رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۴، شماره پیاپی۹۷، تیر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(4), 2024

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment on increasing emotional processing and self-efficacy of people with rheumatoid arthritis

آهو مرادثمرین
دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
فرحناز مسچی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
شیدا سوداگر
استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
علیرضا رجائی
دانشیار روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ از بیمارستان لقمان شهر تهران بودند. ۶۰ نفر به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب به صورت تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفری (دو گروه آزمایش و گواه) جایگذاری شدند. از مقیاس پردازش اطلاعات هیجانی (EPS، باکر و همکاران، ۲۰۰۷) و مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE، شرر و همکاران، ۱۹۸۲) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد و همچنین پروتکل ۱۲ جلسه‌ای طرحواره درمانی و پروتکل ۱۱ جلسه‌ای درمان پذیرش و تعهد برای مداخله استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی تجزیه‌وتحلیل شدند. یافته‌ها نشان دادند که گروه‌های طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد به شکل معناداری نسبت به گروه کنترل سبب افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی شده‌اند (p<۰۰۱)، همچنین گروه طرحواره درمانی به شکل معناداری در دو متغیر وابسته نسبت به گروه پذیرش و تعهد بهتر عمل کرده بود (p<۰۰۱). بنابراین با استفاده از طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد می‌توان به افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید کمک شایانی کرد.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، پردازش هیجانی، خودکارآمدی، آرتریت روماتوئید.*

Ahoo Moradsamarain
PhD student of health psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Farahnaz Meschi *
Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. *fa_meschi@yahoo.com*
Sheida Sodagar
Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Alireza Rajaei
Associate Professor of Rheumatology, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment to increasing the emotional processing and self-efficacy of people with rheumatoid arthritis. The present research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of this research was all people with rheumatoid arthritis in 2022-2023 from Loqman Hospital in Tehran. 60 people, as a sample, were randomly selected in 3 groups of 20 people (two experimental and one control group) using the purposeful sampling method. The emotional processing scale (EPS, Baker et al, 2007) and the general self-efficacy scale (GSE, Scherer et al., 1982) were used to collect data, as well as the 12-session protocol of schema therapy and the 11-session protocol of acceptance and commitment therapy were used for the intervention. The data were analyzed using variance analysis with repeated measures and Tukey's post hoc test. The findings showed that the schema therapy and acceptance and commitment groups significantly increased emotional processing and self-efficacy compared to the control group (p<001), and the schema therapy group performed significantly better in two dependent variables than the acceptance and commitment group (p<001). Therefore, using schema therapy and acceptance and commitment therapy can help to increase the emotional processing and self-efficacy of people with rheumatoid arthritis.

Keywords *Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Processing, Self-Efficacy, Schema Therapy, Rheumatoid Arthritis.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۲** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

مقدمه

در سال‌های اخیر بیماری‌های مزمن[۱] معمول‌ترین علل مرگ‌ومیر در جهان بوده‌اند (چا[۲] و همکاران، ۲۰۲۱). بیماری‌های مزمن اختلالاتی هستند که برای دوره طولانی ادامه می‌یابند و توانایی فرد را در حفظ عملکرد طبیعی تحت تأثیر قرار می‌دهند (مکانیک و همکاران[۳]، ۲۰۲۰). 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[۴] است (شواتر[۵] و همکاران، ۲۰۲۲). 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 (رادو و بونگائو[۶]، ۲۰۲۱). این بیماری پیشرونده است و علائم مرتبط با آن ممکن است شامل درد مفاصل مستمر، تورم مفاصل، سفتی، ضعف و ناهنجاری مفاصل، ضعف، تب و افسردگی باشد. بررسی عوامل غیر جسمی، یعنی روان‌شناختی این بیماری نیز از اهمیت زیادی برخوردار است (ورجن سال[۷] و همکاران، ۲۰۲۰). این بیماری می‌تواند هم جسم و هم روان مبتلایان را درگیر کند و فرد را از لحاظ روان‌شناختی از جمله هیجان‌ها و شناخت فرد دچار اختلال کند (مورف[۸] و همکاران، ۲۰۲۱).

اگرچه ماهیت آشفتگی هیجانی در بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف به‌صورت متفاوتی بروز می‌نماید، اغلب اشکال آسیب‌شناسی رفتاری و روانی و بسیاری از مشکلات روان-تنی[۹] منعکس‌کننده اختلال در برخی از حوزه‌ها همانند پردازش هیجانی[۱۰] و پاسخ‌دهی هیجانی بوده است (کروواچ و جانسون[۱۱]، ۲۰۲۱). پردازش هیجانی طبق تعریف یک فرایند پیچیده است که به توانایی افراد در نظارت، ارزیابی و تغییر یک پاسخ هیجانی برای دست‌یابی به نیازها، اهداف و توانایی درک مؤثر موقعیت‌های هیجانی اشاره دارد (پالمرو گالاگر و آمونتس[۱۲]، ۲۰۲۲). راچمن[۱۳] (۱۹۸۰) پردازش هیجانی را فرایندی می‌داند که به وسیله آن آشفتگی عاطفی جذب و به اندازه‌ای کاهش می‌یابد که تجارب و رفتارهای دیگر بدون آشفتگی می‌تواند صورت گیرد. نتایج مطالعات اخیر حاکی از آن است که مشکلات ناشی از بیماری مزمن می‌تواند بر زندگی روزانه فرد مبتلا تأثیر گذاشته و استرس و آشفتگی هیجانی ناشی از آن یکی از عوامل مهم در تشدید و عود علائم درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است (ناکاگامی[۱۴] و همکاران، ۲۰۱۹).

