

Original Article

Comparison of the Effectiveness of Coping Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Cognitive Immunity and Psychological Well-being Indicators of Patients with Rheumatoid Arthritis Referring to Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran

Nafiseh Saadat Momeni¹ , Alireza Agha Yousefi^{2*} , Afsaneh Khajeh Vand³ ,
Abdorrahman Rostamian⁴ 

¹ Department of Health Psychology, Islamic Azad University of Gorgan, Gorgan, Iran.

² Department of Clinical Psychology, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran.

³ Department of Child Psychology, Islamic Azad University of Gorgan, Gorgan, Iran.

⁴ Department of Rheumatology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**
Alireza Agha Yousefi;
Department of Clinical Psychology, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran.

Email:
arayeh1100@yahoo.com,
arayeh1100@gmail.com

Received: 01 Sep, 2020
Accepted: 12 Oct, 2020

Abstract

Background and Objectives: Rheumatoid arthritis is one of the most common diseases of the immune system which is increasing rapidly. The results of the recent literature review confirm the roles of stress and psychosocial stressors on physiological mechanisms, such as psychoneuroimmunology, as causal factors leading to the development of rheumatoid arthritis. Considering the effectiveness of psychological problems in the development of this disease, the present study was conducted to compare the effectiveness of coping therapy and cognitive-behavioral therapy in cognitive immunity and psychological well-being indicators of patients with rheumatoid arthritis referring to Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design. In the present study, the effectiveness of two independent variables (i.e., coping therapy and cognition-behavioral therapy) on dependent variables (i.e., immune-cognitive and psychological well-being indicators) was examined. The statistical population consisted of patients with rheumatoid arthritis referring to Imam Khomeini Hospital from March-August in 2019. The final sample (n=60) was selected by the purposive sampling method and the subjects were randomized into two groups of experimental and control (n=20 each). Subsequently, the experimental group was subjected to coping therapy and cognitive-behavioral therapy interventions. The instruments used in the present study included Psychological Welfare Scale, C-reactive protein (CRP) immunological indicators test, and erythrocyte sedimentation rate (ESR) test. The collected data were analyzed using the analysis of covariance model.

Results: The results of the analysis of covariance model were indicative of a p-value of < 0.05 as significant. Moreover, it was found out that the effectiveness of coping therapy and cognitive-behavioral therapy on CRP, ESR, psychological well-being was significant (P<0.001, P<0.001, and P=0.004, respectively).

Conclusion: The results of this study revealed that coping therapy and cognitive-behavioral therapy were effective in cognitive immunity and psychological well-being indicators. Therefore, this treatment can be adopted as a complementary therapy, alongside conventional medicines, for patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy; Cognitive immunology; Health-psychology; Psychological adaptation; Rheumatoid arthritis.

DOI: 10.29252/qums.14.8.39

مقایسه اثربخشی مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری در شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی تهران

نفسیه سعادت مؤمنی^۱، علیرضا آقا یوسفی^{۲*}، افسانه خواجه‌وند خوشلی^۳، عبدالرحمان رستمیان^۴

چکیده

زمینه و هدف: آرتریت روماتوئید یکی از بیماری‌های شایع دستگاه ایمنی بدن است که میزان ابتلا به آن رو به افزایش می‌باشد. مطالعات اخیر مؤید آن هستند که تیدگی و تنش‌های روانی-اجتماعی با ساز و کارهای فیزیولوژیک همچون سایکونورواپمونولوژی می‌توانند موجب بروز آرتریت روماتوئید گردند. با توجه به نقش مسائل روانی در این بیماری، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری در شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان "امام خمینی" تهران انجام شد.

روش بررسی: در پژوهش حاضر که از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با انتخاب گروه گواه و اندازه‌گیری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است، اثربخشی دو متغیر مستقل (مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری) بر متغیرهای وابسته (فاکتورهای ایمنی شناختی و بهزیستی روان شناختی) مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان "امام خمینی" شهر تهران طی شش ماه اول سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آن‌ها ۶۰ آزمودنی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس مداخله مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری برای گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه بهزیستی روانی Ryff (۱۹۹۴) و شاخص‌های ایمنی شناختی CRP (C-reactive Protein) و ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس با سطح معناداری ($P < 0.05$) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از اثربخشی معنادار مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری بر شاخص‌های CRP ($P < 0.001$) و ESR ($P < 0.001$) و بهزیستی روانی ($P = 0.004$) بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری بر شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی، به نظر می‌رسد که بتوان از این درمان به عنوان مکمل دارودرمانی در جهت کمک به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: آرتریت روماتوئید؛ ایمنی‌شناسی شناختی؛ درمان شناختی- رفتاری؛ سازگاری روانی؛ سلامتی- روان‌شناسی.

^۱ گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی گرگان، گرگان، ایران.

^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

^۳ گروه روان‌شناسی کودک، دانشگاه آزاد اسلامی گرگان، گرگان، ایران.

