۲۱	
شاخص (درجه آزادی)	مجموع مجزورات	۲/۲۱ (۲)	۷/۴۴ (۲)	۱/۶۷ (۲)
	میانگین مجزورات	۱۰/۹۸	۱۴/۸	۶/۷۱
	مجزور اتاجزئی	۰/۱۴	۰/۳۵	۰/۱۱
متفرقه	قبل از مداخله	۷/۳±۲/۲	۵/۳±۷/۷	۶/۴±۵/۴
	بلافاصله بعد از مداخله	۳/۳±۷	۳/۲±۵/۹	۵/۴±۲/۲
	سه ماه بعد از مداخله	۳/۳±۸	۵/۳±۶/۲	۶/۴±۳/۷

حسی، عاطفی، و نمره کلی درد اختلاف معنی داری بین سه گروه مشاهده شد ($P < 0/05$) که نتیجه تست تعقیبی توکی برای نمره کلی درد اختلاف را هم بلافاصله بعد از مداخله بین گروه آزمایش با گروه کنترل ($P = 0/001$) و بین گروه پلاسیبو با گروه کنترل ($P = 0/001$)، و هم سه ماه بعد از مداخله بین گروه آزمایش با گروه کنترل ($P = 0/003$) معنی دار نشان داد.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تغییرات معنی داری را قبل از مداخله تا ۳ ماه بعد از آن، در نمره‌ی درد و همه زیرابعاد آن برای گروه آزمایش، و در همه ابعاد (به جز بعد عاطفی) برای گروه پلاسیبو نشان داد ($P < 0/05$)، در حالی که در گروه کنترل در هیچکدام از متغیرهای مورد بررسی تغییرات معنی داری از قبل از مداخله تا سه ماه بعد از آن مشاهده نشد ($P > 0/05$). اگر چه هم در گروه پلاسیبو (گروه درمانی بدون آموزش) و هم در گروه آزمایش (طرحواره درمانی هیجانی گروهی)، در طول زمان برای نمره درد و زیر ابعاد آن اختلاف معنی داری مشاهده می‌شود، اما مشاهده مقادیر مجذور اتای جزئی و بزرگتر بودن مقدار آن در گروه آزمایش نسبت به گروه پلاسیبو به جز در بعد شناختی، نشاندهنده قدرتمند تر بودن اختلاف در گروه آزمایش و تاثیر گذار بودن روش طرحواره درمانی هیجانی گروهی است.

بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر به بررسی تاثیر طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر میزان خودکارآمدی در بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی پرداخته شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر میزان خودکارآمدی (و مولفه‌های آن) در بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی موثر بود و بر اساس داده‌های پژوهش موجب افزایش آنها شد، و این اثر پس از ۳ ماه پیگیری دارای ماندگاری بود. مطالعه رضایی (۲۰)، همسو با این مطالعه، بیانگر اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر خودکارآمدی می‌باشد.

سطح B معنی داری	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۱۸
شاخص (درجه آزادی)	۱۱/۶۷ (۲)	۴/۵۱ (۲)	۱/۸۲ (۲)
مجموع مجزورات	۱۱۷/۹۱	۴۵/۶۴	۱۵/۵۱
میانگین مجزورات	۸۳/۵۶	۳۵/۱۴	۱۰/۰۷
مجذور اتاجزی	۰/۴۶	۰/۲۴	۰/۱۲
نمره کل درد	۳۲/۱۰±۹/۶	۲۸/۱۲±۷/۶	۳۰/۱۴±۳/۹
مداخله	۰/۶۷		
بلافاصله بعد از مداخله	۱۶/۹±۵/۷	۲۱/۸±۱/۵	۳۳/۱۴±۱/۹
سه ماه بعد از مداخله	۱۹/۱۰±۲/۶	۲۶/۹±۳/۷	۳۳/۱۲±۵
سطح B معنی داری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۳۸
شاخص (درجه آزادی)	۱۶/۴۵ (۲)	۹/۷۴ (۲)	۱ (۲)
مجموع مجزورات	۲۳۲۳/۳۸	۴۵۹/۵۱	۸۹/۶۴
میانگین مجزورات	۲۰۳۴/۱۸	۲۲۹/۷۶	۴۴/۸۲
مجذور اتاجزی	۰/۵۴	۰/۴۱	۰/۰۷

آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری B: آنالیز واریانس یکطرفه A: در جدول ۴، به مقایسه بین گروهی و درون گروهی میانگین نمره درد و زیرابعاد آن برای سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل در زمان‌های قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از آن پرداخته شده است. یافته‌ها در جدول ۴ نشان داد که قبل از انجام مداخله‌ها، میانگین نمره درد و تمامی زیر ابعاد آن بر اساس تحلیل واریانس یکطرفه اختلاف معنی داری بین سه گروه ندارند ($P > 0/05$). اگر چه بلافاصله بعد از مداخله برای تمامی ابعاد به جز بعد متفرقه و سه ماه بعد از آن برای ابعاد

همچنین، نتایج این مطالعه همسو با نتایج تحقیق لیهی (۱۸) که بیانگر اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی بر خودکارآمدی است، می باشد. تحقیق عرفان، نوربالا، محمدی، ادیبی (۱۹) همسو با مطالعه حاضر بیانگر تاثیر طرحواره درمانی هیجانی بر خودکارآمدی بوده است.

برای تبیین این یافته ها بیان می شود که در طرحواره درمانی هیجانی گروهی، تجارب کسب شده توسط بیماران موجب آگاهی هیجانی آنها شد. آنها آموختند که به جای سرکوب کردن هیجانهای خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجانهای خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیقتر دریافت کنند. در طول جلسات بیماران به این درک رسیدند که هیجانها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار، بنابراین می توان به جای گریز یا غرق شدن در آنها، پیام پنهانشان را درک کرد (۲۹). در پایان بیماران دستاوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجانها، بیان هیجانهای تازه، کنار آمدن با دشواریهای تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ کرده و به ادراک تازه ای از خود دست یافتند. بیماران در این موقعیت بیش از آنکه نیازمند ارائه راه حل از سوی درمانگر باشند، در جستجوی تائید خود به عنوان یک انسان انتخابگر و فعال هستند (۳۰). لذا تصدیق خودتنظیم گریهای بیماران باعث افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی در بیماران گردید. علاوه بر این از مراجعین خواسته شد تا تجربه دردناک یا احساس بد خود را بیان کنند که چون در محیط گروهی بیان می شد، احساس میکردند که تنها نیستند و افراد دیگری هم مشکل مشابهی را دارند، و باعث میشد احساس قربانی بودن در آنها کاسته شده و با یادگیری مهارتهای مقابله ای سازگار از قبیل پذیرش و تحمل هیجانهای منفی و عدم نشخوار فکری توانستند هیجانهای منفی از قبیل درد را مدیریت کرده و به جنبه های ارزشمند زندگیشان پردازند و در جریان یک زندگی معنا دار احساس کفایت و خودکارآمدیشان افزایش یافت.

همچنین نتایج بیانگر اثربخشی مداخله درمان گروهی بدون آموزش (که برای گروه پلاسیبو انجام شد) بر مولفه پشتکار و نمره کل خودکارآمدی بود، و این اثر پس از ۳ ماه ماندگاری داشت. در تبیین این یافته ها می توان به تاثیرات مثبت گروه درمانی شامل افشای هیجانها، همگانی بودن تجارب انسانی، فراهم کردن اطلاعات، یادگیری بین فردی، ایجاد امید، یادگیری تکنیکهای اجتماعی شدن و نوع دوستی (اینکه وجودشان برای دیگران مفید است)، (۳۱)، اشاره کرد بدین مفهوم که بیماران با قرار گرفتن در گروه و بیان مشکلات با یکدیگر هم برخی اطلاعات را در زمینه مدیریت بیماری و روابط بین فردی آموخته و انگیزه شان برای تلاش و پشتکار برای بهبود شرایط بیشتر شد و هم با قرار دادن تجربیاتشان در اختیار دیگر بیماران، احساس خودکارآمدی شان بالا رفت.