از سویی دیگر، شواهد علمی نشان می‌دهد که خودکارآمدی[۱۵] نقش مؤثری بر شروع، حفظ و تداوم رفتارهای بهداشتی و آسیب‌شناسی رفتاری در بیماران مزمن دارد و می‌تواند برای مبتلایان به دردهای مزمن مانند بیماران آرتریت روماتوئیدی نیز قابل توجه باشد (دیومن[۱۶] و همکاران، ۲۰۲۱). خودکارآمدی به‌عنوان اعتماد فرد به توانایی خود جهت عمل کردن به گونه‌ای خاص برای به دست آوردن نتایج مطلوب تعریف شده است (بندورا[۱۷]، ۲۰۱۸). در حوزه درد نیز این سازه توصیف کننده میزان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای حفظ عملکرد علی‌رغم وجود درد است (تسای[۱۸] و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی با سازگاری با درد ارتباط دارد و می‌تواند جنبه‌های مختلفی از تجربه درد را در بیماران مزمن تبیین کند (اسمخانی اکبری‌نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۰؛ برزگری‌سلطان احمدی و همکاران، ۱۳۹۹). ناکارآمدی در مدیریت درد نیز باعث شکل‌گیری ترس فزاینده از پیشرفت علائم بیماری در بسیاری از بیماران مزمن از جمله مبتلایان به درد مزمن به ویژه آرتریت روماتوئید می‌شود (دیومن و همکاران، ۲۰۲۱). مرور شواهد مطالعاتی نشان می‌دهد برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم درد بیماران آرتریت روماتوئید از جمله درمان‌ها طی سالیان گذشته دارودرمانی بوده است (شارما[۱۹] و همکاران، ۲۰۲۱). با این وجود، درمان دارویی به دلیل ماهیت علامت‌محور بودن خود نه تنها موفقیتی در درمان اساسی و قطعی

1 chronic diseases
2 Cha
3 Mechanick
4 arthritis rheumatoid
5 Sholter
6 Radu & Bungau
7 Vergne-Salle
8 Morf
9 psychosomatic problems
10 emotional processing
11 Krvavac & Jansson
12 Palomero-Gallagher & Amunts
13 Rachman
14 Nakagami
15 self-efficacy
16 Doumen
17 Bandura
18 Tsai
19 Sharma

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

علائم درد بیماران مزمن نداشته است بلکه عوارض جانبی دارویی ناشی از مصرف درازمدت آن‌ها نیز بر مشکل افزوده است (آبلسون[1] و همکاران، ۲۰۱۹). 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 روان‌شناختی است (ناگی[2] و همکاران، ۲۰۲۳).

درمان‌های دارویی و روان‌درمانی‌های مختلفی برای کاهش و یا بهبود دردهای مرتبط با این بیماری وجود دارد. از جمله روان‌درمانی‌هایی که می‌توانند مؤثر باشند، طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد هستند (گالوز سانچز[3] و همکاران، ۲۰۲۱؛ ون دیک[4] و همکاران، ۲۰۱۹). در دهه‌های گذشته درمانگران زیادی به رویکرد طرح‌واره درمانی[5] توجه کرده‌اند. در مطالعات انجام شده در این زمینه نه تنها اثربخشی و سودمندی طرح‌واره درمانی را در درمان اختلالات شخصیت مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند، بلکه با گسترش دامنه کاربرد آن، کارایی و اثربخشی این درمان را در زمینه اختلالات محور یک همچون اضطراب، اختلال افسردگی، وسواس فکری – عملی و اختلال استرس پس از آسیب، نیز بررسی و تأیید کرده‌اند (تیلور[6] و همکاران، ۲۰۱۷). طرح‌واره درمانی ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ و همکارانش ارائه گردیده است او در این روش درمانی تلاش کرده است تا با استفاده از مبانی و راهبردهای روش‌های درمان شناختی – رفتاری و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مانند روان تحلیلگری، دلبستگی، روابط شیء ای، ساختارگرایی و تلفیق منسجم و یکپارچه آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید ارائه دهند که برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک مفید باشد (پیترز[7] و همکاران، ۲۰۲۲). طرح‌واره درمانی از جمله مهم‌ترین انواع روان‌درمانی برای کاهش علائم روان‌شناختی در بیماری‌های جسمی گوناگون از جمله آرتریت روماتوئید است. حسینی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود بیان کردند که درمان گروهی طرح‌واره‌های هیجانی بر میزان درد (مؤلفه‌های حسی، عاطفی، شناختی و نمره کل) و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثر معناداری داشت و موجب کاهش آن‌ها گردید و این اثر پس از پیگیری ۳ ماهه ماندگاری داشت. با استناد به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی طرح‌واره‌های هیجانی می‌تواند یک مداخله روان‌شناختی اثربخش جهت ارتقا ویژگی‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید باشد.

