

Efficacy of cognitive-behavioral therapy for adherence, depression and negative illness representations in rheumatoid arthritis patients: A randomized controlled trial

MR. Seirafi¹, S. Namjoo¹, M. Sabet²

¹ Department of Health Psychology, Islamic Azad University, Alborz, Iran

² Department of Psychometrics and Quantitative Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Corresponding Address: Sara Namjoo, Moazzen Blvd., Rajaee Shahr Ave., Islamic Azad University, Alborz Province, Karaj

Tel: +98-26-34182657; Email: namjoopsy@gmail.com

Received: 26 Dec 2017; Accepted: 30 Apr 2018

*Abstract

Background: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory polyarthritis with multiple clinical symptoms and psychological problems, such as depression. Psychotherapy can play an important role in achieving therapeutic goals.

Objective: The purpose of this study was to determine the effect of cognitive behavioral therapy for adherence, depression (CBT-AD) and negative illness representations in people with RA.

Methods: A clinical trial was conducted in Rheumatology's clinic in a Shariaty hospital in Tehran during 2016-2017, Iran. Then, among 151 patients with rheumatoid arthritis, 28 patient were selected using the sampling judgment and half of them were randomly assigned to the CBT-AD (14 patients) and the others were in the control group (14 patients).

Psychological questionnaires including the illness perception questionnaire-revised, beck depression inventory and general adherence Scale were measured. All data were analyzed by independent t-test, Chi-square and multivariate covariance analysis.

Findings: The results showed that the baseline, post-test score between two intervention and control groups in three dimensions of illness representations ($P<0.001$), depression ($P<0.001$) and adherence ($P<0.001$) were statistically significant.

Conclusion: CBT-AD is a potentially efficacious approach for individuals with RA struggling with depression at the same time, which leads to a reduction in depression, an increase in adherence and correction of negative illness representations.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Rheumatoid arthritis, Illness representations, Adherence, Depression

Citation: Seirafi MR, Namjoo S, Sabet M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for adherence, depression and negative illness representations in rheumatoid arthritis patients: A randomized controlled trial. J Qazvin Univ Med Sci 2018; 22(2): 48-62.

تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی، رعایت توصیه‌های پزشکی و ادراک‌های منفی از بیماری در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

دکتر محمدرضا صیرفی^۱، سارا نامجو^۱، دکتر مهرداد ثابت^۲

^۱ گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۲ گروه روان‌سنجی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

آدرس نویسنده مسؤول: استان البرز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، رجایی شهر، بلوار موذن، تلفن ۳۴۱۵۲۶۵۷-۰۲۶
تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۵؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱۰

* چکیده

زمینه: آرتریت روماتوئید نوعی پلی‌آرتریت التهابی مزمن است و با علائم بالینی متعدد و عوارض روان‌شناختی مانند افسردگی همراه است. لذا درمان‌های پزشکی به تنهایی جوابگوی نیازهای بیماران نیست. روان‌درمانی می‌تواند نقش مهمی در دستیابی به اهداف درمانی ایفا کند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر درمان شناختی رفتاری افسردگی و رعایت توصیه‌های پزشکی (Cognitive-behavioral therapy for adherence and depression; CBT-AD) بر سرپیچی از درمان، افسردگی و بازنمایی‌های ادراکی منفی از بیماری در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

مواد و روش‌ها: کارآزمایی بالینی حاضر در بیمارستان شریعتی تهران طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۹۶ انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری قضاوتی از بین ۱۵۱ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید ۲۸ نفر انتخاب و سپس نیمی از آن‌ها (۱۴ نفر) در گروه درمان CBT-AD و نیمی دیگر (۱۴ نفر) در گروه شاهد به صورت تصادفی قرار داده شدند. از پرسش‌نامه‌های روان‌شناختی شامل: پرسش‌نامه ادراک از بیماری (IPQ-R)، پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس پیروی کلی (GAS) استفاده شد. تمامی داده‌ها با آزمون‌های تی مستقل، کای دو و تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت نمره پس آزمون بین دو گروه مداخله و شاهد در سه حیطه ادراک از بیماری ($P < 0/001$)، افسردگی ($P < 0/001$) و تبعیت از درمان ($P < 0/001$) معنادار است.

نتیجه‌گیری: درمان CBT-AD یک رویکرد بالقوه مؤثر برای افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید و همزمان افسرده است که به کاهش افسردگی، افزایش تبعیت و تعدیل بازنمایی‌های ادراکی منفی منجر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، آرتریت روماتوئید، بازنمایی‌های ادراکی، تبعیت، افسردگی

* مقدمه

سال ۲۰۰۸ معادل ۰/۳۳ درصد و نسبت جنسیتی زنان به مردان بیمار شش برابر تخمین زده شد.^(۱) تبعیت از دستور مصرف داروهای ضد روماتیسمی اصلاح‌کننده بیماری (Disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs) در بیماران مبتلا به RA در حد مطلوب نبوده و بین ۲۲ تا ۵۸ درصد است.^(۲-۷) در حالی که دستیابی به حداکثر موفقیت درمانی و به حداقل رسانیدن خطر مقاومت

آرتریت روماتوئید (Rheumatoid arthritis, RA) یک بیماری خودایمنی پیشرونده با علائم بالینی متغیر از جمله دوره‌های التهاب سینوویال است که به ناتوانی و عوارض جسمی و روان‌شناختی در بیماران منجر می‌شود. RA با شیوع کلی ۰/۲۴ درصد به‌عنوان یکی از شدیدترین عوامل معلولیت در سطح جهان شناسایی شده است.^(۱) در ایران نیز شیوع نقطه‌ای آرتریت روماتوئید در