همچنین نتایج این مطالعه بیانگر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر میزان درد، مولفه های حسی، عاطفی، شناختی، متفرقه و نمره کل در بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی بود و موجب کاهش آنها گردید. همچنین این اثر پس از پیگیری ۳ ماهه نیز ماندگاری داشت. نتایج مطالعه عرفان، نوربالا، محمدی، ادیبی (۱۹)، همسو با مطالعه حاضر بیانگر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش میزان درد در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بوده است. نتایج تحقیق ایزدی، اشرفی، فتحی آشتیانی (۳۲)، نیز بیانگر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش علائم بدنی از جمله درد در بیماران دارای نشانه های بدنی بود، این یافته نیز همسو با مطالعه حاضر میباشد.

در تبیین اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش درد میتوان بیان کرد که لیهی (۱۰)، معتقد است که طرحواره های هیجانی باعث اجتناب هیجانی می گردد و اغلب اجتناب از هیجانها دردناک باعث استقرار آن می گردد. از عواملی که میتواند در زمینه نشانه های بدنی و جسمانی موثر باشد فرآیندهای مربوط به هیجان است، اینکه آیا فرد میتواند

می شود که در آن هیجان های ناخوشایند و خوشایند در حالت موازنه با یکدیگر قرار می گیرند و هدف تنظیم هیجانی محقق می شود. آموزش ذهن آگاهی و انجام تمرین های مرتبط با ذهن آگاهی نیز، از دیگر اقداماتی بود که در راستای بهبود پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان صورت گرفت. ذهن آگاهی توجه بدون ارزیابی و احساس متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات، افکار و حالات جسمانی همانطور که اتفاق می افتند کمک می کند (۳۳)، اعضای که هنگام تجربه هیجانات ناخوشایند مانند درد و استرس به ترتیب از راهبردهای ناکارآمد نشخوار فکری در گذشته و نگرانی راجع به آینده استفاده می کردند، با یادگیری ذهن آگاهی آموختند که محتویات ذهنی معطوف به گذشته و آینده را رها کرده و لذت تجربه کامل زندگی در زمان حال را امتحان کنند. همچنین با متوجه ساختن بیماران به مفاهیم ارزشمند و برتر زندگی شان به درک نقش خود و رسیدن به اهداف والا و معنادار در زندگی دست یافته و با ایجاد رابطه مثبت با دیگران و کشف زندگی هدفمند با وجود درد و ناراحتی، منجر به کاهش درد گردید. در واقع تغییر در پاسخ به درد از دو طریق عملیاتی شد، کاهش اقدامات کنترل درد و افزایش فراوانی فعالیت هایی که بطور مستقیم به زندگی ارزشمند کمک کرد (۷).

همچنین نتایج نشان داد که درمان گروهی بدون آموزش (که برای گروه پلاسیبو انجام شد)، بر میزان درد (همه ابعاد به جز بعد عاطفی) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر بود، و این اثر پس از ۳ ماه دارای ماندگاری بود. برای تبیین این یافته می توان به نقش اثر افشای هیجانات در گروه اشاره کرد، اینکه بیماران در گروه توانستند راجع به هیجانانشان صحبت کنند و همین بیان هیجانات و خودابرازگری، به کاهش میزان درد در بیماران کمک کرد. همچنین با استفاده از تجارب سایر بیماران در مدیریت درد، راهکارهای کارآمدتری یادگرفته که به کاهش درد کمک کرد. لازم به ذکر است که اثربخشی