همچنین درمان مبتنی پذیرش و تعهد در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می‌گیرد تا به طور تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش، نا همجوشی، ایجاد یک حس فرا تجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات متعهدانه مرتبط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند. این درمان از پذیرش و فرآیندهای توجه آگاهی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (واردلی[8]و همکاران، ۲۰۱۶). انسان دوست و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی پرداختند. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره متغیرهای وابسته افراد دو گروه تفاوت وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب کاهش ادراک درد و افزایش خودکارآمدی درد در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است.

مزیت هر این دو نوع روان درمانی این است که بدون استفاده از دارو می‌توانند به مداخله در اختلال‌های روانی بپردازند. اما طرحواره درمانی با توجه به نوع رویکرد مختص آن، عمیق‌تر و تحلیلی‌تر نسبت به رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمان اختلال‌ها می‌پردازد (کوپف-بک[9] و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین ازآنجایی که پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ویژگی‌های روان‌شناختی 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

1 Abelson
2 Nagy
3 Galvez-Sánchez
4 van Dijk
5 schema therapy
6 Taylor
7 Peeters
8 Wardley
9 Kopf-Beck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

قشر از جامعه از ضرورت‌های پژوهش حاضر است؛ بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید تحت درمان منظم دارویی که به علت دردهای مکانیکال و غیر التهابی به بیمارستان لقمان شهر تهران بودند که در بازه زمانی سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مراجعه داشتند. ۶۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری گمارده شدند. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۴ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل میزان سواد (سیکل) برای پاسخ‌دهی به ابزارهای خود گزارشی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه بیماری آرتریت روماتوئید طبق تشخیص پزشک متخصص روماتولوژی و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، بیش از ۳ جلسه کنسلی یا غیبت از درمان و قرار گرفتن تحت درمان روان‌پزشک یا رویکرد درمانی دیگر در حین پژوهش بود. گروه آزمایش تحت درمان به روش طرحواره درمانی (پروتکل ۱۲ جلسه‌ای هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پروتکل ۱۱ جلسه‌ای هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) به صورت حضوری قرار گرفتند و ۲۰ نفر باقی‌مانده نیز هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1401.078 از دانشگاه آزاد کرج است. در پرسشنامه‌ها برای رعایت اصول اخلاقی این عنوان قید شده بود که اطلاعات هر پرسشنامه کاملاً به صورت محرمانه بود. همچنین در صورت تمایل از نتایج پژوهش، پس از اتمام پژوهش نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس پردازش اطلاعات هیجانی[1] (EPS): مقیاس پردازش اطلاعات هیجانی توسط باکر[2] و همکاران (۲۰۰۷) توسعه داده شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سؤال بود که بعداً کوتاه‌تر شد و نسخه ۲۵ سؤالی آن تهیه شد. این مقیاس دارای ۵ بعد با عناوین سرکوبی تجربه هیجانات ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه‌های هیجانات پردازش نشده است. این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره‌گذاری می‌شود. باکر و همکاران (۲۰۰۷) پایایی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی این پرسشنامه توسط باکر و همکاران (۲۰۰۷) از طریق همبسته کردن با یک سؤال کلی ۰/۵۴ به دست آمد. در پژوهش لطفی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد. روایی این مقیاس نیز در پژوهش لطفی و همکاران (۱۳۹۲) از طریق همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که نتایج آن سرکوبی و پردازش اطلاعات هیجانی (r=۰/۷۶)، تجربه هیجانات ناخوشایند و اطلاعات هیجانی (r=۰/۷۵)، کنترل هیجان و پردازش اطلاعات هیجانی (r=۰/۸۷)، اجتناب و پردازش اطلاعات هیجانی (r=۰/۸۴) و نشانه‌های هیجانات پردازش نشده و پردازش هیجانی (r=۰/۷۰) بود که روایی مطلوب را نشان می‌دهد. ضریب پایایی برای کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی عمومی[3] (GSE): برای سنجش خودکارآمدی از مقیاس خودکارآمدی شرر[4] و همکاران (۱۹۸۲) استفاده شد که دارای ۱۷ عبارت است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) بدون مشخص کردن عوامل و عبارات آن‌ها معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس خودکارآمدی بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای انجام می‌گیرد که امتیاز هر یک به صورت کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) است. نمرات بالا، نشان‌دهنده احساس خودکارآمدی بالا در فرد است؛ بنابراین بیشترین امتیاز این مقیاس ۸۵ و کمترین امتیاز آن ۱۷ است و نمره‌گذاری سؤال‌های ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۶ به صورت معکوس است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ به دست آوردند. خوارز و کانتریراز[5] (۲۰۰۸) روایی همگرا و متمایز ابزار از طریق همبستگی‌های حاصل از این مقیاس با

1 emotional processing scale
2 Baker
3 general self-efficacy scale
4 Sherer
5 Juárez & Contreras

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

پرسشنامه شخصیت موقعیتی[1] را برای کارآمدی (۰/۳۵) و اطمینان (۰/۳۶) به دست آوردند و برعکس، بعد اضطراب (۰/۳۰-) و پرخاشگری (۰/۰۶-) همبستگی منفی با خودکارآمدی عمومی نشان داد. در ایران، پایایی این مقیاس در پژوهش صدوقی (۱۳۹۷) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش گردید و در پژوهش رجبی (۱۳۸۵) ضریب روایی هم‌زمان برای مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ بر روی ۳۱۸ نفر از پاسخگویان ۰/۳۰، در دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ۰/۲۰ و در دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه آزاد مرودشت ۰/۲۳ برآورد شد که همه معنادار بودند. ضریب پایایی برای کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

پکیج طرح‌واره درمانی: طرح‌واره درمانی با توجه به پروتکل طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) با هدف بهبود وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه طی ۱۲ جلسه گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد. در جدول ۱ پروتکل دوازده جلسه‌ای طرح‌واره درمانی ذکر شده است.

