پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال بیست و یکم، شماره ۳، پی‌درپی ۱۱۱، صفحات ۱۲۲ تا ۱۲۹
مرداد و شهریور ۱۳۹۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۲

بررسی اثر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

*غزاله سلطانیان[۱]، دکتر محمود نجفی[*۲]، دکتر پروین رفیعی نیا[۳]، دکتر زهرا میرفیضی[۴]*

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان ،سمنان، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۴. استادیار، بخش داخلی بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش شبه آزمایشی، متشکل از ۲۰ زن مبتلا به آرتریت روماتوئید، که به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند، انجام گرفت. هر دو گروه قبل از شروع جلسات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) را در یک جلسه تکمیل نمودند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت نمودند. در انتها مجدداً هر دو گروه پرسشنامه فوق را تکمیل نمودند. همچنین به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که گروه درمانی- شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی- رفتاری می تواند بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، کیفیت زندگی، آرتریت روماتوئید

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Soltanian G, Najafi M, Rafienia P, Mirfeizi Z. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Pejouhandeh 2016;21(3):122-129.

مقدمه

آرتریت روماتوئید یک بیماری خودایمنی پیشرونده با علایم بالینی متغیر است که با دوره‌های التهاب در سینوویوم شروع شده و باعث ضخیم شدن و ایجاد اِدِم در آن می‌شود. التهاب سینوویال ایجاد شده در مفصل یا مفاصل، باعث تورم، حساس شدن و سفت شدن آنها می‌شود که می‌تواند همراه با خستگی، کاهش وزن، اضطراب و افسردگی باشد. این بیماری می‌تواند یک علت اصلی ناتوانی، ابتلا و مرگ و میر باشد (۱). Smeltzer و Bare بیان می‌کنند میزان شیوع آرتریت روماتوئید تقریبا ۳٪ است که شیوع آن در زنان ۳-۲ برابر بیش از مردان است (۲). این بیماری به دلیل ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده‌ی آن، می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا داشته باشد (۴،۳). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از درک افراد از موقعیتشان در زندگی در زمینه‌ی فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و با درک آنها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علایقشان در ارتباط است (۵). طبق تحقیقاتی که در کشورهای اروپایی و آمریکایی انجام شده، کیفیت زندگی این بیماران، نامطلوب بوده به گونه‌ای که برنامه‌های توان‌بخشی و پیگیری درمان را با اشکال مواجه ساخته است. این بیماری بر تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا اثر می‌گذارد و آنان را با مشکلات متعددی روبرو می‌سازد (۷،۶).

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است (۸)؛ در نتیجه روانشناسان به طور فزاینده‌ای به ارزیابی و درمان

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر محمود نجفی؛ استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛ پست الکترونیک: m_najafi@semnan.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مشغول هستند. تلاش‌های پژوهشی آنها در ۳ حوزه‌ی عمده متمرکز می‌شود :۱) شخصیت و ویژگی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، ۲) نقش استرس در پیدایش و علت‌شناسی بیماری آرتریت روماتوئید و ۳) اثربخشی افزودن درمان‌های روانشناختی برای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (۹). از بین درمان‌های روانشناختی موجود، درمان شناختی- رفتاری رشد و توسعه جدیدی در درمان روانشناختی به شمار می‌آید که در مدت زمان اندکی توانسته است توجه بسیاری از متخصصان بالینی را به خود معطوف سازد (۱۰). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن بوده که درمان شناختی رفتاری و شاخه‌های درمانی منشعب از آن می‌توانند در بهبود کیفیت زندگی و حالات خلقی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر باشند (۱۷-۱۱). درمان شناختی- رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار انسان، طرز تفکر او درباره خود و نقش خود در جهان است. از این نظریه برای اصلاح تحریف شناختی و رفتارهای خودآزارگرانه ناشی از آنها کمک گرفته می‌شود (۱۸). آنچه که مداخلات شناختی- رفتاری را به عنوان راه حلی بدیع مطرح می‌کند، در چند مقوله قابل بیان است. نخست آن که این نوع مداخلات از پیچیدگی کمتری در قیاس با بسیاری از شیوه‌های درمانی برخوردار است که این امر اجرای آن را برای بیمارانی ساده می‌کند که از بیماری‌های مزمن دردآور، رنج می‌برند. دوم آن که این نوع مداخلات در محدوده‌ی زمانی کوتاه‌تری قابل اجرا است (۱۹). سوم آن که این مداخلات سبک تفکر و رفتار سالم را در قالب برنامه‌های نظام‌دار شناختی و رفتاری در زندگی این بیماران شکل می‌دهد. این نکته محرز است که سبک زندگی این بیماران به جهت مواجهه با یک مسأله‌ی مزمن و پیامدهای آن مختل می‌شود و از این رو تجربه‌ی تنیدگی‌ها و پریشانی‌های روزمره در این گروه از بیماران بسیار شایع است. بنابراین استفاده از روشی که به عنوان مثال قابلیت‌های حل مسأله و راهبردهای مقابله‌ای را در زندگی این افراد تسری دهد، بسیار قابل توجه و مهم است (۲۰) . بسیاری از مطالعات بر تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کیفیت زندگی بیماری‌های مزمن صحه گذاشته‌اند (۲۲،۲۱،۱۴،۱۱).