دارویی مستلزم بیش از ۹۰ درصد رعایت دستورات درمانی است. سرپیچی از دستورات دارویی می‌تواند به کاهش اثربخشی درمان، کاهش کیفیت زندگی و افزایش فعالیت بیماری، درد و تخریب بیش‌تر مفاصل در این بیماران منجر شود.^(۸-۱۰)

سیار بودن علایم و غیر قابل پیش‌بینی بودن بیماری موجب اُفت خُلق و ناامیدی در این بیماران می‌شود و افسردگی شایع‌ترین عارضه روانی در این بیماران است. برخی مطالعات، شیوع افسردگی را در بیماران مبتلا به RA تا ۴۲/۰ درصد گزارش نموده‌اند.^(۱۱و۱۲) افسردگی در آرتريت روماتويد احتمالاً به سبب کاهش سطح هورمون کورتیزول و به واسطه رعایت نکردن درمان دارویی و رژیم‌های پزشکی به عملکرد نامتناسب‌تر سیستم ایمنی فرد منتهی می‌شود. کارکرد نامناسب سیستم ایمنی، فرد را در معرض عفونت‌های شدیدتر سینوویال و تخریب مفصلی بیش‌تری قرار می‌دهد و در نتیجه ضایعات بیش‌تری در بیمار بروز می‌کند. افسردگی اختلالی چندبُعدی است و دارای ابعاد شناختی، رفتاری، هیجانی و جسمی است و هر یک از ابعاد مزبور به یک دور باطل از بدتر شدن نشانه‌ها و کاهش خودکارآمدی در مقابله سازگارانه با بیماری افزوده می‌شود. همچنین افسردگی به‌عنوان برجسته‌ترین عامل سبب‌شناختی سرپیچی دارویی در RA برشمرده شده است.^(۱۳و۱۴)

همراه شدن افسردگی و سرپیچی از درمان دارویی با عوارض سنگین‌تر بیماری، ناتوانی در کار و افزایش مستقیم هزینه‌های طبی مرتبط است.^(۱۵و۱۶) برخی پژوهشگران بر این باور هستند که ارتباط بین افسردگی و سرپیچی از درمان تنها به سبب وجود هیجانات منفی افسردگی نیست و برخی دیگر ارتباط افسردگی و سرپیچی دارویی را اختصاصاً از راه باورهای ناکارآمد پیرامون دارو و درمان می‌دانند.^(۱۳و۱۷) در هر دو حالت افسردگی می‌تواند بر انگیزه و مهارت‌های لازم برای حفظ پایداری تأثیر قابل توجهی بگذارد.^(۱۸) در ابهام‌گشایی از این مسئله مدل خودتنظیمی لونتال، در درک عوامل مؤثر بر ادراک بیماری

به‌عنوان یک تهدید، یک چارچوبی مفهومی ارائه می‌کند و مدعی است این ادراکات بر تصمیمات خودمراقبتی و سایر نتایج درمانی تأثیرگذار هستند. بدین ترتیب مدل مزبور تعدیل در بازنمایی‌های ادراکی بیماران را به‌عنوان عاملی مؤثر بر رفتارهای بهداشتی آن‌ها مطرح و از این طریق چگونگی تأثیر فرایندهای شناختی و عاطفی (مانند افسردگی) را بر رعایت دستورات درمانی تبیین می‌کند.^(۱۹) اجزای مدل خودتنظیمی لونتال به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناخته شده است. لونتال در مدل خودتنظیمی پیشنهاد می‌دهد که درمان‌گران باید همزمان و به‌طور موازی شناخت‌ها و عواطف بیماران را مورد توجه قرار دهند.^(۲۰) براساس این مدل ادراک از بیماری نقش مهمی در رفتارهای خودمراقبتی و رعایت دستورات درمانی در بیماران مزمن دارد.

یکی از مداخلات فردی مؤثر در سازگاری با بیماری‌های مزمن که ابعاد شناختی (بازنمایی‌های شناختی معیوب)، عاطفی (بازنمایی‌های عاطفی مانند افسردگی) و رفتاری (سرپیچی از دستورات درمانی) بیمار را پوشش می‌دهد درمان شناختی رفتاری معطوف به رعایت دستورات طبی و افسردگی (CBT-AD) است. این روش ریشه در درمان افسردگی به شیوه شناختی رفتاری دارد که با فنون افزایش‌دهنده تبعیت از درمان و سازگاری با بیماری‌های مزمن ترکیب شده است و راهبردهای شناختی رفتاری جلسات درمانی با مدل خودتنظیمی لونتال همپوشانی دارد.^(۲۱) علی‌رغم همپوشانی بین سازوکارهای زیربنایی مدل خودتنظیمی و مکانیسم‌های زیر لایه‌ای مرتبط با CBT-AD در رعایت دستورات دارویی، در ادبیات پژوهشی موجود آثار محدودی به این تطبیق توجه کرده و از آن برای بررسی عمیق‌تر اثربخشی درمان‌ها استفاده کرده‌اند. برای نمونه؛ برخی پژوهش‌ها در جمعیت افراد مبتلا به RA در قالب مداخلات گروهی و با هدف‌گیری اجزای شناختی مدل به نتایج درمانی مطلوبی دست یافته‌اند.^(۲۲و۲۳)

شد^(۲۷) و به لحاظ پایبندی به ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی مطابق با بیانیه‌های اخلاقی نامبرده شرکت کنندگان مجاز بودند تا در صورت بروز هرگونه ناراحتی ناشی از روان‌درمانی، از پژوهش فاصله بگیرند. قبل از انجام پژوهش و به منظور حفظ حقوق انسانی، آزمودنی‌ها طبق قرارداد و رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند و سپس محقق با استفاده از روش جای گماری تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها را در گروه درمان CBT-AD (گروه مداخله) و نیمی دیگر را در گروه شاهد طبقه‌بندی کرد. متغیرهای وابسته شامل؛ نتایج آزمون‌های تبعیت از دستورات دارویی، افسردگی بک و بازنمایی‌های ادراکی از بیماری بود که در هر دو گروه در شرایطی مشابه سنجش شد. افراد در گروه مداخله با روش درمان شناختی رفتاری معطوف به رعایت دستورات طبی و افسردگی (CBT-AD) در ۶ جلسه (هر جلسه ۶۰ دقیقه) و افراد در گروه شاهد فقط با بهره‌گیری از درمان معمول (TAU; Treatment as usual) تحت درمان قرار گرفتند.

