



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان ذهن آگاهی بر کنترل درد و عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

آمنه فریدونی^۱، محمد رجبی^{۲*}، علی اکبر صارمی^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: باتوجه به افزایش روزافزون بیماران آرتریت روماتوئید و مشکلات روانشناختی آنها، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان ذهن آگاهی بر کنترل درد و عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که به صورت پیش آزمون و پس آزمون، با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران ۲۵ تا ۵۵ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان رازی شهر رشت در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس و براساس نمره پرسشنامه های کنترل درد مک گیل (۱۹۸۵) و نقص عملکردهای اجرایی بارکلی (۲۰۱۰) در پیش آزمون، ۴۵ نفر از افراد، نمونه آماری را تشکیل دادند که به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گزینش شدند که برای گروه آزمایشی (A)، طرحواره درمانی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان ذهن آگاهی را دریافت کردند و گروه کنترل (C) در لیست انتظار قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که هر دو روش طرحواره درمانی با درمان ذهن آگاهی بر کنترل درد و عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر بودند، اما تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. **نتیجه گیری:** بنابراین، می توان گفت از هر دو روش طرحواره درمانی و درمان ذهن آگاهی می توان در جهت افزایش کنترل درد و بهبود عملکردهای اجرایی بیماران آرتریت روماتوئید بهره مند شد و هر دو رویکرد روش های مطلوبی جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران خودایمنی همچون آرتریت روماتوئید می باشد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، درمان ذهن آگاهی، کنترل درد، عملکرد اجرایی، آرتریت روماتوئید

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۱۴

*نویسنده مسئول: محمد رجبی:

استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

تلفن: ۰۹۹۱۸۶۵۹۶۶۷

پست الکترونیک:

mohammad.rajabi@iau.ac.ir



مقدمه

بیماری‌هایی که با نام بیماری‌های خودایمن شناخته شده‌اند، بیماری‌هایی هستند که در اثر افزایش فعالیت سیستم ایمنی بدن علیه بافت‌های خودی به وجود می‌آیند. از جمله بیماری‌های خودایمن که شیوع زیادی دارند و همواره مورد توجه پزشکان هستند، می‌توان به آرتریت روماتوئید^۱ و اختلالات تیروئید اشاره کرد. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند امکان همراهی بیماری‌های خودایمن باهم و بروز آن‌ها در یک فرد وجود دارد (۱). آرتریت روماتوئید نوعی بیماری مزمن و خودایمنی است که شیوع آن بین ۵/۰ تا ۱ درصد در جمعیت عمومی گزارش شده است. این بیماری به صورت سیستمیک است که می‌تواند به پلی‌آرتریت التهابی مداوم و تخریب مداوم مفصل و افزایش ناتوانی منجر شود (۲).

آرتریت روماتوئید، دردناک‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آرتریت بوده که به سرعت در سرتاسر بدن منتشر و با التهاب شدید بافت سینوویال مزمن که منجر به تخریب و از کار افتادن مفاصل می‌شود، همراه است (۳). همچنین پژوهش سرزی-پوتینی و همکاران^۲ (۴) نشان داد یکی از مهم‌ترین مشکلات این بیماران، بالا بودن درد در آن‌ها می‌باشد. بعد از حفظ جان بیمار، تسکین درد از مهم‌ترین اولویت‌های پزشکی به شمار می‌رود و تلاش‌های بسیاری برای درد و کنترل آن صورت گرفته است (۵). وایزبور^۳ (۶) در پژوهشی نشان داد بیماران دارای بیماری‌های مزمن مبتلا به درد مانند بیماری آرتریت روماتوئید همبودی مشابهی با افسردگی و اضطراب دارند. درد، اضطراب و افسردگی می‌توانند به دلیل آناتومی و انتقال دهنده‌های عصبی مشترک باهم ایجاد شوند. علایم ناتوانی، افسردگی،

بی‌خوابی، تحریک‌پذیری شدید، اضطراب و ناتوانی در تطابق با استرس در بیماران آرتریت روماتوئید که درد دارند، نسبت به بیماران بدون درد شایع‌تر هستند. درد توسط انجمن بین المللی مطالعه درد به عنوان یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافت تعریف شده است (۷). درد هنگامی مزمن است که بیشتر از حد مورد انتظار استمرار پیدا کند. چنین دردی می‌تواند علی‌رغم درمان‌های انجام شده از شش ماه تا سی سال و بیشتر طول بکشد (۸).

در همین زمینه فالاسینو^۴ و همکاران (۹) در یک فراتحلیل طولی نشان دادند که درد مزمن به طور چشمگیری در میان بیماران مبتلا به بیماری روماتیسمی رایج هستند و با کیفیت زندگی پایین‌تر و نیازهای مراقبت‌های بهداشتی بیشتر مرتبط هستند.

از طرفی بیماری‌های روماتیسمی بر جنبه‌های مختلفی از زندگی روزمره بیماران تأثیر می‌گذارد و منجر به صدماتی می‌شوند که باعث کاهش توانایی انجام بعضی از وظایف و فعالیت‌ها می‌شود. از جمله حوزه‌هایی که تحت تأثیر پیامدها و عوارض بیماری قرار می‌گیرند، اخلاص در عملکرد اجرایی بیماران می‌باشد (۱۰). ترنر^۵ و همکاران (۱۱) نیز در پژوهشی نشان دادند که عملکرد اجرایی در افراد دچار درد مزمن ضعیف‌تر می‌باشد. عملکرد اجرایی، یک عملکرد عالی شناختی و فراشناختی^۶ است که مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی، بازداری^۷، خودآغازگری^۸، برنامه‌ریزی راهبردی، انعطاف شناختی و کنترل تکانه را در بر می‌گیرد (۱۲). در واقع عملکردهایی همچون سازمان‌دهی، تصمیم‌گیری، حافظه فعال^۹، حفظ و تبدیل^{۱۰}، کنترل حرکتی، احساس و ادراک زمان^{۱۱}، پیش‌بینی آینده، بازسازی^{۱۲}، زبان درونی و

7 Inhibition

8 Self- Initiation

9 Working Memory

10 Maintenance and Shift

11 Time Sensation and Perception

12 Reconstruction

1 Rheumatoid Arthritis

2 Sarzi-Puttini

3 Weisbord

4 Falasinnu

5 Turner

6 Metacognitive



حل مسئله را می‌توان از جمله مهمترین عملکردهای اجرایی عصب‌شناختی دانست که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش‌های هوشی به انسان کمک می‌کنند (۱۳). عملکردهای اجرایی عصبی شناختی^۱ ساختارهای مهمی هستند که با فرآیندهای روانشناختی مسئول کنترل هوشیاری و تفکر در عمل مرتبط می‌باشند. اگرچه عملکردهای اجرایی در درجه اول از چشم‌انداز عصب‌شناختی مطالعه شده‌اند ولی در سال‌های اخیر تحول و آسیب‌شناسی آن‌ها موضوع مورد علاقه صاحب نظران بسیاری بوده است (۱۴).