^۴ گروه روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

علیرضا آقا یوسفی؛ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

arayeh1100@yahoo.com,
arayeh1100@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۲۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Momeni NS, Agha Yousefi A, Khajeh Vand A, Rostamian A. Comparison of the Effectiveness of Coping Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Cognitive Immunity and Psychological Well-being Indicators of Patients with Rheumatoid Arthritis Referring to Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran. Qom Univ Med Sci J 2020;14(8):39-49. [Full Text in Persian]

مقدمه

بیماری آرتریت روماتوئید یک بیماری سیستمیک است که با آرتریت‌های التهابی چندگانه در مفاصل بزرگ و کوچک و علائم عمومی مشخص می‌شود (۱). آرتریت روماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خودایمنی است که شیوع آن تقریباً ۱ درصد از کل جمعیت دنیا (بین ۰/۴ تا ۲/۱ درصد) بوده و زنان تقریباً سه برابر مردان گرفتار آن می‌شوند (۲). دلایل ابتلا به این بیماری ناشناخته می‌باشند. این بیماران به دلیل درد، خستگی و محدودیت در حرکت و فعالیت روزانه دچار اختلال در عملکرد جسمانی، اجتماعی، روانی و احساسات می‌شوند؛ در نتیجه در بهزیستی روانی اختلال ایجاد می‌شود (۳).

ایمنی شناختی یا ایمونولوژی یکی از شاخه‌های زیست پزشکی است که هدف آن بررسی انواع واکنش‌هایی است که با هدف تامین ایمنی بدن جانداران در برابر آنتی‌ژن‌های بیگانه می‌باشد. وقتی دستگاه ایمنی بدن به جای مبارزه با عوامل زمینه‌ساز بیماری که مهم‌ترین وظیفه آن است، شروع به حمله به سلول‌ها و بافت‌های بدن می‌کند و مقدمات نابودی بخش‌هایی از اندام‌های بدن را فراهم می‌سازد، منجر به اختلال در وضعیت طبیعی کارکرد دستگاه‌ها و اندام‌های دیگر می‌شود. در چنین شرایطی گفته می‌شود که فرد مبتلا به بیماری خودایمنی شده است (۴). با توجه به نقش به‌سزایی که بهزیستی روانی در ابعاد مختلف زندگی روانی- اجتماعی و حتی جسمی فرد دارد (۵)، براساس الگوی بهزیستی روانی Ryff و همکاران، این سازه از شش عامل رشد فردی، زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود (۶).

پژوهش‌های رو به گسترش سال‌های اخیر مؤید آن هستند که تنیدگی و تنش‌های روانی- اجتماعی با ساز و کارهای فیزیولوژیک همچون سایکونورویمونولوژی می‌توانند موجب بروز این بیماری گردند (۷). عوامل فشارزای گوناگونی باعث تغییرات مشکل‌ساز در دستگاه ایمنی می‌شوند. استرس به عنوان منبع عمده زمینه‌ساز این بیماری مطرح می‌باشد. در این میان، اضطراب این بیماران منجر به ایجاد سطوح اثر سرعت پروتئین واکنشی (CRP) و سرعت ته‌نشین شدن گلوبول قرمز (ESR) در آن‌ها خواهد شد (۸). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که این

بیماران از افسردگی و اضطراب شدیدی رنج می‌برند (۹). در این راستا، Johnston و همکاران در پژوهش خود به نقش مهم نیمرخ شخصیت و سبک‌های مقابله در بیماران مبتلا به مشکلات خودایمنی و روان‌تنی اشاره کرده‌اند (۱۰). فروزش یکتا و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که زنان مبتلا به این بیماری نسبت به زنان سالم درون‌گردی بیشتری دارند (۱۱). در اغلب موارد از روان‌درمانی به عنوان یک درمان مکمل استفاده می‌شود. این مسأله باعث شده است که به انواع روش‌های روان‌درمانی و اثربخشی هریک از آن‌ها در بهبود شرایط ایمنی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید توجه بیشتری شود. اثربخشی درمان مکمل بر بهبود بیشتر در تعداد مفاصل حساس و دردناک و CRP (۱۲)، کاهش علائم درد، علائم دیگر RA (Rheumatoid Arthritis)، تخریب نقش، استرس روان‌شناختی و ESR (۱۳) و کاهش ترس ناکارآمد از پیشرفت بیماری (۱۴) اثبات شده است. در این مطالعات که غالباً به بررسی مداخلات هیپنوتیزم، آرامش عضلانی، شرطی شدن، افشای هیجانی، روان‌درمانی رفتاری- شناختی هیجانی پرداخته‌اند، نتیجه گرفته شده است که تمام مداخلات تغییرات ایمنی شناختی مثبتی را در افراد مبتلا به این بیماری ایجاد می‌کند. مداخلاتی مبتنی بر خودافشایی هیجانی (۱۵)، مداخلات در حوزه روان‌کاوی (۱۶)، مداخلات تربیتی و آموزشی (۱۷) و مدیریت روان‌شناختی دردهای مزمن (۱۸) نیز تأیید شده‌اند.

در بین روش‌های مداخلات روان‌شناختی، روش مقابله درمانگری که در اصل به منظور گواه و مدیریت استرس و نگرانی معطوف به بیماری‌های مزمن نیز کاربرد دارد، مورد توجه زیادی واقع شده است. روش شناختی- رفتاری که در سطوح مختلف به حل مشکلات روانی افراد می‌پردازد، اهمیت زیادی بر شناخت و افکار انسان قائل هستند و نوع این افکار و شناخت‌ها را در سلامت یا عدم سلامت روان بسیار سهیم می‌دانند. با این وجود، سؤالی که ارزشمند قلمداد می‌گردد در رابطه با مکانیسم‌های درونی و رفتارهای مرتبط با سلامتی در نتیجه مقابله درمانگری و شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است (۱۹). اثربخشی این روش در کاهش رجوع به فیزیوتراپی، دوره‌های جراحی و مراجعه به مراکز ارتوپدی، افزایش مقابله نسبت به ترس‌های ناکارآمد (۲۰)، بهبود