جدول ۱. پروتکل دوازده جلسه‌ای طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی، تهیه فهرست مشکلات، توضیح بیماری و متغیرها خودکارآمدی و پردازش هیجانی. ارتباط متغیرهای پژوهش با نشانه‌ها و معرفی طرح‌واره درمانی.
دوم	بررسی مختصر تاریخچه بیماری. آموزش در مورد طرح‌واره‌های بیماران و توصیف طرح‌واره‌ها ارائه پرسشنامه طرح‌واره و جمع‌آوری داده‌ها
سوم	گفتگو درباره طرح‌واره‌ها و بررسی ریشه شکل‌گیری آن‌ها
چهارم	بررسی شواهد عینی تائید کننده یا رد کننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته
پنجم	توصیف سبک‌های مقابله‌ای و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
ششم	آموزش فن‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها
هفتم	اجرای فن تصویرسازی ذهنی و حمایت و همدلی و باز والدینی
هشتم	آموزشی فن صندلی و تمایز قائل شدن بین بخش‌های متفاوت و معمولاً متعارض. روشن ساختن احساسات دوگانه و تعارضات بین ذهنیت‌ها و اجرای فن دو صندلی.
نهم	ادامه اجرای فن صندلی دو صندلی
دهم	آموزش فن سه صندلی
یازدهم	ادامه اجرای فن سه صندلی با هدف تقویت ذهنیت بزرگسال سالم.
دوازدهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید و اجرای پس‌آزمون

پکیج درمان پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل درمان پذیرش و تعهد هیز و استروسال (۲۰۱۳) با هدف بهبود وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه طی ۱۱ جلسه گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد. در جدول ۲ پروتکل یازده جلسه‌ای درمان پذیرش و تعهد ذکر شده است.

جدول ۲. پروتکل یازده جلسه‌ای درمان پذیرش و تعهد هیز و استروسال (۲۰۱۳)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط درمانی، توضیح بیماری و متغیرهای پژوهش و رابطه آن‌ها با نشانه‌ها، بیان قواعد اساسی گروه‌درمانی شامل انجام به موقع تمرینات و غیره - تمرین منزل
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 خلق‌وخو 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
سوم	مرور تمرین- اجرای تمرین ذهن آگاهی. تعریف پذیرش و بحث در مورد آن به عنوان فرایند مستمر، شفاف‌سازی ارزش‌ها، کشف ارزش‌های زندگی - تمرین منزل

1 Situational Personality Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

چهارم	مرور تمرین - اجرای تمرین ذهن آگاهی، بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی شده و موانع پیش روی آن‌ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها توضیح در مورد اهداف و تنظیم اهداف و اقدامات. معرفی اقدام متعهدانه - تمرین منزل
پنجم	مرور تمرین- آموزش تنظیم آهنگ فعالیت‌ها و توجه به ترفندهای ذهن.
ششم	مرور تمرین- گزارش پیشرفت، وارسی کردن، طرح‌ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها (بررسی اقدامات مراجع). معرفی الگوی نقطه انتخاب و عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزش‌ها. تمرین ذهن آگاهی - تمرین منزل
هفتم	مرور تمرین- ایجاد تمرین ذهن آگاهی، بررسی الگوی نقطه انتخاب، بررسی اقدامات و نسبت دادن آن‌ها به ارزش‌ها- ارائه تمرین منزل
هشتم	مرور تمرین- گسستگی از تهدیدهای زبانی، افکار، احساسات و عواطف بازدارنده و توجه به آن‌ها به عنوان بخشی از خودتان نه همه خودتان- تمرین منزل
نهم	مرور تمرین- گزارش پیشرفت، بررسی نگرانی‌های اعضا و بحث و روشن کردن مباحث قبلی طرح‌ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها بررسی اقدامات مراجع، شروع کار عمل متعهدانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آن‌ها. تمرین فلش کارت‌ها و لمس دیوار روبرو، تمرین منزل
دهم	مرور تکلیف، بررسی تمایل شرکت‌کنندگان برای حرکت در مسیر ارزش‌ها استفاده از مقیاس (۱۰-۱) در صورت نیاز تغییر اهداف. تمثیل مجسمه‌سازی، بررسی موانعی که هر شرکت‌کننده برای عبور از آن دارد. تمرین ذهن آگاهی و تمرین خود شاهد
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 مادام‌العمر، اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۶/۱۸ سال با انحراف استاندارد ۳/۲۹ و در گروه گواه ۳۴/۸۹ سال با انحراف استاندارد ۲/۵۹ سال بود. در جدول ۳ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پردازش هیجانی	طرح‌واره درمانی	۶۸/۳۵	۱/۶۳	۸۱/۳۵	۳/۷۷	۷۹/۳۵	۴
	پذیرش و تعهد	۶۸/۸۵	۲/۲۸	۷۹/۲	۲/۰۹	۷۷/۹۵	۲/۳۳
	گواه	۶۸/۷۵	۲/۳۱	۷۰/۴۵	۲/۲۱	۶۹/۱	۱/۸۶
خودکارآمدی	طرح‌واره درمانی	۴۸/۸۵	۴/۰۴	۵۷/۵	۳/۶۹	۶۵/۵۵	۴/۰۷
	پذیرش و تعهد	۴۸/۳۵	۲/۷۸	۵۵/۵	۳	۵۴/۹	۳/۰۸
	گواه	۴۸/۱۵	۲/۴۸	۴۸/۵۵	۲/۷۴	۴۷/۸	۲/۶۹