جهت افزایش تنظیم شناختی هیجان و بهبود عملکرد اجرایی و کنترل درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، راه‌کارهای درمانی مختلفی ارائه شده است که یکی از درمان‌های مناسب در زمینه سلامت این بیماران، درمان ذهن‌آگاهی^۲ می‌باشد (۱۵). این نوع از روان‌درمانی، از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده است. ذهن‌آگاهی به‌عنوان فرایند داشتن توجه بدون قضاوت به رویدادهای درونی و بیرونی است که در لحظه به‌وجود می‌آیند. رویدادهای درونی شامل: افکار، هیجانات، ادراکات و حس‌های بدنی و رویدادهای بیرونی شامل تجارب محیطی، موقعیتی و بین فردی می‌شود و ذهن‌آگاهی به معنای آگاهی لحظه به لحظه از تجربه‌های موجود است (۱۶). ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح. هسته ذهن‌آگاهی بر آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی و کاربردهای آن برای زندگی روزانه و مقابله با استرس، ناامیدی، بیماری و درد متمرکز است (۱۷). به‌نظر می‌رسد این درمان از طریق افزایش خلق مثبت، مهارت‌های تنظیم شناختی هیجانی افراد را بهبود و توانایی کنترل درد را در آن‌ها کاهش می‌دهد. با افزایش توجه، هوشیاری و پذیرش هیجان‌هایی که بر فرد عارض

می‌شود؛ راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی افراد را تعدیل می‌کند (۱۸).

از سوی دیگر، پژوهش‌های مختلف نشان‌دادند یکی از رویکردهای مؤثر بر خودمراقبتی و عملکرد این بیماران، طرحواره درمانی^۳ می‌باشد (۱۹). طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش به‌وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، گشتالت درمانی، دلبستگی، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (۲۰). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی مراجعین را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان‌درمانی ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌های ناسازگار افراد است (۲۱). دیگر پژوهش‌ها از تاثیر طرحواره درمانی بر کنترل درد و خودمراقبتی بیماران مزمن خبر می‌دهد (۲۲).

باتوجه به عوارض بالای روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از این بیماری به‌ویژه بروز مشکلات روانشناختی در آنان، ارائه مداخلات روانشناختی و انتخاب رویکرد مؤثرتر در این زمینه ضروری می‌باشد. از طرفی بررسی پژوهش‌های انجام شده حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر متغیرهای مختلف مرتبط با سلامت این بیماران می‌باشد، لذا، جهت رفع نیاز ارگان‌هایی مانند بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به نتایج پژوهش محقق در این پژوهش درصدد پاسخگویی به سؤال زیر برآمده است:

3 schema therapy

1 Neuro Cognitive Executive Functions

2 mindfulness therapy



آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی با درمان ذهن آگاهی بر کنترل درد و عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت وجود دارد؟

روش

روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح برای گروه اول (گروه آزمایشی A)، طرحواره درمانی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل اجرا شد و گروه کنترل (C) هیچ درمانی دریافت نکرد. همچنین ۲ ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری از هر سه گروه به عمل آمد. پس از اتمام تحقیق به لحاظ رعایت قواعد اخلاقی پژوهش، مداخله اثربخش‌تر برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران ۲۵ تا ۵۵ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان رازی شهر رشت در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس نمره پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌آزمون، ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند نمونه آماری را تشکیل دادند. این ۴۵ نفر به‌طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گزینش شدند که برای گروه آزمایشی (A)، طرحواره درمانی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان ذهن آگاهی را دریافت کردند و گروه کنترل (C) در لیست انتظار قرار گرفت.

معیارهای ورود: بیماران زن ۲۵ تا ۵۵ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید، تحصیلات حداقل دیپلم، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت مشاوره فردی، عدم ابتلا به اختلالات روانشناختی

معیارهای خروج: غیبت بیش از دو جلسه، انصراف شرکت‌کننده از پژوهش، سوء مصرف مواد و داروها

ابزار پژوهش

پرسشنامه مهار درد مک گیل^۱:

پرسشنامه درد مک گیل کاربردی ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه در سال ۱۹۷۵ تأیید شد و در سال ۱۹۸۵ فرم کامل و در سال ۱۹۸۷ فرم کوتاه‌شده پرسشنامه متشکل از ۷۸ کلمه انتشار یافت (۲۳). در ایران این پرسشنامه توسط خسروی، صنمیر، مرادی علمداری و زنده دل (۲۴) ترجمه، بومی‌سازی و پایایی و روایی شده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی، ارزیابی) بالای ۰/۸ گزارش شده است. پرسشنامه فارسی درد مک‌گیل شامل چهار گروه اصلی و ۲۰ زیرگروه و در مجموع ۷۸ کلمه می‌باشد.

پرسشنامه نقص‌های عملکردهای اجرایی بارکلی:

دارای ۸۹ سوال می‌باشد که دارای ۵ زیرمقیاس یا زیرمجموعه می‌باشد، امتیاز بالا در هر مقیاس می‌تواند علامت نقص در آن حیطه از کارکرد اجرایی در فعالیت‌های روزانه باشد. به‌وسیله بارکلی در سال ۲۰۱۰ ساخته شده و پنج مقیاس آن عبارت است از: مدیریت زمان، سازماندهی خود/حل مسئله، مهار خود، خود انگیزشی و خود نظم‌جویی هیجانی می‌باشد. به هر سؤال از یک تا چهار نمره داده می‌شود (هرگز= یک، بعضی اوقات= دو، اغلب= سه، همیشه= چهار). نمره‌ی هر خرده مقیاس از مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به همان خرده مقیاس به‌دست می‌آید. اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۹ و خرده مقیاس‌ها ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ توسط بارکلی گزارش شده است. روایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه علامه طباطبائی تأیید شده است (۲۵).



جدول ۱: محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، ارائه توضیحاتی در زمینه بیماری آرتریت روماتوئید از ابعاد روانشناختی و نحوه تاثیر طرحواره درمانی بر آن و همچنین ارائه توضیحاتی در زمینه اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات بیماران (مشکل در تنظیم شناختی هیجان، عملکرد اجرایی پایین و درد مزمن بیماران) در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می شود.
جلسه دوم	در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته بیمار مورد بررسی قرار می گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می شود.
جلسه سوم	در جلسه سوم تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده می شود.
جلسه چهارم	در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده بیماران شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده می شود.
جلسه پنجم	در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می شود.
جلسه ششم	تکنیک های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده می شود.
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می شود.
جلسه هشتم	به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می شود.
جلسه نهم	در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می شود.
جلسه دهم	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین می شود.