جامعه تجربی شامل همه بیماران مبتلا به RA مراجعه‌کننده درمانگاه روماتولوژی بیمارستان شریعتی در سال گذشته بودند که ابتدا از نظر ابتلا به RA توسط پزشک متخصص روماتولوژی (تشخیص براساس معیارهای جدید ۲۰۱۰ ACR-EULAR کالج روماتولوژی آمریکا)^(۲۸) بررسی شده و تشخیص دریافت کرده بودند. شرکت کنندگان در این مطالعه از طریق روش نمونه‌گیری قضاوتی (هدفمند) انتخاب و در مجموع از میان ۱۵۱ بیمار مبتلا به RA (۶۰ مرد و ۹۱ زن) ابتدا ۶۳ نفر بیمار زن که راغب به شرکت در پژوهش بودند با گزارش پزشک معالج مبتنی بر سرپیچی از دستورات دارویی و افسردگی احتمالی انتخاب شدند و بدین ترتیب غربال اولیه انجام شد. سپس با کاربرد مقیاس فعالیت بیماری (Disease Activity Score in 28 joints, DAS-28) و سایر معیارهای ورود به پژوهش، ۳۹ نفر که کاملاً واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، انتخاب و از میان آن‌ها یک نفر به سبب داشتن افکار خودکشی، دو نفر به سبب

یکی از نقاط ضعف و محدودیت‌های این دسته مطالعات ارزیابی عملکرد بیماران براساس مدل خودتنظیمی در قالب مداخلات گروهی است در صورتی که هر فردی درک خود را در رابطه با بیماری خود دارد.^(۲۴) برخی مطالعات مقدماتی نیز درمان شناختی رفتاری بر رعایت دستورات طبی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را بدون در نظر گرفتن چارچوب درمانی معطوف به اختلالات و ناکارآمدی‌های توأم با بیماری‌های مزمن به کار بسته‌اند و نتایج حاصل از آن‌ها عاری از خطای اساسی نیست. از این رو برخی پژوهشگران توصیه نموده‌اند که ادبیات پژوهشی در این زمینه هنوز ناقص است.^(۲۵و۲۶) بنابراین به نظر می‌رسد به کارگیری درمان‌های فردی و منطبق با چارچوب بیماری‌های مزمن برای دستیابی به اهدافی همچون تبعیت از دستورات دارویی مناسب‌تر است. لذا پژوهش حاضر به‌عنوان یک طرح آزمایشی برای گسترش مداخلات روان‌شناختی و با هدف پاسخ‌گویی به کسری از ابهامات موجود طراحی شده است و به دو سؤال می‌پردازد که آیا CBT-AD بر کاهش افسردگی و افزایش رعایت از دستورات طبی در بیماران افسرده مبتلا به RA که تبعیت دارویی ضعیفی دارند، مؤثر است و می‌تواند موجب ارتقای بازنمایی‌های ادراکی در بیماران مبتلا به RA شود؟

* مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر به‌صورت کارآزمایی بالینی طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۹۶ در درمانگاه روماتولوژی بیمارستان شریعتی شهر تهران در دو گروه مداخله و شاهد به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام گرفت. این پژوهش در راستای گسترش درمان‌های مبتنی بر شواهد براساس دستورالعمل درمانی معتبر حاصل از کتابچه راهنمای درمان‌گر CBT-AD که در سایت اینترنتی <http://oxfordclinicalpsych.com> قابل مشاهده است و مطابق با اصول بیانیه هلسینکی (نسخه ۲۰۱۴) و ضوابط و مقررات پژوهش‌های پزشکی بر انسان‌ها انجام

داشتن اختلالات شخصیت (محور II) و سه نفر به سبب داشتن اختلالات طبی دیگر (یک نفر نارسایی مزمن کلیه، دو نفر صرع) از نمونه‌گیری حذف شدند. سپس پژوهش‌گران به منظور پیشگیری از ریزش نمونه‌ها در مطالعه، بنا به توصیه لیتل و همکاران^(۳۹) قبل از تخصیص تصادفی، کل ۳۳ نفر باقی‌مانده را تحت یک جلسه آزمایشی از CBT-AD (یک جلسه آموزشی و ترکیبی از دستورالعمل‌های مربوط به تبعیت دارویی و شناخت درمانی) قرار دادند تا با این کار افرادی که تحمل کمی دارند و یا احتمال دنبال کردن روان‌درمانی در آن‌ها ضعیف است را شناسایی کنند. بدین ترتیب از میان ۳۳ نفر، تعداد ۲۸ بیمار واجد شرایط تا مرحله سنجش نهایی، نمونه پژوهش را تشکیل دادند. سپس این افراد با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله (۱۴ نفر) و شاهد (۱۴ نفر) تقسیم شدند.