با توجه به نقش مهم عوامل روانشناختی در تداوم آرتریت روماتوئید، یافتن درمانی مناسب که بتواند به ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روانی این بیماران کمک کند و علایم بیماری آنها را بهبود بخشد از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین اثر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر جزو دسته پژوهش‌های کاربردی و از نوع شبه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل بیماران زن آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام رضا در شهر مشهد در تابستان ۱۳۹۲ بوده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند بوده و حجم نمونه در این پژوهش برای گروه آزمایشی ۱۰ نفر و برای گروه کنترل نیز ۱۰ نفر بود که این تعداد براساس امکانات تیم تحقیق انتخاب شدند و براساس همکاری داوطلبانه‌ی بیماران بوده است. ملاک‌های ورود شامل: ۱- جنسیت زن (با توجه به این که شیوع آرتریت روماتوئید در زنان ۳ برابر بیش از مردان است، جنسیت کنترل می‌شود)، ۲- سن و سطح تحصیلات: سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۵ سال و تحصیلات حداقل دیپلم (به منظور درک مفاهیم شناختی- رفتاری)، ۳- قطعی بودن تشخیص آرتریت روماتوئید در سطح شدید توسط پزشک متخصص، ۴- حداقل سپری شدن دو سال از تشخیص بیماری (طبق نظر پزشک متخصص پس از گذشت حداقل دو سال، علایم بیماری مانند بدشکلی و تغییر شکل مفاصل مشهود است)، ۵- قبل از ابتلا به آرتریت روماتوئید، عدم وجود مشکلات روانی شناخته شده از جمله افسردگی در سابقه بیمار و یا عدم درمان با داروهای روان‌گردان، ۶- قبل از ابتلا به آرتریت روماتوئید، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و پرخطر نظیر سرطان، مولتیپل اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی از جمله بیماری انسداد مزمن ریوی، آسم، نارسایی کلیه، نارسایی احتقانی قلب، دیابت و قطع نخاع. معیارهای خروج به قرار ذیل بود: ۱- مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۲- زنان کمتر از ۲۰ سال و یا بالای ۴۵ سال، ۳- زنانی که تشخیص بیماری آنها کمتر از دو سال باشد، ۴- ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر در کنار ابتلا به آرتریت روماتوئید، ۵- عدم توانایی برای همکاری با گروه.

ابتدا فراخوانی جهت شرکت بیماران آرتریت روماتوئید متقاضی در گروه درمانی شناختی- رفتاری در درمانگاه بیمارستان امام رضای مشهد، بخش روماتولوژی اعلام گردید. سپس لیستی از بیمارانی که علاقمند به همکاری در پژوهش بودند تهیه شد. پس از گمارش تصادفی افراد واجد شرایط در دو گروه آزمایش و کنترل، از آنها پیش‌آزمون گرفته شد. پس

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

از گرفتن پیش‌آزمون از تمام آزمودنی‌ها، براساس توافق، زمان‌بندی تشکیل جلسات مشخص گردید. جلسات هفته‌ای یک بار به مدت ۹۰ دقیقه در مکان دبیرستان غیردولتی علامه طباطبایی در ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر مشهد، در اتاق سمینار، که دارای تعداد کافی صندلی راحتی، یک میز کوچک، تخته سفید، ویدیو پروژکتور و کامپیوتر بود، برگزار گردید. پژوهشگر به‌عنوان رهبر گروه حضور می‌یافت و براساس دستورالعمل جلسات، گروه را هدایت می‌کرد. ابتدا در جلسه‌ای قبل از تشکیل رسمی گروه درمانی، پژوهشگر شرح حال مختصری از اعضا به‌دست آورد و پیش آزمون اجرا شد. بسته‌ی درمانی مورد استفاده در پژوهش برگرفته از تکالیف شناختی کتاب راهنمای عملی گروه درمانی شناختی مایکل فری (۲۳) و تکالیف شناختی- رفتاری کتاب رفتاردرمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی) هاوتون و سالکووزکیس (۱۰) بود. بسته‌ی درمانی شامل هشت جلسه بود که در ادامه به اختصار توضیح داده می‌شود.