جدول ۲: محتوای جلسات ذهن آگاهی گروهی

جلسه	خلاصه محتوای جلسه
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، ارائه توضیحاتی در زمینه بیماری آرتریت روماتوئید از ابعاد روانشناختی و نحوه تاثیر ذهن آگاهی بر بیماران، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد؛ دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات
جلسه دوم	تمرکز بر بدن و تجربه حس های بدنی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع مقابله با موانع و مشکلات



جلسه سوم	تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق، ذهن-آگاهی بر روی تنفس
جلسه چهارم	تمرین دیدن یا شنیدن، ماندن در زمان حال، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس اصوات و افکار
جلسه پنجم	پذیرش مجوز حضور، مراقبه نشسته (به ذهن آوری عمدی مشکلات بیماران: مشکل در تنظیم شناختی هیجان، عملکرد اجرایی پایین و درد مزمن بیماران)
جلسه ششم	افکار منفی و خلق ارتباط ما را با تجربه محدود می-کند، افکار حقایق نیستند، چگونه با دردهای هیجانی کار کنیم: رنج شما برابر با شما نیست، اما شما می توانید کارهای بسیاری برای شفا و سلامتی انجام دهید.
جلسه هفتم	چگونه می توان از خود به خوبی مراقبت کرد.
جلسه هشتم	جمع بندی آموخته ها برای آینده و شروعی نو برای باقی مانده زندگی، تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می کند.

یافته‌ها

در جداول زیر به بررسی توصیفی و استنباطی داده‌ها پرداخته می‌شود.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی کنترل درد بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل درد	طرحواره درمانی	۳۶/۱۳	۰/۹۹۰	۳۹/۸۰	۰/۹۶۲	۳۹/۸۰	۰/۹۶۲
	ذهن آگاهی	۳۷/۰۰	۱/۰۵۱	۴۲/۲۰	۱/۳۴۹	۴۲/۲۰	۱/۳۴۹
	کنترل	۳۵/۰۰	۱/۴۰۷	۳۵/۴۰	۱/۵۹۴	۳۵/۴۰	۱/۵۹۴
کنترل حسی	طرحواره درمانی	۱۸/۶۷	۰/۵۹۱	۲۰/۸۰	۰/۶۴۱	۲۰/۰۷	۰/۶۲۸
	ذهن آگاهی	۱۹/۶۰	۰/۴۵۶	۲۱/۴۷	۰/۵۷۶	۲۰/۴۰	۰/۳۴۹
	کنترل	۱۸/۲۰	۰/۷۲۵	۱۸/۲۰	۰/۷۹۴	۱۸/۲۰	۰/۶۶۳
کنترل عاطفی	طرحواره درمانی	۷/۶۰	۰/۴۵۶	۸/۲۷	۰/۳۴۵	۸/۰۷	۰/۳۷۱
	ذهن آگاهی	۷/۶۰	۰/۴۷۶	۸/۹۳	۰/۵۷۳	۸/۶۷	۰/۳۷۱
	کنترل	۷/۰۰	۰/۴۷۸	۷/۳۳	۰/۵۲۳	۷/۴۰	۰/۵۴۲
ارزیابی	طرحواره درمانی	۲/۱۳	۰/۱۹۲	۲/۴۷	۰/۱۳۳	۲/۶۷	۰/۱۵۹
	ذهن آگاهی	۲/۵۳	۰/۱۶۵	۳/۴۷	۰/۲۳۶	۳/۴۷	۰/۲۳۶
	کنترل	۱/۹۳	۰/۲۴۸	۱/۹۳	۰/۲۲۸	۲/۰۷	۰/۲۶۷
کنترل دردهای متنوع	طرحواره درمانی	۷/۷۳	۰/۵۰۲	۸/۲۷	۰/۵۴۷	۸/۰۰	۰/۵۰۷
	ذهن آگاهی	۷/۲۷	۰/۵۰۲	۸/۳۳	۰/۴۳۳	۸/۰۰	۰/۴۲۲
	کنترل	۷/۸۷	۰/۷۰۳	۷/۹۳	۰/۶۷۹	۸/۰۰	۰/۶۴۰

دو گروه آموزش طرحواره درمانی و ذهن آگاهی میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری تغییر داشته است، اما از پس آزمون به پیگیری نمرات آزمودنی‌های این گروه‌ها تغییر چشمگیری نداشته است.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در پس آزمون و پیگیری کنترل درد آزمودنی‌های گروه‌های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین بیشتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر



جدول ۴: شاخص‌های توصیفی عملکرد اجرایی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
عملکرد اجرایی	طرحواره درمانی	۲/۳۸۶	۱۳۹/۳۳	۲/۸۴۴	۱۴۸/۰۰	۲/۶۴۹	۱۴۷/۲۰
	ذهن آگاهی	۲/۶۷۷	۱۳۸/۰۷	۲/۱۵۷	۱۴۶/۱۳	۲/۲۰۵	۱۴۶/۶۰
	کنترل	۲/۵۲۲	۱۴۶/۰۷	۲/۶۷۵	۱۴۵/۵۳	۲/۷۷۹	۱۴۶/۶۰
مدیریت زمان	طرحواره درمانی	۲/۵۸۴	۳۲/۸۷	۲/۹۶۱	۳۴/۵۳	۲/۸۹۹	۳۴/۲۷
	ذهن آگاهی	۲/۲۱۹	۳۳/۱۳	۲/۲۰۴	۳۴/۵۳	۲/۱۹۰	۳۴/۷۳
	کنترل	۲/۲۶۲	۳۴/۰۷	۲/۲۷۰	۳۴/۰۰	۲/۳۰۳	۳۴/۳۳
سازمان دهی خود	طرحواره درمانی	۲/۱۳۵	۳۷/۶۷	۲/۶۸۹	۳۸/۶۷	۱/۷۱۸	۳۸/۴۰
	ذهن آگاهی	۱/۶۷۰	۳۵/۵۳	۱/۶۱۷	۳۷/۳۳	۱/۶۱۷	۳۷/۳۳
	کنترل	۲/۴۰۷	۳۸/۲۷	۲/۴۴۰	۳۸/۲۰	۲/۴۴۰	۳۸/۲۰
مهار خود	طرحواره درمانی	۱/۴۸۳	۲۹/۴۰	۳۰/۹۳	۱/۵۷۵	۱/۳۲۷	۳۰/۸۷
	ذهن آگاهی	۱/۵۷۰	۲۹/۱۳	۳۰/۸۰	۱/۷۱۹	۱/۷۱۹	۳۰/۸۰
	کنترل	۱/۱۳۲	۳۴/۰۷	۳۳/۶۰	۱/۱۷۴	۱/۱۶۹	۳۳/۷۳
خودانگیزی	طرحواره درمانی	۱/۱۲۵	۱۸/۶۰	۲۰/۷۳	۱/۳۰۷	۱/۲۴۲	۲۰/۴۷
	ذهن آگاهی	۱/۲۷۹	۱۸/۴۰	۱۹/۹۳	۱/۲۵۹	۱/۲۶۷	۲۰/۰۷
	کنترل	۱/۱۷۷	۱۹/۲۷	۱۹/۳۳	۱/۱۲۴	۱/۱۴۱	۱۹/۶۷
خودنظم جویی	طرحواره درمانی	۱/۳۶۰	۲۰/۸۰	۲۳/۱۳	۱/۳۵۲	۱/۲۵۱	۲۳/۲۰
	ذهن آگاهی	۱/۱۴۲	۲۱/۸۷	۲۳/۸۷	۱/۳۰۲	۱/۳۳۸	۲۴/۰۰
	کنترل	۱/۱۹۴	۲۰/۴۰	۲۰/۴۰	۱/۱۷۸	۱/۲۸۲	۲۰/۶۷