روش ارزیابی و اجرای مطالعه به این صورت بود که هر دو گروه در فاصله سه روز به آغاز مطالعه و ۱۴ روز پس از اتمام مداخله، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. یک روان‌شناس بالینی کارآموده در زمینه CBT-AD مسئولیت اجرای برنامه مداخله‌ای را بر مبنای مسیر تعیین شده در کتابچه کار با بیماران مزمن بر عهده داشت.^(۳۱) مداخله در گروه مداخله به صورت فردی و در اتاق مشاوره‌ای در درمانگاه روماتولوژی اعمال شد. دوره درمانی به صورت شش جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در شش هفته پی در پی بود. گروه شاهد نیز ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای یک هفته در میان با روان‌شناس به گفتگوی معمول و عاری از اهداف درمانی پرداختند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۱۸ تا ۶۵ سال، ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید با نمره $DAS < 2/4$ ؛ نمره فعالیت بیماری در ۲۸ مفصل با استفاده از سایت www.das-score.nl، شاخص توده بدنی $BMI < 35$ ، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم استفاده از روان‌درمانی دیگری شش ماه قبل از ورود به پژوهش، ابتلا به افسردگی خفیف تا متوسط بدون افکار خودکشی

(تشخیص از طریق کاربرد مصاحبه بالینی ساختار یافته برای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی؛ SCIDI) و تعیین شدت به وسیله پرسش‌نامه افسردگی بک، پیروی ضعیف از توصیه‌های پزشکی (براساس نمرات مقیاس پیروی کلی). همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از: وجود آسیب روانی شدید در محور I و تشخیص اختلال شخصیت در محور II روان‌پزشکی (تشخیص از طریق کاربرد SCIDI/II در مصاحبه تشخیصی)، وجود شرایط ناتوان‌کننده طبی شامل بیماری مزمن مانند: انسدادی ریه، بیماری پیشرفته کلیوی، صرع، میگرن، مالتیپل اسکلروز، نئوپلاسم‌های بدخیم، ایدز، قطع اندام و حاملگی.

ابزارهای مطالعه عبارت بودند از: پرسش‌نامه دموگرافیک که شامل ۵ سؤال در زمینه جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و مدت زمان ابتلا به آرتریت روماتوئید بود.

در این پژوهش نسخه بازنگری شده پرسش‌نامه ادراک بیماری (Illness perception questionnaire-revised; IPQ-R) مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه به منظور سنجش بازنمایی‌های ادراکی از بیماری براساس مدل خودتنظیمی لونتال برای سازگاری با بیماری‌های مزمن در یک چارچوب پدیدارشناختی و معطوف به رفتارهای سلامت مدار مانند تبعیت از دارو تنظیم شده است. این پرسش‌نامه توسط موریس و همکارانش براساس مدل لونتال تهیه شد.^(۳۰) این پرسش‌نامه شامل هشت قسمت بود که به ترتیب شامل: ۱- هویت بیماری ۲- شناخت فرد از سیر زمانی (حاد/ مزمن بودن بیماری) ۳- پیامد بیماری ۴- کنترل‌پذیری بیماری ۵- درمان‌پذیری ۶- پیوستگی ۷- شناخت فرد از سیر زمانی (دوره‌ای بودن بیماری) ۸- بازنمایی هیجانی.^(۳۱) پاسخ پرسش‌های مربوط به ابعاد ۲ تا ۸ براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم علامت زده می‌شود. آلفای کرونباخ طبق بررسی انجام شده و برای قسمت‌های مختلف پرسش‌نامه ۷۹ تا ۸۹ درصد بوده و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله

شش هفته برای سؤالات مختلف بین ۴۶ تا ۸۸ درصد گزارش شده است.^(۳۶) برای ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها در پژوهش هژیر و همکاران مقادیر مناسبی به دست آمد.^(۳۲)

پرسش‌نامه افسردگی بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است و تمام علائم افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. هر ماده دارای ۴ گزینه است و بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره این آزمون ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ و دامنه ضرایب همبستگی هر یک از ماده پرسش‌نامه با نمره کل مقیاس از ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ نشان‌دهنده همبستگی درونی مناسب پرسش‌نامه است.^(۳۳) در این پژوهش با استناد به ادبیات پژوهشی نمرات بازه ۱۳ تا ۲۸ به عنوان افسردگی خفیف تا متوسط در نظر گرفته شده است.^(۳۴)

در مقیاس پیروی کلی (GAS) در سال ۱۹۹۴ توسط ساین طراحی شد. مقیاس پیروی کلی، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به‌طور کلی اندازه می‌گیرد که دارای ۵ ماده در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است. آزمودنی می‌بایست در مقابل هر سؤال یکی از جواب‌های؛ همیشه، بیش‌تر مواقع، مواقع زیادی، بعضی مواقع، کمی و هیچ موقع را علامت بزند. همسانی درونی این آزمون قابل قبول (۰/۸۱ =) گزارش شده است.^(۳۵) زرینی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۴۷ به دست آورده‌اند.^(۳۶) در این مطالعه آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۶۹ درصد به دست آمد.