هیجانات خود را بشناسد و شدت تجربه آنها را بیان کند و آیا قصد دارد این هیجانات را ابراز و یا سرکوب کند (۳۲). در مبتلایان به نشانه های بدنی، ابرازگری هیجانی بازداری میشود. در درمان طرحواره درمانی هیجانی گروهی، بیماران توانستند از طریق مداخلات مرتبط با پذیرش بوسیله درمانگر، با رویدادهای درونی ناخوشایند مواجه شده و هیجانات خود را به نحو صحیحی بیان یا تجربه کنند. مطالعه لوملی و همکاران (۱۴)، نشان داد که آن دسته از بیماران درد مزمن که در بیان هیجانات خود مشکل داشتند در مواقع پریشانی های هیجانی، از خود نشانه های جسمانی نشان دادند. در مطالعه عرفان، نوربالا، محمدی، ادیبی (۱۹)، که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت علائم جسمی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر پرداختند، از تکنیک نوشتن تجارب منفی جهت بیان و افشای هیجانات بازداری شده استفاده شد، نتایج بیانگر موثر بودن این تکنیک در کاهش دردهای جسمانی در بیماران بود. دیگر تلاشی که در این درمان برای کاهش پریشانی و دشواری تنظیم هیجان صورت گرفت، تقویت باور گذرا بودن احساسات در اعضا بود. یعنی در حالی که هیجانات منفی مانند درد در پس زمینه وجود دارد، آن ها می توانند با انجام فعالیت های لذت بخش و مورد علاقه شان، مانند مطالعه کتاب، تماشای تلویزیون، ورزش، آشپزی و غیره، هیجان های مثبت را فعال کنند. همچنین درمانگر با استفاده از تکنیک بهنجار سازی هیجان به اعضا در فهم این موضوع کمک کرد که پریشانی و آشفتگی هیجانی که در حال حاضر تجربه می کنند، مقتضی شرایط بوده و کاملاً طبیعی است. این عادی سازی هیجان به اعضا در پذیرش هیجانات ناخوشایند فعلی شان کمک کرد. همچنین در تکنیک فضا سازی برای هیجان، اعضای که سعی در حذف درد داشتند، آموختند که موضوع همیشه حذف رنج و عذاب نیست، بلکه بهره مندی از نوعی زندگی است که ارزش رنج کشیدن را داشته باشد. با آموزش این تکنیک، جهان هیجانی فرد بزرگ تر شده و فضایی فراهم

4. Moyano S, Scolnik M, Vergara F, García MV, Sabelli MR, Rosa JE, Catoggio LJ, Soriano ER. Evaluation of learned helplessness, perceived self-efficacy, and functional capacity in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. 2019 Mar 1;25(2):65-8.
5. Ndosi, M., Johnson, D., Young, T., Hardware, B., Hill, J., Hale, C.,... Adebajo, A. (2016). Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 75 (6), 1126-1132.
6. Larkin L, Gallagher S, Fraser AD, Kennedy N. Relationship between self-efficacy, beliefs, and physical activity in inflammatory arthritis. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 2016 Jun 1;34:33-40.
7. Walsh DA, McWilliams DF. Mechanisms, impact and management of pain in rheumatoid arthritis. *Nature Reviews Rheumatology*. 2014 Oct;10(10):581.
8. Lee YC, Cui J, Lu B, Frits ML, Iannaccone CK, Shadick NA, Weinblatt ME, Solomon DH. Pain persists in DAS28 rheumatoid arthritis remission but not in ACR/EULAR remission: a longitudinal observational study. *Arthritis research & therapy*. 2011 Jun;13(3):1-9.
9. Smith G. *An Introduction to psychological interventions*. In Smith, G. (Ed.) *Psychological Intervention in Mental Health Nursing*. (pp. 1-11). 2012; Maidenhead: open University press.
10. Leahy RL. Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. 2011 Feb 2;109-31.
11. Leahy RL. Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*. 2016 Apr 1;51(2):82-8.
12. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*. 2016 Sep;55(3):390-407.
13. Leahy RL, Wupperman P, Edwards E, Shivaji S, Molina N. Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019 Mar;12(1):25-37.
14. Lumley MA, Keefe FJ, Mosley-Williams A, Rice JR, McKee D, Waters SJ, Partridge RT, Carty JN, Coltri AM, Kalaj A, Cohen JL. The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: a randomized clinical trial.