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری عملکرد آزمودنی‌های گروه‌های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین بیشتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر دو گروه آموزش طرحواره درمانی و ذهن آگاهی میانگین نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری تغییر داشته است. اما از پس‌آزمون به پیگیری نمرات آزمودنی‌های این گروه‌ها تغییر چشمگیری نداشته است.

جهت پاسخگویی به فرضیه پژوهشی، از تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. آزمون تعقیبی بن‌فرونی نیز برای مقایسه بر حسب مراحل آزمون به‌کار گرفته شد. پیش از انجام تحلیل واریانس به بررسی مفروضات پرداخته شد. نتایج آزمون کلوموگروف اسمیرنوف نشان داد توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار

است ($P > 0.05$). نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که همگنی واریانس‌ها در کنترل درد و عملکرد اجرایی محقق شده است ($P > 0.05$). مفروضه کرویت در خصوص متغیرها محقق نشده است ($P < 0.05$). بنابراین، از اصلاح اسپیلن‌گرینهاوس‌گیزر برای برآورد تفاوت‌ها در این متغیرها استفاده شد. آزمون لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون بر حسب عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار است ($P < 0.05$).



جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای کنترل درد (حسی، عاطفی، ارزیابی، دردهای گوناگون) در در گروه‌های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی

متغیرها		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای
حسی	درون گروهی	زمان	۲۸/۰۳۳	۱	۲۸/۰۳۳	۳۷/۰۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۹
		زمان*گروه	۱۴/۰۲۲	۲	۷/۰۱۱	۹/۲۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۶
		خطا	۳۱/۷۷۸	۴۲	۰/۷۵۷			
	بین گروهی	گروه	۱۲۵/۳۷۸	۲	۶۲/۶۸۹	۶/۹۳۴	۰/۰۰۲	۰/۲۴۸
		خطا	۶۱۳/۰۲۲	۴۲	۱۴/۵۹۶			
عاطفی	درون گروهی	زمان	۶/۲۲۶	۱	۶/۲۲۶	۲۷/۸۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۹
		زمان*گروه	۲/۲۳۰	۲	۲/۱۱۵	۴/۹۹۳	۰/۰۱۱	۰/۱۹۲
		خطا	۹/۳۷۸	۴۲	۰/۲۲۳			
	بین گروهی	گروه	۳۰/۷۷۰	۲	۱۵/۳۸۵	۱/۶۰۴	۰/۲۱۳	۰/۰۷۱
		خطا	۴۰۲/۷۵۶	۴۲	۹/۵۸۹			
ارزیابی	درون گروهی	زمان	۰/۷۲۶	۱	۰/۷۲۶	۶/۹۲۹	۰/۰۱۲	۰/۱۴۲
		زمان*گروه	۱/۵۴۱	۲	۰/۷۷۰	۷/۳۵۴	۰/۰۰۲	۰/۲۵۹
		خطا	۴/۴۰۰	۴۲	۰/۱۰۵			
	بین گروهی	گروه	۳۱/۸۳۷	۲	۱۵/۹۱۹	۴/۵۹۵	۰/۰۱۶	۰/۱۸۰
		خطا	۷۱/۲۰۰	۴۲	۱/۶۹۵			
دردهای گوناگون	درون گروهی	زمان	۴/۰۳۳	۱	۴/۰۳۳	۱۵/۴۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۸
		زمان*گروه	۲/۴۶۷	۲	۱/۲۳۳	۴/۷۰۹	۰/۰۱۴	۰/۱۸۳
		خطا	۱۱/۰۰۰	۴۲	۰/۲۶۲			
	بین گروهی	گروه	۰/۴۰۰	۲	۰/۲۰۰	۰/۱۰۱	۰/۹۰۴	۰/۰۰۵
		خطا	۵۴۰/۰۰۰	۴۲	۱۲/۸۵۷			

از ۰/۱۰ می‌باشد که نشان‌می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها قابل توجه است.

جدول ۵ نشان‌می‌دهد که میان دو گروه طرحواره‌درمانی و ذهن آگاهی در حسی، عاطفی، ارزیابی و دردهای گوناگون برحسب آزمون و اثر تعامل آزمون، عضویت گروهی و در متغیرهای حسی، ارزیابی بر حسب عضویت بین گروهی تفاوت معناداری وجوددارد ($P < ۰/۰۱$). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان‌داد که برای متغیرهای حسی، عاطفی، ارزیابی و دردهای گوناگون در عامل زمان عامل گروه معنادار هستند ($P < ۰/۰۱$). این نتایج حاکی از آن است که بین گروه‌های آزمایش (دو گروه درمان) و گروه کنترل در حسی، عاطفی، ارزیابی و دردهای گوناگون تفاوت وجود دارد. مجذور اتا برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر



جدول ۶: آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین کنترل درد (حسی، عاطفی، ارزیابی، دردهای گوناگون) بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	P
حسی	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	۰/۶۴۴	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	۲/۲۸۹	۰/۰۲۱
	طرحواره درمانی و کنترل	۱/۶۴۴	۰/۱۴۲
عاطفی	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	۰/۴۲۲	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	۱/۱۵۶	۰/۲۵۲
	طرحواره درمانی و کنترل	۰/۷۳۳	۰/۸۰۳
ارزیابی	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	۰/۷۳۳	۰/۰۳۲
	ذهن آگاهی و کنترل	۱/۱۷۸	۰/۰۰۰۱
	طرحواره درمانی و کنترل	۰/۴۴۴	۰/۳۳۹
دردهای گوناگون	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	-۰/۱۳۳	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	-۰/۰۶۷	۱/۰۰۰
	طرحواره درمانی و کنترل	-۰/۰۷۶	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد برحسب مقایسه دو گروهی تفاوت میانگین روش مداخله ذهن آگاهی و گروه کنترل برای حسی و ارزیابی معنادار است؛ و در روش مداخله طرحواره درمانی و گروه کنترل برای حسی، عاطفی، ارزیابی

و دردهای گوناگون معنادار نیست، همچنین بین دو گروه درمان تنها در ارزیابی تفاوت معناداری مشاهده شده است. و در ادامه نتایج مقایسه میانگین‌ها براساس عامل زمان قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۷: مقایسه میانگین کنترل درد (حسی، عاطفی، ارزیابی، دردهای گوناگون) بر حسب زمان در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل

متغیرها	پیش آزمون - پس		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
حسی	-۱/۳۳۳	۰/۰۰۰۱	-۰/۷۳۳	۰/۰۳۳	۰/۶۰۰	۰/۰۰۸
عاطفی	-۰/۷۷۸	۰/۰۰۰۱	-۰/۶۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۳۳	۰/۱۵۱
ارزیابی	-۰/۴۲۲	۰/۰۰۰۱	-۰/۵۳۳	۰/۰۰۰۱	-۰/۱۱۱	۰/۲۹۳
دردهای گوناگون	-۰/۵۵۶	۰/۰۰۲	-۰/۳۷۸	۰/۱۷۷	۰/۱۷۸	۰/۳۹۳

جدول فوق نشان می‌دهد که در متغیرها حسی، عاطفی و ارزیابی در گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و ذهن آگاهی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).

اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$). بر این اساس فرضیه پژوهش حاکی از تفاوت دو روش مداخله بر کنترل درد تأیید می‌شود.



جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای عملکرد اجرایی (مدیریت زمان، سازمان دهی خود، مهار خود، خودانگیزی، خودنظم جویی) در در گروه های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی

متغیرها		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای
مدیریت زمان	درون گروهی	زمان	۶/۲۲۶	۱	۶/۲۲۶	۱۰/۵۳۴	۰/۰۰۲	۰/۲۰۱
		زمان*گروه	۷/۱۱۹	۲	۳/۵۵۹	۶/۰۲۲	۰/۰۰۵	۰/۲۲۳
		خطا	۲۴/۸۲۲	۴۲	۰/۵۹۱			
	بین گروهی	گروه	۱/۷۹۳	۲	۰/۸۹۶	۰/۰۰۳	۰/۹۹۷	۰/۰۰۰۱
		خطا	۱۱۲۳۸/۱۷۸	۴۲	۲۷۶/۵۷۶			
سازمان دهی خود	درون گروهی	زمان	۷/۵۰۰	۱	۷/۵۰۰	۹/۱۶۳	۰/۰۰۴	۰/۱۷۹
		زمان*گروه	۴/۶۲۲	۲	۲/۳۱۱	۲/۸۲۴	۰/۰۷۱	۰/۱۱۹
		خطا	۳۴/۳۷۸	۴۲	۰/۸۱۹			
	بین گروهی	گروه	۶۷/۵۱۱	۲	۳۳/۷۵۶	۰/۱۹۰	۰/۸۲۸	۰/۰۰۹
		خطا	۷۴۵۹/۸۸۹	۴۲	۱۷۷/۵۴۵			
مهار خود	درون گروهی	زمان	۵/۹۲۶	۱	۵/۹۲۶	۷/۶۷۶	۰/۰۰۸	۰/۱۵۵
		زمان*گروه	۸/۳۱۹	۲	۴/۱۵۹	۵/۳۸۸	۰/۰۰۸	۰/۲۰۴
		خطا	۳۲/۴۲۲	۴۲	۰/۷۷۲			
	بین گروهی	گروه	۳۶۳/۳۹۳	۲	۱۸۱/۶۹۶	۱/۹۰۱	۰/۱۶۲	۰/۰۸۳
		خطا	۴۰۱۳/۶۴۴	۴۲	۹۵/۵۶۳			
خودانگیزی	درون گروهی	زمان	۱۰/۴۰۴	۱	۱۰/۴۰۴	۲۲/۹۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۴
		زمان*گروه	۹/۰۷۴	۲	۴/۵۳۷	۱۰/۰۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۳
		خطا	۱۹/۰۲۲	۴۲	۰/۴۵۳			
	بین گروهی	گروه	۷/۲۱۵	۲	۳/۶۰۷	۰/۰۵۶	۰/۹۴۶	۰/۰۰۳
		خطا	۲۷۱۶/۹۷۸	۴۲	۶۴/۶۹۰			
خودنظم جویی	درون گروهی	زمان	۱۲/۴۵۹	۱	۱۲/۴۵۹	۲۳/۱۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۵
		زمان*گروه	۹/۲۷۴	۲	۴/۶۳۷	۸/۶۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹۱
		خطا	۲۲/۶۰۰	۴۲	۰/۵۳۸			
	بین گروهی	گروه	۱۷۸/۶۸۱	۲	۸۹/۳۴۱	۱/۲۷۲	۰/۲۹۱	۰/۰۵۷
		خطا	۲۹۵۰/۸۰۰	۴۲	۷۰/۲۵۷			

خود، مهار خود، خودانگیزی، خودنظم جویی) در عامل زمان عامل گروه معنادار هستند ($P < 0.01$)، این نتایج حاکی از آن است که بین گروه های آزمایش (دو گروه درمان) و گروه کنترل در عملکرد اجرایی (مدیریت زمان، سازمان دهی خود، مهار خود، خودانگیزی، خودنظم جویی) تفاوت وجود دارد. مجذور اتا برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۱۰ می باشد که نشان می دهد تفاوت بین گروه ها قابل توجه است.