در مقیاس فعالیت بیماری، شدت بیماری با استفاده از روش‌های آنالیز محاسبه شد (<http://www.das-score.nl/>). این مقیاس میزان فعالیت بیماری را براساس خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی تعیین می‌کند. مقیاس مزبور دارای چهار جزء است و اجزای آن شامل؛ عامل مفاصل ریتچی

شش هفته برای سؤالات مختلف بین ۴۶ تا ۸۸ درصد گزارش شده است.^(۳۶) برای ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها در پژوهش هژیر و همکاران مقادیر مناسبی به دست آمد.^(۳۲)

پرسش‌نامه افسردگی بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است و تمام علائم افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. هر ماده دارای ۴ گزینه است و بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره این آزمون ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ و دامنه ضرایب همبستگی هر یک از ماده پرسش‌نامه با نمره کل مقیاس از ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ نشان‌دهنده همبستگی درونی مناسب پرسش‌نامه است.^(۳۳) در این پژوهش با استناد به ادبیات پژوهشی نمرات بازه ۱۳ تا ۲۸ به عنوان افسردگی خفیف تا متوسط در نظر گرفته شده است.^(۳۴)

در مقیاس پیروی کلی (GAS) در سال ۱۹۹۴ توسط ساین طراحی شد. مقیاس پیروی کلی، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به‌طور کلی اندازه می‌گیرد که دارای ۵ ماده در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است. آزمودنی می‌بایست در مقابل هر سؤال یکی از جواب‌های؛ همیشه، بیش‌تر مواقع، مواقع زیادی، بعضی مواقع، کمی و هیچ موقع را علامت بزند. همسانی درونی این آزمون قابل قبول (۰/۸۱ =) گزارش شده است.^(۳۵) زرینی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۴۷ به دست آورده‌اند.^(۳۶) در این مطالعه آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۶۹ درصد به دست آمد.

در مقیاس فعالیت بیماری، شدت بیماری با استفاده از روش‌های آنالیز محاسبه شد (<http://www.das-score.nl/>). این مقیاس میزان فعالیت بیماری را براساس خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی تعیین می‌کند. مقیاس مزبور دارای چهار جزء است و اجزای آن شامل؛ عامل مفاصل ریتچی

شش هفته برای سؤالات مختلف بین ۴۶ تا ۸۸ درصد گزارش شده است.^(۳۶) برای ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها در پژوهش هژیر و همکاران مقادیر مناسبی به دست آمد.^(۳۲)

پرسش‌نامه افسردگی بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است و تمام علائم افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. هر ماده دارای ۴ گزینه است و بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره این آزمون ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ و دامنه ضرایب همبستگی هر یک از ماده پرسش‌نامه با نمره کل مقیاس از ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ نشان‌دهنده همبستگی درونی مناسب پرسش‌نامه است.^(۳۳) در این پژوهش با استناد به ادبیات پژوهشی نمرات بازه ۱۳ تا ۲۸ به عنوان افسردگی خفیف تا متوسط در نظر گرفته شده است.^(۳۴)

در مقیاس پیروی کلی (GAS) در سال ۱۹۹۴ توسط ساین طراحی شد. مقیاس پیروی کلی، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به‌طور کلی اندازه می‌گیرد که دارای ۵ ماده در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است. آزمودنی می‌بایست در مقابل هر سؤال یکی از جواب‌های؛ همیشه، بیش‌تر مواقع، مواقع زیادی، بعضی مواقع، کمی و هیچ موقع را علامت بزند. همسانی درونی این آزمون قابل قبول (۰/۸۱ =) گزارش شده است.^(۳۵) زرینی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۴۷ به دست آورده‌اند.^(۳۶) در این مطالعه آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۶۹ درصد به دست آمد.

در مقیاس فعالیت بیماری، شدت بیماری با استفاده از روش‌های آنالیز محاسبه شد (<http://www.das-score.nl/>). این مقیاس میزان فعالیت بیماری را براساس خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی تعیین می‌کند. مقیاس مزبور دارای چهار جزء است و اجزای آن شامل؛ عامل مفاصل ریتچی

شش هفته برای سؤالات مختلف بین ۴۶ تا ۸۸ درصد گزارش شده است.^(۳۶) برای ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها در پژوهش هژیر و همکاران مقادیر مناسبی به دست آمد.^(۳۲)

پرسش‌نامه افسردگی بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است و تمام علائم افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. هر ماده دارای ۴ گزینه است و بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره این آزمون ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ و دامنه ضرایب همبستگی هر یک از ماده پرسش‌نامه با نمره کل مقیاس از ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ نشان‌دهنده همبستگی درونی مناسب پرسش‌نامه است.^(۳۳) در این پژوهش با استناد به ادبیات پژوهشی نمرات بازه ۱۳ تا ۲۸ به عنوان افسردگی خفیف تا متوسط در نظر گرفته شده است.^(۳۴)

در مقیاس پیروی کلی (GAS) در سال ۱۹۹۴ توسط ساین طراحی شد. مقیاس پیروی کلی، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به‌طور کلی اندازه می‌گیرد که دارای ۵ ماده در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است. آزمودنی می‌بایست در مقابل هر سؤال یکی از جواب‌های؛ همیشه، بیش‌تر مواقع، مواقع زیادی، بعضی مواقع، کمی و هیچ موقع را علامت بزند. همسانی درونی این آزمون قابل قبول (۰/۸۱ =) گزارش شده است.^(۳۵) زرینی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۴۷ به دست آورده‌اند.^(۳۶) در این مطالعه آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۶۹ درصد به دست آمد.

در مقیاس فعالیت بیماری، شدت بیماری با استفاده از روش‌های آنالیز محاسبه شد (<http://www.das-score.nl/>). این مقیاس میزان فعالیت بیماری را براساس خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی تعیین می‌کند. مقیاس مزبور دارای چهار جزء است و اجزای آن شامل؛ عامل مفاصل ریتچی

افسردگی) انجام و ملاحظه شد.