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات مربوط به متغیر پردازش هیجانی و مؤلفه‌های آن را در سه مرحله اندازه‌گیری و در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نمرات افراد در پیش‌آزمون در سه گروه برابر و نزدیک هم هستند اما نمرات دو گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش دارند. همچنین نمرات گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز با افزایش همراه هستند. همچنین متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن را در سه مرحله اندازه‌گیری و در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نمرات افراد در پیش‌آزمون در سه گروه برابر و نزدیک هم هستند اما نمرات دو گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش دارند. همچنین نمرات گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز با افزایش همراه هستند.

قبل از انجام تحلیل‌های آماری، پیش‌فرض‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پیش‌فرض شاپیرو_ویلک مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن نشان داد که سطح معناداری همه متغیرهای پژوهش هم در گروه آزمایش و هم در گروه کنترل معنادار نیستند ($p>۰/۰۵$) بنابراین این نتایج حاکی از برقراری نرمالیتی در تمام متغیر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیر گروه آزمایش و گواه است. همچنین پیش‌فرض‌های آماری تساوی واریانس‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد مقدار P در تمام متغیر بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض همسانی واریانس‌های تمام متغیرها تأیید می‌شود. همچنین به‌منظور پیش‌فرض یکسانی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آزمون معنادار نبود و برای پردازش هیجانی ($p=۰/۴۲۱$) و خودکارآمدی ($p=۰/۰۵۷$) به دست آمد و می‌توان گفت تفاوت بین کوواریانس‌ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

معنادار نیست. همچنین نتایج به دست آمده برای آزمون کرویت ماچلی نشان می‌دهد که مقدار خی دو به دست آمده برای پردازش هیجانی (p=۰/۲۵۳) و خودکارآمدی (p=۰/۲۱۷) معنادار نیست و پیش‌فرض‌های لازم جهت انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

متغیر وابسته	منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پردازش هیجانی	درون‌گروهی	عامل	۰/۹۶۱	۶۹۰/۲۱	۲	۵۶	۰/۰۰۱
		اثر تعاملی	۰/۹۳۸	۲۵/۱۷	۴	۱۱۴	۰/۰۰۱
	بین گروهی	عامل	۱۶۷۳/۶۷	۲	۸۳۶/۸۳	۳۹/۳۴	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	درون‌گروهی	عامل	۰/۹۵۰	۵۳۶/۸۵	۲	۵۶	۰/۰۰۱
		اثر تعاملی	۰/۹۲۱	۲۴/۳۴	۴	۱۱۴	۰/۰۰۱
	بین گروهی	عامل	۱۲۴۱/۸۷	۲	۶۲۰/۹۳	۲۰/۹۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است مقدار F به دست آمده برای اثر درون‌گروهی عامل زمان برای متغیر پردازش هیجانی (P<۰/۰۱ و F=۵۶) و برای متغیر خودکارآمدی (P<۰/۰۱ و F=۵۶) 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 برای متغیر پردازش هیجانی (P<۰/۰۱ و ۳۹/۳۴=) و برای متغیر خودکارآمدی (P<۰/۰۱ و F=۲۰/۹۳) معنادار هست؛ یعنی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد توانسته‌اند نمرات گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش دهند. همچنین اثر متقابل زمان بر روی گروه‌ها نیز معنادار هست. در ادامه برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردید:

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه سه گروه در متغیر پردازش هیجانی و خودکارآمدی

متغیر	مرحله/گروه	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
پردازش هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۱/۶۷*	۰/۷۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۰/۰۵*	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۶۲*	۰/۷۰	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۹۰*	۰/۷۸	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۷/۱۲*	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۷۷۵	۰/۷۸	۰/۳۲۷
پردازش هیجانی	طرحواره درمانی	پذیرش و تعهد	۲/۶۱*	۰/۵۶	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۱/۲۳*	۱/۹۳	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	کنترل	۸/۶۲*	۱/۹۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	طرحواره درمانی	پذیرش و تعهد	۱/۶۰*	۰/۴۲	۰/۰۰۱
		کنترل	۸/۳۵*	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	کنترل	۶/۷۴*	۰/۴۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تعقیبی توکی را برای بررسی تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در متغیر پردازش هیجانی و خودکارآمدی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، تفاوت میانگین طرحواره درمانی با گروه گواه در متغیر پردازش هیجانی و خودکارآمدی بیشتر از تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه است که نشان‌دهنده این است طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی دارد (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