جدول ۸ نشان می دهد که میان دو گروه طرحواره درمانی و ذهن آگاهی در عملکرد اجرایی (مدیریت زمان، سازمان دهی خود، مهار خود، خودانگیزی، خودنظم جویی) بر حسب آزمون و اثر تعامل آزمون و عضویت درون گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$) و بر حسب عضویت بین گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.01$). نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان داد که برای متغیرهای عملکرد اجرایی (مدیریت زمان، سازمان دهی



جدول ۹: آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین برای عملکرد اجرایی (مدیریت زمان، سازمان دهی خود، مهار خود، خودانگیزی، خودنظم جویی) بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	p
مدیریت زمان	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	۰/۲۴۴	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	۵/۶۶۲	۱/۰۰۰
	طرحواره درمانی و کنترل	-۰/۲۴۴	۱/۰۰۰
سازمان دهی خود	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	-۱/۵۱۱	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	۱/۴۸۹	۱/۰۰۰
	طرحواره درمانی و کنترل	۰/۰۲۲	۱/۰۰۰
مهار خود	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	-۰/۱۵۶	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	-۳/۵۵۶	۰/۲۷۵
	طرحواره درمانی و کنترل	-۳/۴۰۰	۰/۳۱۹
خودانگیزی	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	-۰/۴۶۷	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	۰/۰۴۴	۱/۰۰۰
	طرحواره درمانی و کنترل	۰/۵۱۱	۱/۰۰۰
خودنظم جویی	ذهن آگاهی و طرحواره درمانی	۰/۸۶۷	۱/۰۰۰
	ذهن آگاهی و کنترل	۲/۷۵۶	۰/۳۷۹
	طرحواره درمانی و کنترل	-۲/۷۵۶	۰/۳۷۹

مهار خود، خودانگیزی، خودنظم جویی) معنادار نیست، همچنین بین دو گروه درمان نیز تفاوت معناداری مشاهده نشده است. و در ادامه نتایج مقایسه میانگین‌ها براساس عامل زمان قابل مشاهده می‌باشد.

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد برحسب مقایسه دو گروهی تفاوت میانگین روش مداخله ذهن آگاهی و گروه کنترل و همچنین در روش مداخله طرحواره درمانی و گروه کنترل برای عملکرد اجرایی (مدیریت زمان، سازمان دهی خود،

جدول ۱۰: مقایسه میانگین عملکرد اجرایی (مدیریت زمان، سازمان دهی خود، مهار خود، خودانگیزی، خودنظم جویی) بر حسب زمان در گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل

پیش آزمون - پس		پیش آزمون - پیگیری		پس آزمون - پیگیری		متغیرها
اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	
-۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	-۱/۰۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۸۹	۱/۰۰۰	مدیریت زمان
-۰/۹۱۱	۰/۰۱۷	-۰/۸۲۲	۰/۰۲۹	۰/۰۸۹	۰/۴۴۹	سازمان دهی خود
-۰/۹۱۱	۰/۰۱۶	-۰/۹۳۳	۰/۰۱۷	-۰/۰۲۲	۱/۰۰۰	مهار خود
-۱/۲۴۴	۰/۰۰۰۱	-۱/۳۱۱	۰/۰۰۰۱	-۰/۰۶۷	۱/۰۰۰	خودانگیزی
-۱/۴۴۴	۰/۰۰۰۱	-۱/۶۰۰	۰/۰۰۰۱	-۰/۱۵۶	۰/۵۶۶	خودنظم جویی



پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجه می‌شوند که با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و ایجاد طرحواره مثبت می‌تواند درد خود را مدیریت نمایند (۳۰).

از سوی دیگر گرایش برای درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف، و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی موجب می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی بزنند (۳۱). در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. بنابراین، زمینه مناسبی برای رشد افکار منفی و انحرافی در مورد درد ایجاد می‌کند. درمان ذهن آگاهی با کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد در کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر می‌باشد. تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند نگرش به درد را تغییر داده و امکانی را فراهم آورد که درد به رنج منجر نشود. ذهن آگاهی مستلزم استفاده از روش‌های شناختی رفتاری و فراشناختی مخصوصی برای متمرکز کردن پروسه توجه است و به بیماران مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ قضاوتی از شناخت‌ها و نشانه‌های فیزیکی خود آگاه شده و آن‌ها را بپذیرند و این پذیرش موجب پیشگیری از افکار منفی، کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این نشانه‌های بدنی و درد و رشد دیدگاه جدید و تولید افکار خوشایند می‌گردد. تمرینات ذهن آگاهی دیدگاه فرد نسبت به درد را تغییر می‌دهند و از تبدیل درد به رنج جلوگیری می‌کنند.

کارکردهای اجرایی به ویژه حافظه فعال، کنترل مهارتی و توجه پایدار نقش مهمی در توانایی انسان برای انجام رفتارهای پیچیده معطوف به اهداف و انطباق یافتن با گستره وسیعی از تغییرات و الزامات محیطی دارد. از جمله این توانایی‌ها می‌توان به برنامه‌ریزی، پیش‌بینی، انعطاف‌پذیری شناختی، متمرکز کردن توجه، توجه مداوم به محیط و رفتارهای لازم برای فائق آمدن بر آن اشاره کرد. اثرگذاری طرحواره‌ها در همه ابعاد رفتاری و روانی انسان تا حدی است که حتی برخی اظهار کرده‌اند طرحواره‌ها عمیق‌ترین

جدول ۱۰ نشان می‌دهد که در متغیرها مدیریت زمان، سازمان‌دهی خود، مهار خود، خودانگیزی و خودنظم جویی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$)، اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). بر این اساس فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت دو روش مداخله بر عملکردهای اجرایی تأیید می‌شود.

بحث

این پژوهش به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان ذهن آگاهی بر کنترل درد و عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته شد. نتایج نشان داد که هر دو روش طرحواره درمانی با درمان ذهن آگاهی بر کنترل درد و عملکرد اجرایی در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر بودند، اما تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

این یافته با پژوهش علی اکبریان و همکاران (۲۶)، حسینی و همکاران (۲۷)، پردهان (۲۸) و کستنهو (۲۹) همسو بوده است.