★ یافته‌ها:

شرح مختصری از درمان CBT-AD در افراد تحت مطالعه در جدول شماره یک آمده است. در بررسی متغیرهای دموگرافیک، میانگین سنی در گروه مداخله $35/93 \pm 9/58$ و در گروه شاهد $40 \pm 10/20$ سال بود که از این لحاظ بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همچنین میانگین و انحراف معیار شدت بیماری در گروه مداخله $2/34 \pm 0/156$ و در گروه شاهد $2/27 \pm 0/103$ بود. بین دو گروه در متغیرهایی چون؛ وضعیت تأهل، تحصیلات و شدت بیماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از طبیعی بودن توزیع نمرات در همه متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. به‌منظور توصیف وضعیت متغیرها (زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه ادراک بیماری، تبعیت از درمان و افسردگی)، شاخص‌های توصیفی آن‌ها به همراه نتایج آنالیز کوواریانس در جدول شماره ۳ ارائه شده است. پیش‌فرض‌های مهم برای استفاده از این آزمون آماری مورد بررسی قرار گرفت.

به‌منظور اجرای آزمون آنالیز کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون انجام شد. بدین منظور آزمون‌های لون، کولموگروف اسمیرنوف و اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه در هر سه متغیر وابسته پژوهش (بازنمایی‌های ادراکی از بیماری، پیروی از درمان و افسردگی) انجام و ملاحظه شد که کلیه این پیش‌فرض‌ها برقرار می‌باشند. همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها نیز از آزمون ام‌باکس استفاده شد که بر این اساس آزمون باکس برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود و شرط همگنی ماتریکس‌های واریانس/ کوواریانس به‌درستی رعایت شده است ($P=0/123 > 0/05$ ، $F=1/228$ ، $Box's=106/482$). نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره نشان داد که در نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون

و در بین دو گروه مداخله و شاهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) و $F=34/40$). به‌منظور پی بردن به این نکته که از نظر کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، ده تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا ارائه شده است.

نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که تفاوت نمره پیش‌آزمون - پس‌آزمون در بین دو گروه مداخله و شاهد در ابعاد پرسش‌نامه بازنمایی‌های ادراکی از بیماری (به‌جز بُعد سیر ادواری بیماری) ($P < 0/001$)، تبعیت از درمان ($P < 0/001$) و افسردگی ($F=29/96$) و $P < 0/001$) و $F=143/81$) معنادار است.

میزان تأثیر و تفاوت در مورد ابعاد پرسش‌نامه بازنمایی‌های ادراکی به‌جز سیر ادواری بیماری شامل؛ هویت بیماری، سیر حاد- مزمن بیماری، پیامدهای بیماری، بازنمایی عاطفی منفی، کنترل شخصی بر بیماری، کنترل درمانی بر بیماری و فقدان درک واضح از بیماری به‌ترتیب $0/71$ ، $0/79$ ، $0/80$ ، $0/60$ ، $0/67$ ، $0/73$ و $0/25$ به دست آمد. همچنین در مورد متغیرهای پیروی از درمان و افسردگی به‌ترتیب برابر با $0/62$ و $0/88$ است و این بدان معنی است که در بررسی تغییرات و بهبودی حاصله در ابعاد مختلف ادراک از بیماری به‌ترتیب؛ 71 درصد کاهش هویت بیمار، 79 درصد تغییرات سیر حاد- مزمن بیماری، 80 درصد بهبود ادراک پیامدهای بیماری، 60 درصد بهبود بازنمایی عاطفی منفی از بیماری، 67 درصد افزایش کنترل شخصی بر بیماری، 73 درصد افزایش باور به کنترل درمانی بر بیماری و 25 درصد کاهش فقدان درک واضح از بیماری در نمرات پس‌آزمون گروه مداخله به دست آمد و در نهایت 62 و 88 درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیرهای پیروی از درمان و افسردگی نشان از اثر الگوی درمانی بر متغیرهای مزبور دارد.

جدول ۱- شرح مختصری از درمان CBT-AD در افراد تحت مطالعه

شرح جلسه‌ها	ترتیب و عنوان جلسه‌ها
در این جلسه مهارت‌هایی آموزش داده شد که این مهارت‌ها رعایت دستورات درمان طبی را تسهیل می‌کند و موجب کاستن از تأثیر منفی افسردگی بر رفتارهای تبعیت از دارو شد.	جلسه یکم (مراحل زندگی)
در این جلسه اجزای رفتاری افسردگی توضیح داده شد و بر افزایش فعالیت‌های مفرح و کاهش یا از بین بردن رفتارهایی که به افسردگی دامن می‌زنند (اجتناب و ترک کردن دیگران) تأکید شد.	جلسه دوم (برنامه‌ریزی فعالیت)
در این جلسه به درمان‌جو آموزش داده شد که با افکار منفی خویش که به افسردگی منجر می‌شوند، چالش کند و روش‌های تفکر سازگارانه-تر را بیاموزد.	جلسه سوم (بازسازی شناختی)
در این جلسه به درمان‌جو کمک شد تا راهبردهای مقابله‌ای بهتری برای حل و فصل مشکلاتی که می‌توانند به افسردگی او منجر شوند، به کار ببرد.	جلسه چهارم (حل مسئله)
در این جلسه روش‌هایی برای مقابله با جنبه‌های جسمی افسردگی به درمان‌جو آموزش داده شد.	جلسه پنجم (آموزش آرمیدگی)
در این جلسه نشان داده شد که چگونه نگه‌داشت تغییرات به درمان‌جو کمک می‌کند که به درجه «درمان‌گر خویش بودن» نائل شود و مهارت‌های آموخته شده را در زمینه انواع عوامل تنش‌زای زندگی به کار ببرد.	جلسه ششم (حفظ و ابقا)