اثربخش بود. این نتایج با یافته‌های هرتس و ایوانس، (۲۰۲۲)؛ حسینی و همکاران، (۱۴۰۰)؛ وینسنت و همکاران، (۲۰۲۱) و باکراچ و آرنتز، (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان اذعان کرد در طرح‌واره درمانی هدف اساسی این است که به بیمار کمک شود تا روش‌های سازگارانه‌تری را به‌منظور ارضای نیازهای هیجانی بنیادین خود به کار بندد. همچنین در طرح‌واره درمانی سبک‌های مقابله‌ای که در مسیر نیازهای هیجانی هستند به شیوه‌ای مناسب تبیین و شناسایی می‌شوند و همین امر نشان می‌دهد که با چه دقت و عمقی در طرح‌واره درمانی به هیجان پرداخته می‌شود و در نتیجه سبب می‌شود که پردازش هیجانی ارتقا پیدا کند (گالوز سانچز و همکاران، ۲۰۲۱). طرحواره‌های ناسازگار بیماران می‌توانند خودکارآمدی آنان را عمیقاً به شکل منفی تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه می‌توانند سبب کاهش خودکارآمدی در آن‌ها شوند. بنابراین طرحواره درمانی با شناخت و شناسایی باورها و تله‌های روانی ناکارآمد سعی می‌کند بیماران را به این آگاهی برساند که خودکارآمدی چقدر می‌تواند در روند بهبودی آن‌ها نقش داشته باشد. طرحواره درمانی سبب اصلاح باورهایی در فرد می‌شود که طی سال‌های زیاد سبب ایجاد تعارض‌هایی در فرد شده است و همین امر پردازش هیجانی و خودکارآمدی فرد را مختل نموده و این روان‌درمانی با به چالش کشیدن این باورهای ناسازگار می‌تواند سبب ارتقا سطح پردازش هیجانی و خودکارآمدی باشد.

از سویی دیگر نتایج نشان داد که درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی اثربخش بود. این نتایج با یافته‌های انسان دوست و همکاران، (۱۴۰۰)، کوتو لسمس و همکاران (۲۰۲۰) و فرخی و همکاران، (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند که با افکار و احساسات منفی خود به صورت پذیرشی و بدون سعی در تغییر لحظه‌ای آن‌ها، برخورد کنند. این روش تأکید بر آگاهی از احساسات هیجانی، پذیرش آن‌ها و انجام اقدامات مهم برای زندگی‌ای موثر دارد. به عبارت دیگر، این روان‌درمانی از افراد می‌خواهد که با احساسات خود در تعامل بوده و بجای تلاش برای کنترل یا خنثی کردن آن‌ها، به طور پردازشی و پذیرشی با آن‌ها برخورد کنند. این نوع ارتباط با احساسات می‌تواند بهبود آگاهی از هیجانات و در نتیجه، افزایش پردازش هیجانی را به همراه داشته باشد. در واقع، این روش به افراد کمک می‌کند تا به عنوان یک پردازشگر هیجانی مؤثرتر عمل کنند و احساسات‌شان را بهتر درک و مدیریت کنند (واردلی و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی می‌شود؛ از آنجا که به افراد کمک می‌کند تا با چالش‌ها و موانع زندگی خود به صورت پذیرشی برخورد کنند و اقدامات مناسبی را برای بهبود وضعیتشان انجام دهند. این روش تاکید بر ارزش‌ها و اهداف شخصی دارد و افراد را به سوی ایجاد تغییرات موثر در زندگی‌شان تشویق می‌کند. از آنجا که این روان‌درمانی از فرد می‌خواهد که احساسات و افکار خود را پذیرفته و درک کند، این می‌تواند باعث افزایش آگاهی از خود، ارزش‌ها، و اولویت‌های شخصی شود که به نوبه خود پایه‌ای برای افزایش خودکارآمدی است (کوتو لسمس و همکاران، ۲۰۲۰). اعتقاد به اینکه هر فردی قادر به ایجاد تغییرات در زندگی‌اش است و این تغییرات ممکن است متناسب با ارزش‌ها و اهداف واقعی‌اش باشد، می‌تواند افراد را برای انجام اقدامات موثر و اعتماد به خود تشویق کند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد فضایی برای پذیرش و درک احساسات و افکار، به ارتقاء احساس خودکارآمدی و ایجاد تغییرات موثر در زندگی کمک می‌کند.