در جلسه‌ی اول، پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف تحقیق، قوانین گروه را توضیح داد. سپس از اعضای گروه خواسته شد که به معرفی خود بپردازند. پژوهشگر از اعضا خواست که انتظارات خود را از گروه بیان کنند، در ضمن تعهد دهند که رازدار باشند و تمام تلاش خود را برای پیشبرد اهداف گروه انجام دهند. در این جلسه در رابطه با بیماری آرتریت روماتوئید، علایم آن و مشکلات روانشناختی که برای مبتلایان به این بیماری پیش می‌آید توضیح داده شد و لزوم استفاده از درمان‌های روانشناختی که درمان شناختی- رفتاری جزو آنهاست، برای مبتلایان به آرتریت روماتوئید توضیح داده شد.

در جلسه‌ی دوم، در ابتدا پژوهشگر در خصوص مدل درمان شناختی- رفتاری توضیحاتی ارایه کرد. پس از توضیح کوتاهی در رابطه با باورها (طرحواره‌ها) و ارزش‌های مطلق به اعضا، از آنها خواسته شد که در گروه این باورها و ارزش‌های مطلق را بیان کنند و در مورد علت مشکل‌سازی آنها به بحث بپردازند. پس از آن تمرین آرمیدگی با اعضا صورت گرفت و در مورد شیوه‌های آرام سازی و مزایای آنها توضیح داده شد. سپس به اعضا در رابطه با شناسایی باورها و سنجش ارزشمندی آنها و انجام تمرین آرام‌سازی تکلیفی ارایه شد. همچنین DVD های صوتی relaxation به منظور اجرای صحیح آرام سازی به اعضا داده شد.

در جلسه‌ی سوم، ابتدا پژوهشگر به بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل پرداخت و به سؤالات اعضا در مورد مسایل جلسه‌ی پیش پاسخ داد. سپس در مورد تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی توضیح داده شد. پس از آن در رابطه با چهار سبک تفکر توأم با خطا که شامل افکار خودآیند، باورهای مرکزی منفی (طرحواره‌ها)، مثلث شناختی و خطاهای منطقی هستند، توضیحات کاملی داده شد. سپس به اعضا در رابطه با شناسایی افکار، خطاهای منطقی و باورهای مرکزی تکالیفی ارایه شد.

در جلسه‌ی چهارم، پس از بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل و پاسخگویی به سؤالات، به توضیح ارتباط افکار، باورها و رفتار و همچنین پیامد رفتاری ناشی از باورها پرداخته شد. در انتها در رابطه با القای فکر و بررسی رفتارهای ایجاد شده به اعضا، تکالیفی داده شد.

در جلسه‌ی پنجم، پس از بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل و مروری اجمالی بر جلسات پیشین، در رابطه با اینکه هر فکر خودآیند در چه موقعیتی به وجود می‌آید و به دنبال آن چه هیجاناتی ایجاد می‌شوند بحث شد (مدل ABC). همچنین به بررسی این‌که هر فکر خودآیند چه معنایی دارد و چرا ناراحت‌کننده است پرداخته شد. سپس به تمرین کنترل یک احساس مثلاً خشم براساس مدل ABC پرداخته شد. در انتها تکالیف جلسه‌ی بعد به اعضا داده شد.

در جلسه‌ی ششم، ابتدا پژوهشگر به بررسی تکالیف جلسه‌ی پیش پرداخت. سپس در مورد تغییر باورها و ارتباط آن با هیجانات توضیحاتی ارایه شد. اعضا با تحلیل عینی باورها که براساس شواهد و بدون توجه به احساسات است آشنا شدند. سپس چگونگی تحلیل منطقی رفتارها و تعریف باورها به صورت عینی و واضح به اعضا آموزش داده شد. در انتها تکالیف مربوط به جلسه‌ی بعد به اعضا ارایه شد.