دریافت و آزمایش نمونه خون (CRP و ESR)، شاخص‌های ایمنی آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از آن گروه درمانی مقابله درمانگری (۲۳) و درمان شناختی- رفتاری (۲۴) مطابق با پروتکل جداول ۱ و ۲ توسط پژوهشگر اجرا شد. مقابله درمانگری یکی از روش‌های روان‌درمانی است که در سطوح مختلف به حل مشکلات روانی افراد می‌پردازد. این رویکرد درمانی از طریق هشیار ساختن فرد نسبت به نوع تنش‌ها و تنیدگی‌های زندگی، امکانات فرد برای مقابله مؤثر، جستجو و یافتن راه‌حل‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می‌سازد. درمان شناختی- رفتاری نیز یکی از روش‌های روان‌درمانی است که در سطوح مختلف به حل مشکلات روانی افراد می‌پردازد. این رویکرد درمانی و اصول و روش‌های آن مبتنی بر روان‌شناسی شناختی است. مداخلات در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای اعضای گروه آزمایش برگزار شد. طی اجرای مداخلات روان‌شناختی، هیچ‌یک از آزمودنی‌های گروه آزمایشی از درمان رایج پزشکی خود منع نشدند؛ بلکه به درمان آن‌ها روش مداخلاتی مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری افزوده گردید. گروه سوم یعنی گروه گواه نیز به درمان رایج خود (درمان دارویی) بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای ادامه داد. پس از پایان برنامه‌های مداخلاتی، هر سه گروه مورد ارزیابی پس از آزمون قرار گرفتند.

در این مطالعه از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی Ryff و کیت‌های انسانی برای اندازه‌گیری زیست‌نشانه‌های ایمنی شناختی و آرتریت روماتوئید به همراه جمع‌آوری نمونه‌های خونی در کنار بهره‌مندی از روش مقابله درمانگری استفاده شد.

پرسشنامه بهزیستی روانی Ryff

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: این ابزار که در سال ۱۹۹۴ توسط Ryff ساخته شده است، شامل ۷ ماده و ۶ خرده‌مقیاس می‌باشد که عبارت هستند از: رضایت از زندگی، معنویت، شادی و خوش‌بینی، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و خودپروی (لازم به ذکر می‌باشد که در پژوهش حاضر نمره کل پرسشنامه منظور گردیده است). نمره‌گذاری این مقیاس به صورت پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ و کاملاً موافقم=۵) تنظیم شده است. کمترین و بیشترین نمره در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی به

بیشتر در تعداد مفصل حساس و دردناک و CRP (۲۱) مورد تأیید قرار گرفته است؛ اما تاکنون پژوهش منسجمی در رابطه با بررسی مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی بر بهبود شاخص‌های ایمنی و بهزیستی روانی صورت نگرفته است؛ از این رو با توجه به اهمیت و نقش برجسته درمان‌های مکمل در بهبود این بیماری، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روش مقابله درمانگری و شناختی- رفتاری بر شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با انتخاب گروه گواه و اندازه‌گیری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش، بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان "امام خمینی" شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. با توجه به روش پژوهش و اینکه تعداد اعضای هر گروه حداقل باید ۲۰ نفر باشد (۲۲)، از میان این تعداد از مراجعه‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با رعایت ملاک‌های ورود، ۶۰ نفر به عنوان آزمودنی‌های پژوهش انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی (مقابله درمانگری و شناختی- رفتاری) و گواه جای گرفتند؛ به طوری که هر گروه از ۲۰ آزمودنی تشکیل شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید، گذشتن حداقل شش ماه از ابتلا به این بیماری، داشتن سواد خواندن و نوشتن، قرار داشتن در دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، نزدیکی مسافت جهت شرکت در جلسات، کامل بودن اطلاعات دریافتی در مرحله سنجش و داشتن رضایت آگاهانه نسبت به حضور در پژوهش. معیارهای زیر نیز به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند: داشتن علائمی مبنی بر وجود نشانگان ارگانیک مغزی، مصرف داروهای روانی مانند داروهای ضد افسردگی و غیره، سابقه ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی و غیره پیش از ابتلا به آرتریت روماتوئید، ابتلا به بیماری کنترل نشده دیگر مانند دیابت و غیره، عدم شرکت در بیش از دو جلسه درمان، مخدوش شدن اطلاعات و یا ناقص بودن آن‌ها. حین انجام درمان و عدم رضایت آزمودنی در هر مرحله از درمان. هر دو گروه قبل از شرکت در جلسه مداخله با ابزارهای پژوهش از جمله آزمون بهزیستی روانی مورد بررسی قرار گرفتند و با

پروتئین اضافی از جانب عفونت آزاد می‌شود و در جریان خون به گردش درمی‌آید. در این شرایط این دو آزمون به طور معمول این افزایش در پروتئین را مشخص می‌کنند.