در نهایت یافته‌ی اصلی پژوهش حاکی از آن بود که اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی بیشتر از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. این نتایج با یافته‌های هرتس و ایوانس، (۲۰۲۲)؛ حسینی و همکاران، (۱۴۰۰)؛ وینسنت و همکاران، (۲۰۲۱) و فرخی و همکاران، (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان اینگونه اذعان کرد که یکی از اصلی‌ترین دلایل اثربخشی طرحواره درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی آن است که به صورت خیلی عمیق‌تر لایه‌های روانی فرد را تحلیل و شناسایی می‌کند و همین امر یکی از دلایل اصلی برای اثربخشی بیشتر این درمان است. می‌توان اینگونه استنباط کرد که طرحواره درمانی در مرحله‌ی اولیه صورت می‌گیرد و فرد را برای پذیرش و تعهد آماده می‌کند. فردی که هنوز پردازش هیجانی مناسب و تنظیم شده‌ای ندارد، کمی سخت‌تر می‌تواند با روان‌درمانی‌هایی که کمتر عمیق هستند درمان شود (تیلور و همکاران، ۲۰۱۷) و شاید به همین دلیل است که در افزایش پردازش هیجانی و خودکارآمدی، روان‌درمانی به صورت طرحواره درمانی، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان پذیرش و تعهد داشت. این موضوع به فرد کمک می‌کند تا بازسازی شناختی خود را به صورت مطلوب پیش ببرد. بازسازی شناختی به بیمار اجازه می‌دهد بیاموزد که تغییر دادن تفسیر رویدادها، می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را اصلاح کرده و بدین ترتیب در هنگام تجربه کردن یک هیجان ناخواسته کارایی بالاتری را القا کند. آن دسته از فن‌های کاهش استرس که سبب کاهش برانگیختگی می‌شوند به آموزش این نکته کمک می‌کنند که فرد می‌تواند با یک هیجان مقابله کرده و به تدریج از شدت آن بکاهد و نیز حمایت و همدلی در این درمان موجب کاهش هیجان‌های منفی و تنظیم هیجان می‌شود (واردلی و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی دیگر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ساز و کاری را فراهم می‌سازد تا فرد مبتلا به آرتریت روماتوئید این انگیزه را در خود ایجاد کند تا ارتقا خودکارآمدی در آن‌ها سریع‌تر باشد (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲)؛ اما اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی شاید به این دلیل است که با حل کردن مسائل بنیادی‌تر از جمله افکار و باورهای ناسازگار، خودکارآمدی در این افراد بهتر بتواند بهبود یابد. در فن تصویرسازی ذهنی و نیز فن گفتگوی صندلی‌ها، حمایت درمانگر و تقویت بزرگسال سالم موجب افزایش باور خودکارآمدی فرد می‌شود. همچنین طرحواره درمانی یک مداخله ویژه بیماری‌های مزمن است که به شکل بلندمدت حضور داشته و از طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد اثر پذیرفته است و چون تمرکز خود را بر بهبود این طرحواره‌ها قرار می‌دهند در نتیجه تغییرات عمیق‌تری را به نسبت درمان‌های شناختی- رفتاری ایجاد می‌کنند (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲).

به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد می‌توانند پردازش هیجانی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را افزایش دهند. استفاده از ابزارهای خود گزارشی مربوط به درمان، محدودیتی برای تفسیر نمرات درمان در این پژوهش محسوب می‌شود. کم بودن تعداد افراد شرکت‌کننده و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعمیم‌پذیری نتایج درمان را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. در این پژوهش امکان کنترل سایر عوامل تأثیرگذار روی شرکت‌کنندگان مثل عوامل خانوادگی و مالی و.... امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این دو رویکرد روان‌درمانی با درمان‌های رایج دیگر مقایسه شوند تا در خصوص اثربخشی آن‌ها بهتر بتوان قضاوت کرد.

منابع

احمدی رزدار، ف؛ ابوالقاسمی، ع؛ و پورقاسمیان، م. (۱۴۰۱). نقش وضوح، تنظیم و پردازش هیجان در پیش بینی آمادگی به درمان در زنان مبتلاء به سرطان. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۱۰)، ۱۰۴-۹۳. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.10.9.4

اسمخانی اکبری نژاد، ه؛ و نقی زاده علمداری، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر خودکارآمدی درد و تاب آوری دانش آموزان دختر مبتلا به سردرد مزمن. *مجله بیهوشی و درد*، ۱۲(۲)، ۱۸-۱. http://jap.iums.ac.ir/article-1-5576-fa.html

انسان دوست، ط؛ ثمری، ع؛ بیاضی، م؛ و رجایی، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۸(۱)، ۳۴-۲۵. http://dx.doi.org/10.22034/ijrn.8.1.25

برزگری سلطان احمدی، م؛ اخلاقی، م؛ زاهدی، م؛ محمودی، م؛ و جمشیدی، ا. (۱۳۹۹). نقش خودکارآمدی، فاجعه سازی درد و ترس از حرکت در میزان سازگاری با درد مزمن بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. *مجله بیهوشی و درد*، ۱۱(۴)، ۹۳-۸۰. http://jap.iums.ac.ir/article-1-5527-fa.html

ثلاثی، ب؛ رمضانی، م؛ و جهان، ف. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و مولفه‌های آن در معتادین با درمان نگهدارنده متادون، یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۱۳۹-۱۵۴. http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.139

حسینی، م؛ احدی، ح؛ جمهری، ف؛ کراسکیان موجمباری، آ؛ و احدی، م. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی طرحواره های هیجانی بر میزان درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۰(۳۵)، ۱۳۵-۱۱۹. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1398.10.35.7.2

رجبی، غ. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10) در دانشجویان روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۲(۱)، ۱۱۱-۱۲۲. https://doi.org/10.22051/jontoe.2006.287

لطفی، ص؛ ابوالقاسمی، ع؛ و نریمانی، م. (۱۳۹۲). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۴(۳)، ۱۰۱-۱۱۱. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533887.html

Abelson, J. S., Chait, A., Shen, M. J., Charlson, M., Dickerman, A., & Yeo, H. (2019). Coping strategies among colorectal cancer patients undergoing surgery and the role of the surgeon in mitigating distress: A qualitative study. *Surgery*, *165*(2), 461–468. https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.06.005

Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic research*, *62*(2), 167–178. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005

Bandura A. (2018). Toward a Psychology of Human Agency: Pathways and Reflections. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, *13*(2), 130–136. https://doi.org/10.1177/1745691617699280

Cha, E., Kim, J., Sohn, M. K., Lee, B. S., Jung, S. S., Lee, S., & Lee, I. (2021). Perceptions on good-life, good-death, and advance care planning in Koreans with non-cancerous chronic diseases. *Journal of advanced nursing*, *77*(2), 889–898. https://doi.org/10.1111/jan.14633

Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, *263*, 107-120. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

Doumen, M., De Cock, D., Pazmino, S., Bertrand, D., Joly, J., Westhovens, R., & Verschueren, P. (2021). Treatment response and several patient-reported outcomes are early determinants of future self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*, *23*(1), 269. https://doi.org/10.1186/s13075-021-02651-3

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. https://doi.org/10.3390/jcm10122706

Juárez, F., & Contreras, F. (2008). Psychometric properties of the general self-efficacy scale in a Colombian sample. *International Journal of Psychological Research*, *1*(2), 6-12. https://doi.org/10.21500/20112084.907

Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., Tamm, J., Rek, K., Lucae, S., Brem, A. K., Sämann, P., Schilbach, L., & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC psychiatry*, *20*(1), 506. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x

Krvavac, S. , & Jansson, B. (2021). The role of emotion dysregulation and alexithymia in the link between types of child abuse and neglect and psychopathology: A moderated mediation model. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(3), 100213. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100213

Mechanick, J. I., Farkouh, M. E., Newman, J. D., & Garvey, W. T. (2020). Cardiometabolic-Based Chronic Disease, Adiposity and Dysglycemia Drivers: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, *75*(5), 525–538. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.044

Morf, H., da Rocha Castelar-Pinheiro, G., Vargas-Santos, A. B., Baerwald, C., & Seifert, O. (2021). Impact of clinical and psychological factors associated with depression in patients with rheumatoid arthritis: comparative study between Germany and Brazil. *Clinical rheumatology*, *40*(5), 1779–1787. https://doi.org/10.1007/s10067-020-05470-0

Nakagami, Y., Sugihara, G., Takei, N., Fujii, T., Hashimoto, M., Murakami, K., Furu, M., Ito, H., Uda, M., Torii, M., Nin, K., Murai, T., & Mimori, T. (2019). Effect of Physical State on Pain Mediated Through Emotional Health in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis care & research*, *71*(9), 1216–1223. https://doi.org/10.1002/acr.23779

Nagy, Z., Szigedi, E., Takács, S., & Császár-Nagy, N. (2023). The Effectiveness of Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis (RA): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Life (Basel, Switzerland)*, *13*(3), 849. https://doi.org/10.3390/life13030849

Palomero-Gallagher, N., & Amunts, K. (2022). A short review on emotion processing: a lateralized network of neuronal networks. *Brain structure & function*, *227*(2), 673–684. https://doi.org/10.1007/s00429-021-02331-7

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. *The British journal of clinical psychology*, *61*(3), 579–597. https://doi.org/10.1111/bjc.12324

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, *18*(1), 51–60. https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8

Radu, A. F., & Bungau, S. G. (2021). Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. *Cells*, *10*(11), 2857. https://doi.org/10.3390/cells10112857

Sharma, C., Whittle, S., Haghighi, P. D., Burstein, F., & Keen, H. I. (2023). 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*, *82*(4), e92. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-219815

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, *51*(2), 663-671. https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663

Sholter, D., Wu, J., Jia, B., Zhang, H., Griffing, K., Birt, J., Reis, P. J. S., Liu, H., & Bingham, C. O., 3rd (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*, *9*(2), 541–553. https://doi.org/10.1007/s40744-021-00415-8

Tsai, T. Y., Lu, M. C., Livneh, H., Lin, M. C., Lai, N. S., & Guo, H. R. (2021). Psychometric evaluation of the Arthritis Self-Efficacy Scale in Chinese adults with rheumatic diseases: a cross-sectional study. *BMJ open*, *11*(2), e042014. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042014

Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and psychotherapy*, *90*(3), 456–479. https://doi.org/10.1111/papt.12112

Van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., van Dalen, P. J., van Asselt, A. D. I., Boshuisen, M. L., van Alphen, S. P. J., van den Brink, R. H. S., & Oude Voshaar, R. C. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC psychiatry*, *19*(1), 26. https://doi.org/10.1186/s12888-018-2004-4

Vergne-Salle, P., Pouplin, S., Trouvin, A. P., Bera-Louville, A., Soubrier, M., Richez, C., Javier, R. M., Perrot, S., & Bertin, P. (2020). The burden of pain in rheumatoid arthritis: Impact of disease activity and psychological factors. *European journal of pain (London, England)*, *24*(10), 1979–1989. https://doi.org/10.1002/ejp.1651

Wardley, M. N.j, Flaxman, P. E., Willig, C., & Gillanders, D. (2016). 'Feel the Feeling': Psychological practitioners' experience of acceptance and commitment therapy well-being training in the workplace. *Journal of health psychology*, *21*(8), 1536–1547. https://doi.org/10.1177/1359105314557977

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner’s guide. New York: Guilford Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]