در جلسه‌ی هفتم، پس از بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل، اعضا با تغییر رفتار و تمرین آن، راه‌هایی برای پایداری تغییرات مانند تنبیه خود، خودپاداش‌دهی، استفاده از خیال پردازی، شبیه‌سازی موقعیت‌های واقعی و ... آشنا شدند. همچنین در رابطه با تقویت افکار مثبت در گروه بحث شد. در انتها تکلیف جلسه‌ی آینده ارایه گردید.

در جلسه‌ی هشتم، پس از بررسی تکالیف و پاسخگویی به سؤالات اعضا، در رابطه با آن‌چه در جلسات گذشته مطرح شد جمع‌بندی و نتیجه‌گیری صورت گرفت. تمام اعضا نظرات و احساسات خود را در رابطه با فرآیند گروه‌درمانی بیان کردند. موضوعات جلسات گذشته مورد بازبینی قرار گرفت. یک هفته پس از اتمام گروه درمانی، در جلسه‌ای جداگانه از اعضا پس‌آزمون گرفته شد.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بود. این پرسشنامه دارای ۲۶ پرسش است و چهار بعد سلامت بدنی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. هر یک از این ابعاد به ترتیب دارای هفت، شش، سه و هشت پرسش هستند. دو پرسش اول، وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به طور کلی ارزیابی می‌کنند. به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری سؤال‌های ۳، ۴ و ۲۶ به طور معکوس انجام می‌شود (۲۵،۲۴). پایایی این پرسشنامه یا شاخص همبستگی درون شاخه‌ای در زمینه‌ی سلامت روانی، سلامت بدنی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آمده است. شاخص همسانی سازگاری درونی بین چهار زمینه‌ی یاد شده در بالا، در گروه بیماران، ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۴).

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از نرم افزار آماری SPSS۱۸ استفاده شد. در محاسبات آماری از آزمون‌های آماری تی مستقل و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن گروه تجربی ۳۱/۴ سال با انحراف معیار ۴/۸ سال (حداقل ۲۵ و حداکثر ۴۰ سال) و گروه گواه ۳۱/۸ سال با انحراف معیار ۴/۶ سال (حداقل ۲۶ و حداکثر ۳۹ سال) بود. میانگین طول مدت بیماری در گروه تجربی ۳/۵ با انحراف معیار ۱/۶ سال (حداقل ۲ و حداکثر ۶ سال) و گروه گواه ۳/۷ با انحراف معیار ۱/۲ سال (حداقل ۲ و حداکثر ۶ سال) بود. اختلاف دو گروه از نظر میانگین سنی و طول مدت بیماری معنی‌دار نبود.

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط زندگی) در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل.

کیفیت زندگی		میانگین		انحراف استاندارد		کمینه		بیشینه	
ابعاد	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
جسمانی	آزمایش	۲۱/۱۰	۲۴/۲۰	۳/۶۰	۳/۴۲	۱۶	۱۹	۲۷	۲۹
	کنترل	۱۸/۹۰	۱۸/۳۰	۲/۶۴	۲/۹۰	۱۶	۱۴	۲۴	۲۳
روانشناختی	آزمایش	۲۰	۲۲/۹۰	۲/۰۵	۲/۶۴	۱۷	۱۸	۲۴	۲۸
	کنترل	۱۸/۷۰	۱۸/۴۰	۲/۶۲	۲/۲۱	۱۶	۱۴	۲۴	۲۲
اجتماعی	آزمایش	۱۰/۵۰	۱۲	۲/۰۶	۱/۹۴	۵	۸	۱۲	۱۵
	کنترل	۹/۱۰	۸/۹۰	۲/۲۳	۱/۵۹	۵	۷	۱۲	۱۲
محیط زندگی	آزمایش	۲۶/۱۰	۲۹/۲۰	۲/۰۲	۲/۴۸	۲۳	۲۵	۳۰	۳۳
	کنترل	۲۵/۵۰	۲۵/۲۰	۱/۷۷	۲/۰۶	۲۳	۲۲	۲۸	۲۷