طرحواره درمانی هیجانی گروهی، بسیار بیشتر از درمان گروهی بدون آموزش بود، که در تبیین این موضوع میتوان به اثربخشی آموزشها و تکنیکهای موجود در طرحواره درمانی هیجانی گروهی اشاره کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت در تعمیم نتایج به دلیل تعداد محدود نمونه بود. همچنین از آنجا که نمونه در دسترس بوده است، امکان کنترل متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی اقتصادی، میزان بهره‌مندی از آموزش و وجود نداشتن، در حالی که این متغیرها در نتایج تاثیر گذار بوده‌اند. با توجه به اینکه نتایج این پژوهش بیانگر سودمندی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر بهبود درد و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید میباشد، توصیه می‌شود اطلاعات لازم در خصوص این درمان در اختیار درمانگران بالینی مربوط به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید قرار گیرد. همچنین، با توجه به تعامل شرایط بیماری آرتریت روماتوئید با مسایل روانشناختی، توصیه می‌شود درمان‌های روانشناختی بطور مستمر در اختیار این بیماران قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی که در این مطالعه شرکت نموده‌اند کمال تشکر و سپاسگزاری را می‌نمایم.

Reference

1. BahramiRad M, Rafezi Z. Predicting pain acceptance based on perceived stress and coping strategies in people with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 2019; 7 (4): 151-166.
2. Khanbabaee N, Zahedi R, Rafiipour A. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on fear of disease progression and psychological distress in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 2020; 8 (30): 117-132.
3. Prothero L, Barley E, Galloway J, Georgopoulou S, Sturt J. The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: a systematic review of reviews. *International journal of nursing studies*. 2018 Jun 1;82:20-9.

- University, Faculty of Educational Sciences-Psychology, Ahvaz.
24. Karamati H, ShahAray M. Investigating the role of perceived self-efficacy in mathematical performance. *Educational Innovations*, 2005; 3 (4), 103-115.
 25. Shamaei Zadeh M, Abedi M. Investigating the effect of job counseling on increasing entrepreneurial self-efficacy of Isfahan students. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2006; 23, 38-29.
 26. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975 Sep 1;1(3):277-99.
 27. Mason ST, Arceneaux LL, Abouhassan W, Lauterbach D, Seebach C, Fauerbach JA. Confirmatory factor analysis of the Short Form McGill Pain Questionnaire with burn patients. *Eplasty*. 2008;8.
 28. 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.
 29. varae P, poordad S, Darabi R. The Effect of Emotional Schema Therapy on Depression and Loneliness in Girl's Dormitory Students. *Rooyesh*. 2019; 8 (2) :95-104
 30. Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
 31. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. Hachette UK; 2020 Dec 1.
 32. Izadi F, Ashrafi A, FathiAshtiyani A. Structural pattern of the relationship between negative emotional schemas and physical cues mediated by emotional malaise and emotional expression. *Journal of Behavioral Science Research*, 2019; 16 (3): 311-323.
 33. PirKhaefi A, Rouzbahani M, Rastgou S. The effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy on physical symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Health Psychology*, 1397; 7 (28): 52-66.
 - Journal of consulting and clinical psychology. 2014 Aug;82(4):644.
 15. Kiyani pour A, Hasani F, Rahnejat A M, Ghanbaripanah A. Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on reducing the difficulty emotional regulation in Patients with Panic Disorder. *NPWJM*. 2018; 6 (20) :60-70
 16. Pinto-Gouveia J, Costa J, Marôco J. The first 2 years of rheumatoid arthritis: The influence of acceptance on pain, physical limitation and depression. *Journal of Health Psychology*. 2015 Jan;20(1):102-12.
 17. Akhlaghi Yazdi Nejad F, Hossein Sabet F, Borjali A. Effectiveness of emotion regulation training on increasing self-efficacy and well-being in drug-dependent individuals. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*. 2017 Jan 10;6(1):9-16.
 18. Leahy RL, editor. *Science and practice in cognitive therapy: foundations, mechanisms, and applications*. Guilford Publications; 2018 Jan 31.
 19. Erfan A, Noorbala A, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional therapy scheme on the severity and frequency of physical symptoms and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. *Daneshvar Medical: Basic and Clinical Research Journal*, 1399; 24 (4): 77-88.
 20. Ezaei M. The effectiveness of group emotional schema therapy on body mass index, .Emotional eating and weight self-efficacy in overweight women. 2016; Master Thesis, Ferdowsi University, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mashhad.
 21. Hamzehpour Haghighi T, Dousty Y, Fakhri M K. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *SJKU*. 2015; 20 (3) :45-57
 22. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*. 1982 Oct;51(2):663-71.
 23. Barati Bakhtyari S. Investigating the simple and multiple relationship of self-effective variables, self-esteem and self-discovery with academic performance in third year students of the new system of Ahvaz. 1998; Master Thesis, Shahid Chamran