ESR (سرعت ته‌نشین شدن گلبول قرمز): در این آزمایش یک نمونه خون گرفته می‌شود و داخل یک لوله که حاوی مواد شیمیایی است که از لخته شدن خون جلوگیری می‌نماید، قرار می‌گیرد. این لوله به صورت ایستاده قرار داده می‌شود. سلول‌های قرمز خون به تدریج در انتهای لوله ته‌نشین می‌شوند و پلاسما در ابتدای آن باقی می‌ماند. در این آزمایش سرعتی که این سلول‌ها از مایع پلاسما جدا شده و در انتهای لوله ته‌نشین می‌گردند، براساس مقیاس میلی‌متر در ساعت اندازه‌گیری می‌شود. اگر پروتئین خاصی سلول‌های قرمز را پوشانده باشد باعث می‌شود تا سلول‌ها سریع‌تر ته‌نشین شوند؛ بنابراین در انتها ESR بالاتر خواهد بود و نشانه‌ای از وجود عفونت محسوب خواهد گشت. شایان ذکر است که نقطه برش برای تشخیص عفونت در این آزمایش بین ۱۵ تا ۳۰ میلی‌متر در ساعت می‌باشد.

CRP (پروتئین واکنشی C): در این آزمون تنها سطحی از یک

ترتیب ۷۷ و ۳۸۵ می‌باشد که نمره بالاتر به معنای بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. از سوی دیگر، ۲۳ ماده از این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۲۵). بیانی و همکاران پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون بهزیستی روان‌شناختی برابر با ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۲۶).

آزمون پروتئین واکنشی C و آزمون سرعت ته‌نشینی گلبول قرمز

در مطالعه حاضر متغیرهای ایمنی از طریق تهیه نمونه خون از آزمودنی‌ها ارزیابی شدند. همواره ارزیابی این دو متغیر برای مشخص کردن وجود عفونت در بدن و همچنین برای جدا کردن بیماری‌های التهابی از غیرالتهابی می‌باشد. این دو آزمون برای تشخیص و بازبینی فعالیت بیماری‌های مشخصی، مفید به شمار رفته و بیشترین مورد استفاده را دارند. بدین شکل که اگر در یک قسمت از بدن عفونتی وجود داشته باشد، به دنبال آن اغلب

جدول شماره ۱: پروتکل مقابله درمانگری (۲۳)

جلسه	فعالیت
	معرفی خود
	شرح مختصر کلیات جلسات
جلسه اول	تعریف تئیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی، روان‌شناختی و تحول به‌هنگار و نیز تعریف مقابله و راه‌های هشت‌گانه مقابله‌ای. در پایان جلسه از مراجعه‌کنندگان یا بیماران درخواست می‌شود تا برای جلسه بعد مهم‌ترین رویداد تئیدگی‌زای هفته و یا حتی دوران زندگی خود را به همراه اعمال، افکار و احساساتی که تجربه نموده و یا به کار برده‌اند، یادداشت نموده و برای جلسه بعد به همراه بیاورند.
جلسه دوم	هریک از اعضای گروه تئیدگی خود را بیان نموده و اعمال، افکار و احساساتی را که تجربه کرده است بیان می‌کند. سپس تمام اعضای گروه با هدایت روان‌درمانگر می‌کوشند مجدداً به ارزیابی اولیه و ارزیابی دوم بپردازند و واکنش‌های فرد را از نظر درجه سازش یافته بودن بررسی کنند. در برخی از موارد، بهترین کاری که فرد می‌تواند انجام دهد آن است که رو در روی عامل تئیدگی‌زا قرار گرفته و به صورت پرخاشگرانه (و البته محترمانه) احساس و افکار خود را بیان کند. گاهی نیز می‌بایست مسئولیت خود در به وجود آمدن مشکل را به شکلی واقع‌گرایانه ارزیابی کند؛ در حالی که قبلاً کمتر یا بیشتر از واقعیت ارزیابی می‌نموده است. علاوه‌براین، در برخی از موارد فرد نباید به رویدادهای تئیدگی‌زای بسیار کم اهمیت فکر کند (دوری‌جویی). گاهی نیز باید از روش حل منطقی مسئله استفاده کند. گریز-اجتناب که شامل: خوابیدن، گریستن، قهر کردن، پناه بردن به دارو و مواد، خیال‌پردازی و اجتناب از قرار گرفتن در برابر موقعیت‌های تئیدگی‌زا است، معمولاً مورد استقبال قرار نگرفته و به افراد کمک می‌شود تا به عنوان روشی بیماری‌زا از آن اجتناب نمایند؛ مگر آنکه مشکلی غیر قابل کنترل (مانند مرگ یک عزیز) رخ داده باشد که در این صورت برای کوتاه مدت مورد استفاده قرار می‌گیرد و پس از آن فرد می‌بایست روش مقابله‌ای خود را تغییر دهد. در ادامه از افراد خواسته می‌شود تا با توجه به نتایج جلسه، راه‌کارهای جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تری را به کار گیرند، نتایج را یادداشت نموده و برای جلسه بعد به همراه بیاورند.
جلسه سوم	در این جلسه ابتدا هریک از افراد نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده خود را گزارش می‌دهد. اگر مشکل کاهش یافته باشد، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه یافته و راه‌های مقابله‌ای دیگر نیز به کار گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل برسد. گاهی از مراجعه‌کنندگان درخواست می‌شود که در مورد ارزیابی اطرافیان درباره نحوه برخورد وی با رویدادهای تئیدگی‌زا سؤال کنند، آن را یادداشت نمایند و در جلسه بعد به بحث بگذارند. این احتمال وجود دارد که ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده باشد و یا آن‌ها تلاش کرده باشند در جهت حفظ منافع خود، یک ارزیابی غیر واقعی را بیان نمایند. نکته قابل توجه این است که مراجعه‌کننده یا بیمار می‌بایست همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهد.

ادامه جدول شماره ۱.