به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید، ابتدا پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بررسی گردید که در جدول ام باکس با توجه به مقدار F و سطح معناداری آن (P>۰/۹۵۶ و F=۰/۳۸۰)، پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون لون، شرط همگنی واریانس خطا برای تمامی متغیرها نیز برقرار است (برای متغیر وضعیت جسمانی P>۰/۵۴۷ و F=۰/۳۷۶؛ برای متغیر وضعیت روانشناختی P>۰/۹۵۶ و F=۰/۰۰۳؛ برای متغیر روابط اجتماعی P>۰/۸۷۰ و F=۰/۰۲۸؛ برای متغیر محیط زندگی P>۰/۶۶۳ و F=۰/۱۹۷). لذا با توجه به تأیید پیش‌فرض‌های مذکور، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده نمود. همچنین پس از بررسی این مفروضات، به منظور مقایسه‌ی نمرات چهار متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج مربوط به اثر پیلایی و لامبدای ویلکز و تی‌هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی در جدول شماره ۲ آمده است. با توجه به داده های جدول ۲، تفاوت دو گروه در متغیرهای مورد بررسی، معنادار است (P<۰/۰۰۱ و F=۳۲/۰۵۴). توان آماری نیز ۱ است که نشان‌دهنده‌ی کفایت حجم نمونه است. در ادامه، برای بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره با حذف اثر پیش‌آزمون استفاده شد که یافته‌های حاصل از این تحلیل در جدول شماره ۳ ارایه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهند با کنترل پیش‌آزمون، از بین متغیرهای پژوهش، در پس‌آزمون تمام متغیرها معنادار هستند. در نتیجه می‌توان گفت که متغیر مستقل باعث ایجاد تفاوت در این مقیاس‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است که در جهت تأیید یافته‌های جدول ۳، نتایج این جدول با نتایج جدول شماره ۱ که اختلاف

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

میانگین‌های به‌دست آمده از متغیر کیفیت زندگی دو گروه، در پس‌آزمون را نشان می‌دهد، همخوان است. لذا فرضیه‌ی محقق پیرامون تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید در مقایسه با گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرده بودند، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۲. تحلیل کوواریانس چند متغیره به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل.

	نوع اثر	مقدار	مقدار F	سطح معناداری	نیست مجذور اتا	توان
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۲۱	۳۲/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱	۱
	اثر لامبدای ویلکز	۰/۰۷۹	۳۲/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱	۱
	اثر تی هاتلینگ	۱۱/۶۵۶	۳۲/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۱/۶۵۶	۳۲/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱	۱

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره پرسشنامه کیفیت زندگی.

	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	وضعیت جسمانی	۷۴/۴۹۰	۱	۷۴/۴۹۰	۱۱/۸۱۸	۰/۰۰۴	۰/۴۵۸
	وضعیت روان‌شناختی	۱۰۸/۰۲۹	۱	۱۰۸/۰۲۹	۲۶/۸۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
	روابط اجتماعی	۲۱/۸۱۰	۱	۲۱/۸۱۰	۲۷/۰۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹
	محیط زندگی	۱۱۰/۰۷۷	۱	۱۱۰/۰۷۷	۶۸/۸۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. در این پژوهش فرضیه‌ی مطرح شده این بود که گروه درمانی شناختی- رفتاری باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌شود. یافته‌ها نشان دادند که برگزاری جلسات درمان شناختی- رفتاری گروهی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثر مثبتی داشته باشد که نتیجه‌ی حاصل از این پژوهش با یافته‌های شیگاکی و همکاران (۲۶)، اوسبورن و همکاران (۲۷)، رهسه و پوکراپ (۲۸)، کهرازئی و همکاران (۲۹)، لطفی کاشانی و همکاران (۳۰) و خیام نکویی و همکاران (۳۱) همسو است. سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی، موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پزشک و متصدیان خدمات بهداشتی می‌گردد. همین مسأله باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود و آشنایی آنان با شرایط سلامتی‌شان و با مزایا و معایب درمان‌های مختلف می‌شود و به پررنگ‌تر کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می‌انجامد. از طرفی دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی، می‌تواند در ارتقای برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توان‌بخشی نیز مؤثر واقع شود. بیماری‌های مزمن باعث تغییرات نامناسبی در کیفیت زندگی می‌شوند. آرتریت روماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانایی‌ها به‌ویژه در بزرگسالی است و کیفیت زندگی آنان را مختل می‌کند. براساس تحقیق اینسراپ و همکاران (۳۲)، کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید در کلیه حیطه‌ها به طور نسبی پایین تا متوسط بود. در حال حاضر افزایش علاقه به ارزیابی کیفیت زندگی، به خصوص در بیماری‌های مزمن و بالقوه ناتوان‌کننده همچون آرتریت روماتوئید، به چشم می‌خورد. ابعادی که در روماتولوژی بیشتر مورد مطالعه‌ی قرار گرفته است شامل ابعاد جسمی، اجتماعی، روان‌شناختی و رضایتمندی شغلی بوده است. کیفیت زندگی ترکیب پیچیده‌ای از رضایتمندی در این چهاربعد است (۶). مطالعات انجام شده در بیماران دچار آرتریت روماتوئید نشان می‌دهد که شدت علایم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. بیماری آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن است که موجب اختلال در فعالیت‌های عادی روزانه می‌شود و اغلب با درجات متفاوتی از ناتوانی همراه است که بر کیفیت زندگی و ابعاد آن تأثیر نامطلوب می‌گذارد (۳۳). آرتریت روماتوئید ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روان شناختی برای آنها می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل خشم و احساس گناه، استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران مشاهده می‌شود. بسیاری از بیماران آرتریت روماتوئید که مشغول به کار هستند، کار خود را از دست می‌دهند و بسیاری دچار افسردگی می‌شوند. وقتی راجع به اندازه‌گیری کیفیت زندگی