Original Article

The effect of group emotional schema therapy on self-efficacy on self-efficacy and pain in patients with rheumatoid arthritis

Received: 16/03/2021 - Accepted: 17/04/2021

Marieh Hossaini¹
Hasan Ahadi^{2*}
Farhad Jomehri³
Adis kraskian Mojembari⁴
Morvarid Ahadi⁵

¹ Department of Health Psychology,
Kish International Branch, Islamic
Azad University, Kish Island, Iran

² Department of Health Psychology,
Islamic Azad University of Karaj,
Alborz, Iran

³ Assistant Professor, Department of
Health Psychology, Karaj Branch,
Islamic Azad University, Karaj, Iran.

⁴ Department of Psychology, Islamic
Azad University, Karaj, Alborz, Iran

⁵ Neurologist, Motamedi Hospital,
Tehran, Iran

Email: ahadi@aut.ac.ir

Abstract

Introduction: Studies show the effect of psychological and physical factors such as self-efficacy and pain on disease progression in patients with rheumatoid arthritis; The aim of this study was to determine the efficacy of group emotional schema therapy on self-efficacy and pain in patients with rheumatoid arthritis.

Materials and Methods: The research method is semi-experimental, and the research design is pre-test, post-test, follow-up with expanded control group. The statistical population included all patients with rheumatoid arthritis referring to rheumatology clinics and rheumatology departments of Shiraz hospitals. 45 patients with rheumatoid arthritis were randomly assigned into 3 experimental, placebo and control groups. Sherer General Self-Efficacy (1982) Questionnaire and McGill Pain (1997) Questionnaire were completed by all three groups of participants, before the intervention of emotional Schemas group therapy on the experimental group, after intervention and 3 months later. For data analysis, multivariate analysis of variance, one-way analysis of variance (ANOVA), tukey post hoc test, Chi-square test and repeated measures analysis of variance, were used.

Results: *The results showed that emotional schemas group therapy had a significant effect on increasing self-efficacy and reducing pain (sensory, emotional, cognitive, miscellaneous and general components) in patients with rheumatoid arthritis, and their effects remained after 3 months follow up ($p < 0.05$).*

Conclusion: According to findings it can be concluded that emotional schemas group therapy can be used as a useful intervention to increase self-efficacy and decrease pain in patients with rheumatoid arthritis.

Key words: Rheumatoid arthritis, Emotional schemas therapy, self-efficacy