جلسه چهارم	در این جلسه مجدداً هریک از افراد نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای دیگر به کار گرفته شده خود را گزارش می‌دهد. اگر مشکل کاهش یافته باشد، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه پیدا نموده و راه‌های مقابله‌ای دیگر نیز به کار گرفته می‌شوند تا مشکل به حداقل ممکن خود برسد. اگر مشکل فرد حل شده باشد، آنگاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه نموده است پرداخته می‌شود. مراجعه کنندگان می‌بایست این تنیدگی‌ها را یادداشت نموده و در جلسات بعد همراه خود بیاورند.
جلسه پنجم	در این جلسه هریک از اعضای گروه، دیگر رویداد تنیدگی‌زای هفته و یا حتی دوران زندگی خود و نیز اعمال، افکار و احساساتی را که تجربه کرده است بیان می‌نماید. سپس با هدایت روان‌درمانگر می‌کوشد تا به ارزیابی اولیه و ارزیابی دوم پرداخته و واکنش‌های خود را به لحاظ میزان سازش یافته بودن مورد بررسی قرار دهد. در ادامه از افراد خواسته می‌شود تا با توجه به نتایج جلسه، راه کارهای جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تری را نسبت به این رویداد تنیدگی‌زای خود به کار گرفته و مجدداً نتایج را یادداشت نموده و آن را برای جلسه بعد به همراه بیاورند.
جلسه ششم	در این جلسه ابتدا هریک از افراد نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده خود را گزارش می‌دهد. اگر این مشکل کاهش یافته باشد، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه پیدا کرده و راه‌های مقابله‌ای دیگر نیز به کار گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل ممکن برسد.
جلسه هفتم	فرایند قبلی تا زمانی که اعضای گروه مهارت مقابله‌ای مؤثر بر رویدادهای تنیدگی‌زا را فرا گرفته و بتوانند آن را به کار گیرند، ادامه می‌یابد.
جلسه هشتم	بررسی و بحث درباره نتیجه‌گیری اعضای گروه و ابهام‌زدایی نهایی

ادامه جدول شماره ۲.

جدول شماره ۲: پروتکل درمان شناختی- رفتاری (۲۴)

جلسه	شرح جلسه
اول	<p>موضوع جلسه: آشنایی با اعضا و بیان قواعد جلسات و مشکل اصلی</p> <ul style="list-style-type: none"> آشنایی با هریک از اعضا برقراری ارتباط و ایجاد رابطه مطلوب و اتحاد درمانی بیان مشکلات و اهداف اعضا از شرکت در جلسه درمان ارزیابی متناسب بودن مشکل اعضا با اهداف درمان مشاور بیان قواعد، اهداف و فرایند درمان
دوم	<p>عنوان جلسه: آشنایی با تعریف الگوهای ارتباطی و انواع آن</p> <ul style="list-style-type: none"> تعریف الگوهای ارتباطی آشنایی با انواع الگوهای ارتباطی معایب الگوهای ارتباطی ناسالم شناسایی الگوی ارتباطی سالم ارائه تکلیف
سوم	<p>عنوان جلسه: تأثیر عوامل شناختی بر ایجاد رفتار و هیجانات</p> <ul style="list-style-type: none"> تأثیر افکار بر رفتار و هیجانات A-B-C آشنایی با انواع خطاهای فکری (پیشگویی، ذهن خوانی، بزرگنمایی، برجسب کلی زدن) نحوه زیر سؤال بردن و بررسی اعتبار افکار با استفاده از روش DTR (Daily Thoughts Record)
چهارم	<p>عنوان جلسه: نحوه ایجاد ارتباط سالم با دیگران (مهارت حرف زدن و گوش دادن)</p> <ul style="list-style-type: none"> اصول ارتباط سالم ارکان حرف زدن انواع مهارت گوش دادن
پنجم	<p>عنوان جلسه: بررسی انتظارات و قواعد</p> <ul style="list-style-type: none"> چگونگی شکل‌گیری انتظارات و قواعد فردی بررسی این مهم که این انتظارات به چه دلیل ناکام می‌شوند شناسایی قواعد خود شناسایی معنای نهفته در پشت قواعدتان تجزیه و تحلیل قواعد خود بازنویسی قاعده خود به صورت درخواست جرأت‌مندانه
ششم	<p>موضوع جلسه: مهارت حل تعارض - مذاکره</p> <ul style="list-style-type: none"> بررسی تعارضات اعضا الگوهای تعاملی تعارض موضوعات و عوامل مؤثر بر بروز تعارض آموزش و تمرین مهارت حل تعارض - مذاکره
هفتم	<p>موضوع جلسه: مهارت حل تعارض - مذاکره</p> <ul style="list-style-type: none"> بررسی تعارضات اعضا الگوهای تعاملی تعارض موضوعات و عوامل مؤثر بر بروز تعارض آموزش و تمرین مهارت حل تعارض - مذاکره
هشتم	<p>موضوع جلسه: مهارت حل مسئله - جمع‌بندی</p> <ul style="list-style-type: none"> تأثیر نگرش نسبت به خود بر چگونگی حل مسئله شناسایی فرایند حل مسئله مراحل فرایند حل مسئله عوامل بازدارنده حل مسئله

شرکت کنندگان هر گروه در جدول ۳ نشان داده شده‌اند. در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. باید خاطر نشان ساخت که در این جدول اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش از جمله میانگین و انحراف استاندارد قید گردیده است. در پژوهش حاضر شاخص‌های ایمنی (ESR و CRP) و بهزیستی روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۴ قابل مشاهده می‌باشد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهند که بین روش درمان مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری در دو گروه تفاوت معناداری ($P=0/003$) در دو مرحله آزمایش وجود داشته است. از سوی دیگر، نتایج آزمون‌های اثرات درون‌آزمودنی‌ها (جدول ۵)

پروتئین خاص (پروتئین C) اندازه‌گیری می‌شود. این پروتئین در مقایسه با ESR تحت تأثیر عوامل جانبی کمتری قرار می‌گیرد و به همین دلیل شاخص بهتری برای شناسایی برخی از انواع عفونت‌ها به شمار می‌رود. به منظور تشخیص عفونت از این طریق، میزان پروتئین در خون می‌بایست بین ۱ تا ۳ میلی‌گرم بر لیتر باشد (۲۱). در انتها، داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 تحلیل گردید.