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

در بیماران دچار آرتریت روماتوئید بحث می‌کنیم، باید توجه داشته باشیم که بخشی از این بحث مربوط به مسایل و مشکلات روانی و اجتماعی این بیماران، خانواده‌های آنها است و در صورتی که بیمار دارای همسر و فرزند هم باشد، مسایل مربوط به آنها نیز مطرح می‌گردد. همه‌ی این موارد هم در چهارچوب بحث کیفیت زندگی مطرح می‌شوند و هم به‌صورت جداگانه مورد توجه قرار می‌گیرند. خلاصه این‌که اندازه‌گیری کیفیت زندگی بخشی از درمان یک بیمار آرتریت روماتوئید است. چرا اکه امروزه نمی‌توان درمان یک بیمار دچار آرتریت روماتوئید را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد. آرتریت روماتوئید و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، پس طبیعی و ضروری است که در کنار مسایل بالینی به این گونه مسایل هم توجه شود. بنابراین ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به آرتریت روماتوئید و درمان آن مستلزم توجه به جنبه‌های منحصر به فرد تجربه بیمار از آرتریت روماتوئید است. این ارزیابی باید معطوف به موضوعاتی مانند تجربه‌های قبلی فرد از روماتیسم، برنامه‌ی درمانی، تجربیات بیمار بعد از تشخیص بیماری و موانع خاص مربوط به آرتریت روماتوئید باشد. درمانگران باید جنبه‌های شخصی تهدیدکننده‌ای را که بیمار با آنها مواجه شده است، مشخص نمایند. بیشتر رویکردهای روانشناختی در درمان مشکلات روانی- اجتماعی وابسته به آرتریت روماتوئید، در کوتاه مدت بیماران را قادر می‌سازند که احساساتشان را درباره‌ی آرتریت روماتوئید و تأثیرات آن بر زندگی تنظیم کنند. هدف آنها افزایش توانایی مقابله با موانع ایجاد شده در اثر آرتریت روماتوئید و کنترل موفق جنبه‌های عملی زندگی همراه با آرتریت روماتوئید است (۳۴). به نظر می‌رسد بین ادراک فرد از خود، اعتماد به نفس او، توانایی ایجاد احساسات مثبت در خود و مقاومت در مقابل احساسات منفی، دیدگاه مثبت نسبت به خود، دنیای خود و آینده و واقع‌بینی با نحوه‌ی کنارآمدن با بیماری‌های مزمن و از آن جمله، آرتریت روماتوئید، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. عوامل ذکر شده، چنانچه در بیمار تقویت شود تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر احساس بهبودی، احساس رضایت از زندگی، تجربه ترس و نگرانی کمتر و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی خواهد شود. بیماران در جریان جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری می‌آموزند که افکار خودکار را تعریف و آن‌ها را از هیجانات خود متمایز کنند و همچنین الگویی را که هیجانات، رفتارها و پاسخ‌های فیزیولوژیکی یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند، می‌آموزند. جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری، مرحله‌ی برجسته‌ای در درمان بیماران است، زیرا اگرچه داروها می‌توانند روند آرتریت روماتوئید را تا حدودی متوقف سازند، اما درمان شناختی- رفتاری به بیمار در جهت مقابله با اضطراب، استرس و افسردگی کمک می‌کند. بنابراین درمان شناختی- رفتاری می‌تواند یک رویکرد بسیار مناسب برای بیمارانی که مشکلات سلامتی دارند و از درمان‌های دارویی استفاده می‌کنند باشد (۳۶،۳۵). اهمیت اتخاذ یک رویکرد خودمدیریتی از سوی بیمار، برقراری ارتباط مشارکتی با متخصصان و تشویق بیمار برای اتخاذ یک نقش فعال در درمان بیماری، همگی از فلسفه و اصول اساسی درمانگری شناختی- رفتاری اقتباس شده است. ماهیت مشارکتی ارتباط بیمار و درمانگر و تأکید بر ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای درمان مشکلات روانی، با درمان شناختی- رفتاری ارتباط دارد. در مداخلات روان‌شناختی باید به بیماران کمک کرد تا کنترلشان را بر زندگی حفظ کنند، عدم قطعیت گسترده‌ای را که بخشی از تجربه‌های بیماران آرتریت روماتوئید است کنترل کنند، تخریب عملکرد و اجتناب شناختی و رفتاری را مورد توجه قرار دهند و مطمئن شوند که بیماران از حداکثر حمایت محیطی برخوردار می‌شوند. همه‌ی اینها در این حوزه از درمانگری شناختی- رفتاری است. از این رو با توجه به نتیجه‌ی این پژوهش و سایر پژوهش‌های مبنی بر اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در بیماری‌های مزمن جسمی، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا ننمود و با تأسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روانشناختی در بیمارستان‌ها و مراکز روماتولوژی، در روند بهبود کیفیت زندگی و ابعاد گوناگون عملکرد این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آنها کمک مؤثری ارایه نمود. با توسعه‌ی تدریجی رویکرد کل‌نگر در درمان بیماران و پذیرش نسبی و مقبولیت این دیدگاه در نزد متخصصان، شیوه‌های متناسب با آن نیز در مداخلات درمانی گسترش یافته است. استفاده از روش‌های روان‌شناختی به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در پزشکی جایگزین، به ویژه در درمان بیماری‌های مزمن، در حال گسترش است. از این رو، نتایج این پژوهش در ایران و بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در سطح جهانی موجب خواهد شد تا بهره‌گیری از آموزش‌های شناختی- رفتاری به تدریج به بخشی جدایی‌ناپذیر از پروتکل درمانی بیماران مزمن و از جمله بیماران آرتریت روماتوئید تبدیل شود.