از آنجا که شدت درد به‌طور مستقیم از طریق میانجی خودکارآمدی بر مدیریت بیماران تأثیر دارد و در استدلال این یافته می‌توان اظهار کرد که این مداخله درمانی سبب کاهش شدت درد می‌شوند. آنجا که خود این رویکردهای درمانی بر فرآیندهای تغییر اعتقاد داشته، می‌تواند افزایش خود باوری را سبب شوند، بنابراین، نقش خودکارآمدی در کنترل درد حائز اهمیت است. در این پژوهش سعی شده است با به کارگیری تکنیک‌های طرحواره درمانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به افزایش خودکارآمدی آن‌ها کمک شود و افزایش خودکارآمدی، خود مدیریتی درد را افزایش می‌دهد و به دنبال آن کاهش میزان درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تأیید می‌شود. محققان نتیجه گرفتند که توجه به تنظیم مهار هیجان در درمان و بهبود درد مزمن امری ضروری محسوب می‌شود. تبیین دیگر از یافته‌ها در کل این است که تکنیک‌های آموزشی داده شده باعث انعطاف‌پذیری شناختی و اصلاح باورهای ناکارآمد و تغییر نگرش بیمار می‌شود به طوری که آن‌ها درد خود را



سطوح شناختی انسان هستند و در تعیین نحوه فکر، احساس و رفتار انسان‌ها نقش کلیدی ایفا می‌کنند (۳۲). طرحواره‌های ناسازگار دارای ساختاری مقاوم نسبت به تغییر هستند و به نوعی برای بقای خود تلاش می‌کنند و از این رو از هر طریقی ممکن است منجر به تضعیف هماهنگی و سازگاری فرد با الزامات محیطی، عدم انعطاف شناختی، دشواری در تصمیم‌گیری، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی شوند چرا که، منجر به احساس ناتوانی ناشی از عدم استقلال از دیگران و تخریب حوزه‌های کارکرد اجرایی دیگر می‌شود. متقابلاً، در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کارکردهای اجرایی در پژوهش حاضر، می‌توان استنباط کرد که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و تضعیف یا تغییر آن‌ها از طریق طرحواره‌درمانی مانع از تفسیر غلط از هیجانات خود و دیگران می‌شود و خودکارآمدی بیماران را افزایش داده و از این طریق باعث بهبود کارکردهای اجرایی مانند حافظه‌کاری، کنترل مهاری و توجه پایدار می‌گردد. بهبود در توانایی کنترل مهاری بیماران، متعاقب اصلاح طرحواره‌های ناتوانی و تبدیل به طرحواره‌های کنترل شخصی نتیجه‌ای قابل پذیرش و موجه به نظر می‌رسد. این چنین شباهت‌هایی در هر دو روش است که منجر به مدیریت هیجان و افزایش خودکارآمدی می‌شود در نهایت موجب اثربخشی آن‌ها بر کنترل درد و بهبود عملکرد افراد می‌شود. از سوی دیگر طبق مدل لاتز و همکاران (۳۳) تمرین توجه متمرکز مراقبه شامل توسعه حداقل چهار مهارت مختلف است شامل توجه پایدار نسبت به شی هدف، مهارت بازبینی (مثل شناسایی سرگردانی ذهن)، توانایی برای گسلش از موضوع پرت‌کننده حواس بدون درگیری بیشتر (تغییر توجه) و توانایی برای جهت‌دهی مجدد تمرکز به موضوع انتخاب شده (توجه انتخابی). طبق این مدل با پیشرفت تمرین‌های توجه متمرکز، مهارت‌های نظارتی توسعه یافته و باعث کاهش تدریجی تمرکز بر موضوع‌های آشکار و همزمان بازبینی همه تجارب لحظه حال بدون هر موضوع آشکاری می‌شود. ذهن آگاهی شامل راهبردهای رفتاری و شناختی خاص برای تمرکز کردن فرآیند توجه

بوده که موجب افزایش مهارت‌های ذهنی و حافظه می‌شود. در تمرینات ذهن آگاهی به دلیل هدف قراردادن توجه متمرکز به تنفس و اسکن حس‌های بدنی، کنترل کردن فرآیندهای شناختی افراد تقویت می‌شود. عملکرد رفتاری و سایر الگوهای فعالیت عصبی نیز نشان می‌دهد تمرینات توجه در تکالیف درمانی ذهن آگاهی، وظایف حافظه فعال از جمله بازنمایی نمادها، ارقام و حروف را بهبود می‌بخشد. از طرفی تمرینات مکرر ذهن آگاهی در منزل با افزایش حافظه همبستگی بالایی را نشان داده است که نشان‌دهنده توجه و حافظه است. بنابراین، کارکردهای اجرایی در آن‌ها بهبود می‌یابد.

نتیجه‌گیری

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان رازی شهر رشت و دردسترس بودن روش نمونه‌گیری می‌باشد لذا، باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها احتیاط کرد. انتخاب گروه نمونه باتوجه به برخی از متغیرهای روانشناختی (مانند دانش و نگرش مراجعان درباره مداخلات درمانی، انتظارات و ذهنیت روانشناختی آن‌ها) و جمعیت‌شناختی (مانند سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود، لذا، پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی سایر افراد و بیماران مزمن نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها با هم قابل مقایسه باشند. در نهایت باتوجه به تاثیر هر دو درمان بر رضایت زناشویی این افراد، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران از نتایج پژوهش در جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران آرتریت روماتوئید نیز استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی همکاران و شرکت‌کنندگان که ایشان را در انجام پژوهش یاری کردند سپاس و قدردانی به عمل می‌آورند.



تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود:

اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به آزمودنی‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت افراد در مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد شرکت کننده. لازم به ذکر است که شناسه اخلاق پژوهش به شماره IR.IAU.TJ.REC.1402.012 می‌باشد.

References

1. Hensvold A, Klareskog L. Towards prevention of autoimmune diseases: the example of rheumatoid arthritis. *European Journal of Immunology*. 2021;51(8):1921-33.
2. Almutairi KB, Nossent JC, Preen DB, Keen HI, Inderjeeth CA. The prevalence of rheumatoid arthritis: a systematic review of population-based studies. *The Journal of rheumatology*. 2021;48(5):669-76.
3. Kaas J, Tóthová V. Quality of life of patients who suffer from rheumatic arthritis. *Kontakt*. 2017;19(3):e159-e64.
4. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*. 2020;16(11):645-60.
5. Russell F, McDougall J. Proteinase activated receptor (PAR) involvement in mediating arthritis pain and inflammation. *Inflammation Research*. 2009;58:119-26.
6. Weisbord SD, editor Patient-centered dialysis care: depression, pain, and quality of life. *Seminars in dialysis*; 2016: Wiley Online Library.
7. Daroff RB, Aminoff MJ. *Encyclopedia of the neurological sciences*: Academic press; 2014.
8. Gatchel RJ, Neblett R, Kishino N, Ray CT. Fear-avoidance beliefs and chronic pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2016;46(2):38-43.
9. Falasinnu T, Nguyen T, Jiang TE, Tamang S, Chaichian Y, Darnall BD, et al. The problem of pain in rheumatology: variations in case definitions derived from chronic pain phenotyping algorithms using electronic health records. *The Journal of Rheumatology*. 2024;51(3):297-304.
10. Myasoedova E, Davis III JM, Kronzer VL, Giblon RE, Atkinson EJ, LeBrasseur NK, Crowson CS, editors. The point of no return? Functional disability transitions in patients with and without rheumatoid arthritis: A population-based cohort study. *Seminars in arthritis and rheumatism*; 2022: Elsevier.
11. Turner KM, Wilcox G, Nordstokke DW, Dick B, Schroeder M, Noel M. Executive functioning in youth with and without chronic pain: A comparative analysis. *The Clinical Journal of Pain*. 2021;37(2):102-17.
12. Ter-Stepanian M, Grizenko N, Cornish K, Talwar V, Mbekou V, Schmitz N, Joobar R. Attention and executive function in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017;26(1):21.
13. Zelazo P, Qu L, Müller U. Hot and cool aspects of executive function: Relations in early development. *Young children's cognitive development*: Psychology Press; 2014. p. 71-93.
14. Dosis S, Maric M, Prins PJ, Van der Oord S. Does executive function capacity moderate the outcome of executive function training in children with ADHD? *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2019;11(4):445-60.
15. Dalili Z, Bayazi MH. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the illness perception and psychological symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Complementary therapies in clinical practice*. 2019;34:139-44.