یافته‌ها

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین سنی ۶۰ آزمودنی مورد بررسی در پژوهش حاضر ۳۲ سال و ۸ ماه و انحراف استاندارد آن ۶ سال و ۱ ماه بود. این افراد در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۹ سال قرار داشتند. این ویژگی‌ها به تفکیک

جدول شماره ۳: نحوه توزیع سنی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایشی (N=60)

گروه	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	نمونه
مقابله درمانگری	۲۵	۴۸	۳۳/۰۶	۷/۵۳	۲۰
درمان شناختی- رفتاری	۲۶	۴۸	۳۲/۵۰	۶/۳۴	۲۰
گواه	۲۶	۴۹	۳۳	۴/۴۹	۲۰
کل	۲۵	۴۹	۳۲/۸۵	۶/۱۲	۶۰

جدول شماره ۴: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیمایی	تعداد	متغیر	گروه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
۲۰	۷۹/۷۷	۳/۵۱	۱۰۵/۸۵	۴/۵۲	۱۰۶/۱۸	۴/۴۱	بهزیستی روانی	مقابله درمانگری
۲۰	۱۴/۴۵	۱/۳۱	۱۱/۷۵	۱/۱۷	۱۰/۵۵	۱/۲۷	ESR	
۲۰	۰/۳۵	۰/۰۳۸	۰/۱۶۶	۰/۰۲۹	۰/۱۷۲	۰/۰۳۱	CRP	
۲۰	۸۲/۹۱	۴/۸۷	۱۰۹/۶۷	۵/۸۸	۱۱۰/۱۵	۵/۴۶	بهزیستی روانی	درمان شناختی- رفتاری
۲۰	۱۲/۲۳	۲/۰۴	۸/۴۱	۱/۲۹	۱۴/۳۶	۱/۲۳	ESR	
۲۰	۰/۳۰۶	۰/۰۵۶	۰/۱۵۵	۰/۰۱۸	۰/۲۹۷	۰/۰۵۴	CRP	
۲۰	۸۰/۰۲	۵/۴۷	۷۹/۳	۴/۵۷	۷۸/۰۸	۴/۱۴	بهزیستی روانی	گروه گواه
۲۰	۱۳/۷۵	۱/۷۹	۱۴/۷۴	۱/۳۱	۸/۲۴	۰/۹۹۱	ESR	
۲۰	۰/۲۹۲	۰/۰۵۱	۰/۳۲۸	۰/۰۴۱	۰/۱۵۵	۰/۰۱۹۷	CRP	

جدول شماره ۵: آزمون بررسی اثرات درون‌آزمودنی بر گروه گواه و گروه‌های آزمایشی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
زمان * گروه	ESR	۱/۰۶۲	۲	۰/۵۳۱	۱/۵۷	۰/۲۱۸	۰/۰۵۶
	CPR	۰/۰۱۳	۲	۰/۰۰۶	۸/۸۱۷	۰/۰۰۳	۰/۲۴۵
	بهزیستی روان‌شناختی	۳۵/۳۰۷	۲	۱۷/۶۵	۱/۱۲۱	۰/۳۳۴	۰/۰۴۱

جدول شماره ۶: نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه اثربخشی مداخلات انجام‌شده بر متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	زمان	F	درجه آزادی (۱)	درجه آزادی (۲)	سطح معناداری
ESR	پس‌آزمون	۰/۸۶۴	۲	۵۷	۰/۴۲۷
	پیگیری	۰/۸۴۴	۲	۵۷	۰/۴۳۵
CPR	پس‌آزمون	۳/۰۸۳	۲	۵۷	۰/۰۵۴
	پیگیری	۳/۵۴۷	۲	۵۷	۰/۰۵۳
بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	۲/۱۵۸	۲	۵۷	۰/۱۲۵
	پیگیری	۰/۳۲۰	۲	۵۷	۰/۷۲۸

اثربخشی این روش مداخلاتی بر زندگی روان‌شناختی و جسمانی این بیماران دارد.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با مقایسه اثربخشی مقابله درمان‌گری درمان شناختی- رفتاری بر ایمنی شناختی ($P < 0/05$) و بهزیستی روانی ($P < 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. براساس نتایج به دست آمده، مقابله درمان‌گری و درمان شناختی- رفتاری بر ایمنی شناختی (ESR و CRP) و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثرگذار می‌باشد. نتایج مربوط به این فرضیه با نتایج پژوهش‌های Herschbach و همکاران (۱۵)، Conceição و همکاران (۱۶)، Carandang و همکاران (۱۷)، Sharpe (۱۸) و Kang و همکاران (۱۹) همسو بود. در تبیین مقایسه اثربخشی مقابله درمان‌گری و درمان شناختی- رفتاری بر شاخص‌های ایمنی (ESR و CRP) و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌توان گفت که یکی از علائم تشدید نشانه‌های جسمانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، تجربه علائم روانی اضطراب و استرس شدید و در پی آن فشار روانی زیاد می‌باشد؛ به طوری که می‌توان گفت کاهش علائم جسمانی منجر به کاهش اضطراب و استرس در این بیماران شده است. در این میان، یکی از روش‌های کاهش استرس شناخته شده در مطالعات روان‌شناختی، مقابله درمان‌گری می‌باشد (۲۰).