معمولاً هر پژوهشی با توجه به شرایط و امکاناتی که در آن اجرا شده است، دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند گستره‌ی تعمیم‌پذیری آن به کل جامعه مورد نظر را کاهش دهد. پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی است که

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تا حدودی کاهش دهد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان موارد زیر را برشمرد: عدم شناخت بیماران از درمان‌های روان‌شناختی، شدت درد و خستگی ناشی از بیماری باعث عدم همکاری بیماران گردید و در نتیجه با کم شدن حجم نمونه‌ی آزمایشی، تعمیم‌پذیری پژوهش سخت‌تر گردید. با توجه به این‌که نمونه‌ی مورد نظر متشکل از زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بود، در تعمیم‌پذیری نتایج به مردان باید احتیاط کرد و این‌که پیگیری گروه آزمایش در فواصل زمانی مختلف امکان پذیر نبود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، موارد زیر مدنظر قرار گیرند: به موازات درمان دارویی بیماران آرتریت روماتوئید از درمان‌های روان‌شناختی نیز استفاده گردد و نیز جلسات گروه درمانی با ترکیبی از زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

از ریاست بخش روماتولوژی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر می‌شود. در ضمن بیان می‌داریم که این پژوهش با منافع مالی نویسندگان، ارتباطی نداشته است.

REFERENCES

1. Chen SY, Wang HH. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self care behavior in patients with rheumatoid arthritis. J Nurs Res 2007;15(3):183-91.

2. Smeltzer S, Bare BG. Textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P. 1241.

3. Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. Quality of life, social support and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2003;47(2):221-7.

4. Borman P, Celiker R. A comparative analysis of quality of_ life in rheumatoid arthritis and fibromyalgia. J Musculoskelet Pain 1999;7(4):5-14.

5. World Health Organization; Quality of Life Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument_ (WHOQOL). Qual Life Res 1993;2:153-9.

6. Cadena J, Vinaccia S, Pérez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. J Clin Rheumatol 2003; 9(3):142-50.

7. Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. J Adv Nurs 1999;29(2):298-306.

8. Lechner SC, Antoni MH, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, *et al*. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. J Psychosom Res 2003;54:253-61.