16. Hanson R. Positive neuroplasticity: The neuroscience of mindfulness. *Advances in contemplative psychotherapy*: Routledge; 2017 .p. 48-60.
17. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. Mindfulness training and problem formulation. 2003.
18. Roberts RL, Ledermann K, Garland EL. Mindfulness-oriented recovery enhancement improves negative emotion regulation among opioid-treated chronic pain patients by increasing interoceptive awareness. *Journal of Psychosomatic Research*. 2022;152:110677.
19. Jafarian N, Rezaie A, Izadi F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Anxiety, Quality of life and Frustration Tolerance of Patients with Multiple Sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*. 2024(Articles in Press).
20. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: guilford press; 2006.
21. Martin R, Young J. Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010;317.
22. Tabibzadeh F, Soleimani E, Shiroodi SG. Effectiveness of emotional schema therapy on cancer related fatigue and self-care behaviors in patients with breast cancer. 2022.
23. Usichenko T, Röttenbacher I, Kohlmann T, Jülich A, Lange J, Mustea A, et al. Implementation of the quality management system improves postoperative pain treatment: a prospective pre-/post-interventional questionnaire study. *British Journal of Anaesthesia*. 2013;110(1):87-95.
24. Vejdani SA, Khosravi M, Naseh G. Post laparoscopic pain control using local anesthesia through laparoscopic port sites. *Novelty in Biomedicine*. 2014;2(3):102-6.
25. Pirrasoulzadeh M, Dehghanizadeh J. Assessing the Role of Physical Performance and Executive Functioning in Predicting the Quality of Life of Adults With Intellectual Disability in Northwest Iran. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2024;12(6):1136-49.
26. Aliakbari M, Hassanzadeh Hanoui M, Alipour A, Bayat N. The efficacy of schema therapy on the inflammation severity in rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology Research*. 2024;9(3):134-42.
27. Hosseini M, Ahadi H, Jomehri F, Kraskian-Mujembari A, Ahadi M. The effectiveness of emotional schemas group therapy on pain and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Psychological Models and Methods*. 2019;10(35):135-19.
28. Pradhan B. Psychiatric aspects in chronic pain and utility of yoga and mindfulness-based cognitive behavioral therapy for pain (Y-MBCT pain) as a translational model. *Urogenital Pain: A Clinicians Guide to Diagnosis and Interventional Treatments*. 2017:207-35.
29. Castanho BCPC. Cognitive Functional Therapy: A New Approach on Chronic Pain in People with Musculoskeletal Conditions-A Scoping Review. *PQDT-Global*. 2021.
30. Yousefi S, Zanjani Z, Omidi A, Zamani B, Sayyah M. Comparison of mindfulness-based stress reduction therapy and cognitive-behavioral therapy of chronic fatigue, sleep quality, executive function and disease activity in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2023;53(2):173-80.
31. Zhou B, Wang G, Hong Y, Xu S, Wang J, Yu H, et al. Mindfulness interventions for rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2020;39:101088.
32. Martínez E, Aira Z, Buesa I, Aizpurua I, Rada D, Azkue JJ. Embodied pain in fibromyalgia: Disturbed somaterepresentations and increased plasticity of the body schema. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194534.
33. Latz DB. Themes for Christian education and formation in a British, postmodern, secular context. *Christian Education Journal*. 2018;15(3):378-89.



Comparing the Effectiveness of Schema Therapy with Mindfulness Therapy on Pain Control and Executive Function in Female Patients with Rheumatoid Arthritis

Amene Fereidouni¹, Mohammad Rajabi^{2*}, Ali Akbar Saremi²

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

Type of Article Original Research

Received: 09/10/2024

Accepted: 04/11/2024

***Corresponding Author:**
Mohammad Rajabi,
Assistant Professor,
Department of Psychology,
Torbat-e Jam Branch,
Islamic Azad University,
Torbat-e Jam, Iran

TEL: 09918659667

Email:
(mohammad.rajabi@iau.ac.ir)

Abstract

Introduction: Due to the increasing number of rheumatoid arthritis patients and their psychological problems, the purpose of this study was to compare the effectiveness of schema therapy with mindfulness therapy on pain control and executive function in female patients with rheumatoid arthritis.

Methods: The current research method was a semi-experimental type, which was conducted as a pre-test, and post-test, with a control group and a 2-month follow-up. The statistical population of this research included all patients aged 25 to 55 with rheumatoid arthritis who were referred to the rheumatology clinic of Razi Hospital in Rasht in 2001-1401. Among the statistical population, using the available sampling method and based on the scores of the McGill pain control questionnaires (1985) and Barclay's executive function deficits (2010) in the pre-test, 45 patients with rheumatoid arthritis who met the inclusion and exclusion criteria formed the statistical sample. These 45 individuals were randomly selected into 3 groups of 15 each (2 experimental groups and one control group) with schema therapy for the experimental group (A) and mindfulness therapy for the second group (experimental group B). Control (C) was placed on the waiting list.

Results: The results showed that both schema therapy and mindfulness treatment were effective for pain control and executive function in female patients with rheumatoid arthritis, but there were no significant differences between each other.

Conclusion: Therefore, it can be said that both schema therapy and mindfulness therapy can be used to increase pain control and improve the executive functions of rheumatoid arthritis patients. Both approaches are effective methods for reducing psychological problems in autoimmune patients such as rheumatoid arthritis.

Keywords: schema therapy, mindfulness therapy, pain control, executive functioning, rheumatoid arthritis

► **Please cite this article as:** Fereidouni A, Rajabi M, Saremi A. A. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy with Mindfulness Therapy on Pain Control and Executive Function in Female Patients with Rheumatoid Arthritis. J Neyshabur Univ Med Sci 2023;11(2):87-102.