با توجه به اینکه بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به عنوان واکنش‌های عاطفی و شناختی نسبت به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع تعریف کرد (۲۵)، اساساً افراد با احساس بهزیستی بالا، به طور عمده

حاکمی از آن هستند که اثر تعاملی زمان * روش درمان در سطح خطای ۰/۰۵ تنها برای متغیر CPR معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر، روش آموزش توانسته است تغییراتی در میزان هر سه متغیر مذکور در دو گروه ایجاد کند. با این وجود، تغییراتی در دو گروه مورد بررسی در متغیرهای ESR و بهزیستی روان‌شناختی نسبت به یکدیگر مشاهده نشد. به عبارت دیگر، تفاوتی در این دو شاخص بین دو گروه آموزشی وجود نداشت.

نتایج آزمون تعقیبی (جدول ۶) جهت سنجش مقایسه اثربخشی مداخلات انجام‌شده بر متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری را برای فرضیه اول پژوهش نشان می‌دهند. بر مبنای این نتایج بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون بهزیستی روانی، در مرحله پیگیری پس‌آزمون ESR، در مرحله پیگیری و در نهایت پس‌آزمون CRP و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مقابله درمان‌گری و درمان شناختی- رفتاری در شاخص‌های ایمنی شناختی و بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در بیمارستان "امام خمینی" تهران بود. نتایج حاکی از آن هستند که این مطالعه در دستیابی به اهداف خود مبنی بر سلامت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موفق بوده است. در این مطالعه اثربخشی روش مقابله درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای وابسته در نمونه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد تأیید قرار گرفت. کاهش در شاخص‌های ایمنی و همچنین افزایش در بهزیستی روانی در گروه آزمایش پس از آموزش نشان از

شرایط اقتصادی افراد حاضر در پژوهش و نیز عدم کنترل اثر درمان و استفاده از دارو به منظور درمان آرتریت روماتوئید اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات خود به بررسی عوامل هیجانی در تبیین اثرات روان‌شناختی این بیماری بپردازند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی برنامه مداخلاتی مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری در شاخص‌های ایمنی‌شناسی و همچنین بهزیستی روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به نظر می‌رسد که از این روش‌های درمانی می‌توان به عنوان درمان مکمل برای این بیماران استفاده کرد. همچنین با شناسایی بیمارانی که شاخص‌های ابتلا به این بیماری را دارند و ارائه روش مقابله درمانگری و درمان شناختی- رفتاری برای بهبود سطح زندگی روانی آن‌ها می‌توان از بروز این بیماری پیشگیری نمود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که صمیمانه با پژوهشگران همکاری نمودند و همچنین از مدیریت و همکاران بیمارستان "امام خمینی" تهران تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین پژوهشگران در این طرح پژوهشی وجود ندارد. این مقاله برگرفته از رساله دکتری انجام‌شده در دانشگاه آزاد (با شماره IR.IAU.TMU.REC1397.315) می‌باشد.

هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. این در حالی است که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌نمایند (۲۵). از سوی دیگر، در درمان شناختی- رفتاری اعتقاد بر این است که مشکلات افراد مربوط به تحریفات و نقص‌های شناختی هستند و مداخلاتی که تحریفات شناختی را مورد هدف قرار می‌دهند، بر افزایش آگاهی افراد از شناخت‌های غیر منطقی و بدکنشی باورها و طرحواره‌ها تمرکز نموده و بر تسهیل درک آن‌ها از تأثیر این موارد بر رفتار و هیجانات تأکید دارند (۲۴). در این روش درمانی با تمرکز بر افکار ناکارآمد که دلیل اولیه استرس و افسردگی شناخته می‌شود و تعدیل این افکار از طریق تخلیه هیجانی و یا شناخت بیشتر هیجانات و کنترل بر آن‌ها فشار روانی کاهش می‌یابد (۲۷). در حقیقت این روش درمانی باور دارد در صورتی که بتوانیم به شکلی صحیح افکار ناکارآمد بیماران را به جدال بطلبیم، از طریق کاهش تأثیر این افکار می‌توانیم میزان استرس، اضطراب و فشار روانی را در آن‌ها کاهش دهیم و باعث بهبود سلامت روانی این بیماران شویم. از سوی دیگر با توجه به رابطه نزدیک و تأثیرگذاری که استرس و اضطراب بر علائم جسمانی در این بیماری دارد، انتظار می‌رود کاهش فشار روانی و افزایش بهزیستی روانی بر تعدیل علائم جسمانی این بیماری اثرگذار باشد؛ همان‌گونه که در پژوهش حاضر نیز بر آن تأکید شده است. در انتها در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم کنترل وضعیت تأهل و

References:

1. Parvaneh S, Javadi Far SM, Peymani M. Medical pathology of rheumatoid arthritis. The 3rd International Conference on Modern Finding in Sciences and Technology, Qom, Iran; 2016. (In Persian) [Link](#)
2. Akbarian M. Rheumatoid disease. Tehran: University of Tehran; 2019. (In Persian) [Link](#)
3. Jahanbakhshian N. A study on the effectiveness of caregivers' group supportive-training intervention on the mental health of MS patients. Razi J Med Sci 2016;23(144):19-29. (In Persian) [Link](#)
4. Monjamed Z, Razavian F. The impact of signs and symptoms on the quality of life in patients with rheumatoid arthritis referred to the hospitals of Tehran university of medical sciences in year 2005. Qom Univ Med Sci J 2007;1(1):27-35. (In Persian) [Link](#)

5. Agha Yousefi AR, Sharif N. Personal well-being, stress and stress symptoms in Iranian martyrs, prisoners of wars and disabled veterans. *Iran J Psychiatry* 2010;5(1):28-34. [PMID: 22952487](#)
6. Ryff CD, Singer BH, Diener E, Layard R, Dornes D, Frey P, et al. Positive health: connecting well-being with biology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;359(1449):1383-94. [PMID: 15347530](#)
7. Abbas AK, Lichtman AH, Pillai S. Cellular and molecular immunology e-book. 9th ed. Amsterdam, Netherlands: Elsevier Health Sciences; 2017. P. 179-207. [Link](#)
8. Haljin PR, Vitborn SK. Psychopathology: clinical viewpoints about psychological disorders. Trans: Mohammadi YS. 1st ed. Tehran: Nashre Ravan; 2004. (In Persian) [Link](#)
9. Abidrahmani A, Ghorbanshiroudi S, Kalatbari J, Hajiabbasi A. Survey of depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis. *J Guilan Univ Med Sci* 2013;22(85):15-22. (In Persian) [Link](#)
10. Johnston MC, Porteous T, Crilly M, Burton CD, Elliott A, Iversen L, et al. Physical disease and resilient outcomes: a systematic review of resilience definitions and study methods. *Psychosomatics* 2015;56(2):168-80. [PMID: 25620566](#)
11. Forousesh YF, Azad FP, Najafizadeh S. Activity of the brain/behavioral systems and introversion/extraversion in women with rheumatoid arthritis. *J Psychol* 2001;24(6):375-91. (In Persian) [Link](#)
12. Nazemi Ardakani F, Bahrami Ehsan H, Alipour A, Bayat N. Effectiveness of cognitive behavioral stress management intervention on psychological and immune factors in patients with Rheumatoid Arthritis referred to the rheumatology clinics of Baghiat Allah hospital. *J Mil Psychol* 2015;6(22):55-65. (In Persian) [Link](#)
13. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: biopsychosocial interactions. New Jersey: John Wiley & Sons; 2014. [Link](#)
14. Barsky AJ, Alern DK, Orav EJ, Nestoriuc Y, Liag MH, Berman IT, et al. A randomized trial of three psychosocial treatments for the symptoms of rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheumatol* 2010;40(3):222-32. [PMID: 20621334](#)
15. Herschbach P, Berg P, Waadt S, Duran G, Engst-Hastreiter U, Henrich G. Group of dysfunctional fear of progression in patients with chronic arthritis or cancer. *Psychother Psychosom* 2010;79(4):31-8. [PMID: 19887889](#)
16. Conceição CT, Meinão IM, Bombana JA, Sato EI. Psychoanalytic psychotherapy improves quality of life, depression, anxiety and coping in patients with systemic lupus erythematosus: a controlled randomized clinical trial. *Adv Rheumatol* 2019;59(1):4-15. [PMID: 30670099](#)
17. Carandang K, Elizabeth AP, Cheryl LP. Systematic review of educational interventions for rheumatoid arthritis. *Am J Occup Ther* 2016;70(6):7006290020p1-12. [PMID: 27767950](#)
18. Sharpe L. Psychosocial management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions. *J Pain Res* 2016;9(3):137-49. [PMID: 27042139](#)
19. Kang S, Nakanishi Y, Kioi Y, Okuzaki D, Kimura T, Takamatsu H, et al. Semaphorin 6D reverse signaling controls macrophage lipid metabolism and anti-inflammatory polarization. *Nature Immunol* 2018;19(6):561-70. [PMID: 29777213](#)
20. Speara C. A review of the relationship among parenting practices parenting styles and adolescent school achievement. *Educ Psychol Rev* 2005;17(2):125-46. [Link](#)
21. Memon AA, Sundquist K, Ahmad A, Wang X, Hedelius A, Sundquist J. Role of IL-8, CRP and epidermal growth factor in depression and anxiety patients treated with mindfulness-based therapy or cognitive behavioral therapy in primary health care. *Psychiatry Res* 2017;25(4):311-6. [PMID: 28501736](#)
22. Biabangard A. Research methods in educational psychology and education. Tehran: Publication of the Era; 2016. P. 174-8. [Link](#)
23. Dadsetan P, Ezhehei J, Mansour M, Agha YA. The interaction between personality factors and the coping therapy in depressed students. *J Psychol* 2001;4(4):347-70. (In Persian) [Link](#)
24. McMullin RE. The new handbook of cognitive therapy techniques. New York: WW Norton & Company; 2000. [Link](#)

25. Karademas EC, Eirini B, Georgios M. Positive and negative affect and well-being in cardiac patients and their spouses: the mediating role of illness representations. *Psychol Health* 2019;34(3):289-305. [PMID: 30588842](#)
26. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;14(2):146-51. (In Persian) [Link](#)
27. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied multivariate research: design and interpretation*. California: Sage Publications; 2016. P. 318. [Link](#)