9. Lerman EC. Rheumatoid arthritis: Psychological factors in the etiology, course, and treatment. Clin Psychol Rev 1987;7:413-25.

10. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems (a practical guide). Translator: Ghasemzadeh H. 6th ed, Tehran: Arjmand Pub; 2009. (Text in Persian)

11. Rasouyar AR, Khajevand A, Aghaei A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reduction of stress symptoms and improving the quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Bull Env Pharmacol Life Sci 2014; 3(6):46-54.

12. Mccracken LM. Cognitive behavior treatment of rheumatoid arthritis: a preliminary review of efficacy and methodology. Ann Behav Med 1991;13:57-65.

13. Knittle K, Maes S, Degucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arthritis Care Res 2010;62(10): 1460-72.

14. Dures EK, Kitchen C, Almeida N, Ambler A, Cliss A, Hammond B, *et al.* They didn't tell us, they made us work it out ourselves : patient perspectives of a cognitive- behavioral program for rheumatoid arthritis fatigue. Arthritis Care Res 2012;64(4):494-501.

15. Sharp L, Allard S, Sensky T. Five-year folloeup of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilization. Arthritis Care Res 2008;59(3):311-6.

16. Garnefski N, Kraaij M, Benoist M, Bout Z, Karels E, Smit A. Effect of a cognitive behavioral self-help intervention on depression, anxiety and coping self-efficacy in people with rheumatic disease. Arthritis Care Res 2013;65(7):1077-84.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]

17. Barsky AJ, Ahern DK, Orav EJ, Nestoriuc Y, Liang MH, Breman IT, *et al*. A randomized trial of three psychosocial treatments for the symptoms of rheumatoid arthritis. Semin Arthritis Rhum 2010;40(3):222-32.

18. Masoudi SH, Tabatabaei SM, Modarres Gharavi M, Ghanbari Hashemabadi BA. The effect of cognitive behavioral group therapy on bipolar disorder type I. Fundam Ment Health 2009;10(4):289-98. (Full Text in Persian)

19. Hopko DR, Lejuez CW. A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life. New York: New Harbinger Press; 2008.

20. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type, and treatment. Psychooncology 2001;10:156-65.

21. Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. Eur J Oncol Nurs 2008;12:449-56.

22. Ballinger RS, Fallowfield LJ. Quality of life and patient-reported outcomes in the older breast cancer patient. Clin Oncol 2009;21:140-55.

23. Free ML. Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practices. Translator: Jan-Bozorgi M. Tehran: Research Institute of Hawzah and University Pub; 2010. (Text in Persian)

24. Nejat S, Montazeri A, Holakooi K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the world Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population based study. BMC Health Serv Res 2008;8(61):1-7.

25. The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001. [online] Available from: http//www.discovermagazine.com

26. Shigaki CL, Smarr KL, Siva C, Ge B, Musser D, Johnson R. Help: an online intervention for individuals with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken) 2013;65(10):1573-81.

27. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial intervention for depression, anxiety and quality of life in cancer survivors: Meta- analyses. Int J Psychiatry Med 2006;36(1):13-34.

28. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. Patient Educ Couns 2003;50:179-86.

29. Kahrazei F, Danesh E, AzadFallah P. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on improving quality of life of cancer patients. J Appl Psychol 2011;2(18):7-23. (Full Text in Persian)

30. Lotfi-Kashani F, Behzadi S, Yari M. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on quality of life and anxiety in patients with irritable bowel. Med Sci J Islamic Azad University 2012;22(4):301-6. (Full Text in Persian)

31. Khayam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of cognitive-behavioral therapy on the improvement of cardiac patients' life quality. Iran J Med Educ 2010;10(2):148-53. (Full Text in Persian)

32. Inesrupp HC, Vanden B. Impact of fatigue on health- related quality of life in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2004;51(4):578-85.

33. Peck JR, Smith TW, Ward JR, Milano R. Disability and depression in rheumatoid arthritis. A multi-trait, multi-method investigation. Arthritis Rheum 1989;32(9):1100-06.

34. Keefe FJ, Somers TJ, Martire LM. Psychological interventions and life style modifications for arthritis pain management. Rheum Dis Clin North Am 2008;34(2):351-68.

35. Odegard S, Finset A, Mowinckel P, Kvien TK, Uhlig T. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2007;66(9):1195-201.

36. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A , Kitchen K, *et al*. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy. Ann Rheum Dis 2011;70: 1060-7.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-16]