جدول ۲- خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مطالعه

سطح معنی‌داری	ضریب خی دو	درصد	گروه مداخله	درصد	گروه شاهد	مدت بیماری
۰/۲۸۹	۱/۱۲۵	۵۶/۲۵	۹	۶۲/۵	۱۱	۱ تا ۲ سال
		۴۳/۷۵	۵	۳۷/۵	۳	۳ تا ۴ سال
۰/۱۵۷	۱/۸۹	۶۸/۷۵	۱۰	۵۶/۲۵	۸	دانشگاهی
		۳۱/۲۵	۴	۴۳/۷۵	۶	غیردانشگاهی
۰/۴۸۰	۰/۵	۵۶/۲۵	۶	۳۱/۲۵	۴	مجرد
		۴۳/۷۵	۸	۶۸/۷۵	۱۰	متأهل

جدول ۳- نتایج آزمون کواریانس به همراه انحراف معیار و میانگین نمرات بازنمایی ادراکی، تبعیت از درمان و افسردگی دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سطح معنی‌داری	نتایج آزمون کواریانس		گروه شاهد		گروه مداخله		متغیر
	ضریب اتا	F	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
< ۰/۰۰۱	۰/۷۱	۴۵/۲۵	۹/۲۵±۲/۵۶	۹/۵۶±۲/۷	۶/۳۱±۱/۴۹	۸/۶۲±۲/۳۹	هویت بیمار
< ۰/۰۰۱	۰/۷۹	۷۵/۲۷	۱۴/۱۸±۱/۱۶	۱۳/۸۷±۱/۵۴	۱۱/۵۶±۱/۳۶	۱۴/۰۶±۱/۵۲	سیر بیماری (حاد/ مزمن)
> ۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۵	۱۱/۹۸±۴/۳۶	۱۲/۰۰±۴/۴۷	۱۲/۹۳±۴/۸۶	۱۳/۱۲±۴/۶۶	سیر بیماری (ادواری)
< ۰/۰۰۱	۰/۸	۷۴/۳۴	۱۷/۱۸±۲/۳۷	۱۶/۵۶±۳/۰۵	۱۵±۳/۲۲	۱۷/۸۷±۲/۹۱	پیامدهای بیماری
< ۰/۰۰۱	۰/۶۷	۳۷/۷۲	۱۴/۴۳±۳/۸۲	۱۴/۸۱±۴/۱۳	۱۹±۲/۹۸	۱۵/۵۶±۴/۱۳	کنترل شخصی بر بیماری
< ۰/۰۰۱	۰/۷۳	۵۰/۹۹	۱۳/۲۵±۳/۸۲	۱۴/۴۳±۲/۸۲	۱۹±۲/۹۸	۱۲/۵۶±۳/۲۲	کنترل درمانی بر بیماری
< ۰/۰۰۱	۰/۲۵	۶/۲۴	۱۴/۶۲±۵/۴۱	۱۳/۶۸±۶/۰۴	۱۷±۳/۶۸	۱۳/۵۶±۵/۴۴	فقدان درک واضح از بیماری
< ۰/۰۰۱	۰/۱۶	۲۷/۰۹	۱۹/۶۸±۷/۴۳	۱۹/۱۲±۸/۰۳	۱۵/۱۸±۴/۸۴	۲۱/۵±۸/۲۳	بازنمایی‌های عاطفی منفی
< ۰/۰۰۱	۰/۶۲	۲۹/۹۶	۱۴/۳۱±۲/۹۸	۱۳/۶۲±۲/۷۲	۱۸/۵±۱/۸۷	۱۴/۱۸±۳/۳۳	پیروی از درمان
< ۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱۴۳/۸۱	۲۱/۰۶±۳/۸۲	۲۱/۶۸±۴/۳۴	۱۲/۲۵±۲/۶۷	۲۲/۷۵±۴/۸۲	افسردگی

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا در متغیرهای بازنمایی‌های ادراکی، پیروی از درمان و افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
هویت بیمار	پس‌آزمون	۱	۲۸/۱۸	۴۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۱۸	۱۱/۲۱			
سیر بیماری (حاد/ مزمن)	پس‌آزمون	۱	۴۷/۱۸	۷۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۱۸	۱۱/۴۱			
سیر بیماری (ادواری)	پس‌آزمون	۱	۰/۰۰۶	۰/۰۵۶	۰/۸۱	۰/۰۰۳
	خطا	۱۸	۱/۸۹			
پیامدهای بیماری	پس‌آزمون	۱	۴۶/۱۳	۷۴/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۱۸	۱۱/۱۶			
کنترل شخصی بر بیماری	پس‌آزمون	۱	۱۱۶/۲۳	۳۷/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	خطا	۱۸	۵۵/۴۵			
کنترل درمانی بر بیماری	پس‌آزمون	۱	۱۰۵/۶۳	۵۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	خطا	۱۸	۳۷/۲۸			
فقدان درک واضح از بیماری	پس‌آزمون	۱	۲۶/۰۵	۶/۲۴	۰/۰۲۲	۰/۲۵
	خطا	۱۸	۷۵/۰۸			
بازنمایی‌های عاطفی منفی	پس‌آزمون	۱	۲۲۰/۰۴	۲۷/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۱۸	۱۴۶/۱۶			
افسردگی	پس‌آزمون	۱	۵۲۰/۶۲	۱۴۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	خطا	۱۸	۶۵/۱۶			
پیروی از درمان	پس‌آزمون	۱	۹۱/۳۱	۲۹/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۱۸	۵۴/۸۴			

*بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج نشان داد که کاربست درمان CBT-AD در بیماران مبتلا به RA بر کاهش افسردگی و ارتقای بازنمایی‌های ادراکی و افزایش پیروی از درمان نسبت به گروه شاهد مؤثر است. از میان پژوهش‌های فارسی، پژوهش حاضر با یافته‌های پورحقیقی و همکاران هم‌راست است. آن‌ها در یک پژوهش تجربی اثرات گروه درمانی شناختی رفتاری را بر بازنمایی‌های ادراکی و برخی علائم ۱۵ نفر زن مبتلا به آرتریت روماتوئید معنادار اعلام کردند.^(۳۳) همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مروتی و همکاران که تحت مدل پرسید (PRECEDE) ارتقای خودکارآمدی را به‌عنوان راهکاری برای افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مطرح نمودند و نتایج حاصل از پژوهش ناظمی اردکانی و همکاران که مداخله بر شاخص افسردگی و اضطراب در بیماران RA بود و نیز پژوهش ناظمی و بهرامی که یک

بسته مداخلاتی به شیوه شناختی رفتاری را بر شاخص‌های روان‌شناختی مانند افسردگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به کار بسته بودند، همخوانی داشت.^(۳۸-۴۰) نتایج حاصله در برخی ابعاد ادراک از بیماری با پژوهش هژیر و همکاران همسو بود که می‌توان علت همخوانی محدود را به کاربرد یک مداخله گروهی توسط هژیر و همکارانش بر مبنای مدل خودتنظیمی بر بازنمایی ادراکی از بیماری که فردیت در آن حائز اهمیت است، نسبت داد.^(۳۲) از میان پژوهش‌های خارجی؛ نتایج مطالعه حاضر با پژوهش فرگوسن که در یک نمونه کوچک ۱۰ نفره اثربخشی پروتکل ترکیبی از تبعیت درمانی، درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی را بر تبعیت از دستورات دارویی بیماران مبتلا به RA به کاربست همخوان بود.^(۲۶) همچنین مطالعه حاضر با پژوهش گروارک و همکاران که در یک مطالعه طولی پرسش‌نامه

«هویت بیمار» تأکید کلی جلسات بر این بود که توانمند بودن برای مدیریت به هویت فرد ربطی ندارد و مدیریت بیماری در طول زمان به دست می‌آید و به میزان مهارت و توجهی که فرد در مصرف داروها و فعالیت‌های سلامت‌مدار از خود نشان می‌دهد، مرتبط است.

سافرین و همکاران بر این باورند که جلسه «گام‌های زندگی» از پروتکل درمانی CBT-AD به افزایش خودکارآمدی و ایجاد حس کنترل شخصی در بیماران منجر می‌شود و در این راستا افزایش بُعد «کنترل شخصی بر بیماری» را می‌توان حاصل کاربرد روش‌های افزایش پیروی از درمان پزشکی در طی جلسه «گام‌های زندگی» دانست.^(۳۱) جلسه «گام‌های زندگی» شامل مراحل است که درمان‌جو برنامه‌ریزی و اصول سازگاران پیروی از دستورات دارویی و رژیم‌های پزشکی را به صورت یک مهارت گام به گام می‌آموزد و نقاط ضعف خود را به کمک درمان‌گر معین کرده و راهکارهای منسجمی را به کار می‌بندد. کاهش افسردگی و کاهش بُعد «بازنمایی عاطفی منفی» را می‌توان حاصل از جلسه برنامه‌ریزی فعالیت‌های مفرح دانست.^(۳۲) همچنین جلسه بازسازی شناختی از طریق شناسایی تحریفات شناختی و جایگزینی افکار منطقی بیماران را از نتیجه‌گیری‌های سریع و نادیده انگاری موارد مثبت دور نمود و بدین ترتیب بُعد «پیامدهای بیماری» که بیماران متصور بر بیماری خود بودند، کاهش یافت.

با در نظر گرفتن این مهم که ابتلا به آرتریت روماتوئید موجب می‌شود فرد با عوامل تنش‌زا و مسائل بسیاری مواجه باشد و از آن‌جا که ممکن است مهارت‌های حل مسئله در افراد افسرده مختل شده باشد؛ فنون حل مسئله می‌توانند به تکمیل و اغنای آموزش مهارت‌های پیروی از درمان منجر شوند؛ لذا در جلسه حل مسئله به مسائل پیچیده بیماران پرداخته و با استفاده از بازسازی شناختی روند چالش برانگیز کنکاش مشکلات تعدیل شد و این مسیر را می‌توان به عنوان یکی از دلایل کاهش افکار پیرامون بُعد «مزمّن و حاد بودن بیماری» برشمرد.

ادراک از بیماری را در پیش‌بینی شاخص‌های جسمانی و روان‌شناختی به کار بستند و تغییر در بازنمایی‌های ادراکی بیماران را بر علایم بیماری و روان‌شناختی مؤثر اعلام نمودند همخوانی دارد.^(۳۵) تغییر در ابعاد مزبور را می‌توان در درجه اول محصول استفاده از یک برنامه مداخله‌ای متناسب با نیازهای فردی ناهمگن در یک گروه از بیماران مزمّن بر پایه ساخت نظری شناخت‌گرایی به‌شمار آورد. درمان CBT-AD همخوان با مدل خودتنظیمی لونتال بر تأثیر ابعاد عاطفی و شناختی افراد بر روند کلی رفتارهای سلامت‌مدار تأکید دارد و بدین ترتیب معنای فردی قوی هیجانات و ادراکات شناختی را در خود گنجانده است. در درجه دوم، استفاده از یک برنامه مداخله‌ای منسجم با تأثیر بر بازنمایی‌های ادراکی بیماران (به‌عنوان متغیر میانجی این تغییرات مثبت) توانسته است درک فرد از «بیماری» و «بیمار بودن» را منطقی و متعادل کند و بدین ترتیب موجب کاهش افسردگی و افزایش تبعیت از مصرف داروهای ضدروماتیسمی شود.

اساس این بسته مداخلاتی؛ درک مدل شناختی رفتاری توسط درمان‌جویان و درک تأثیر شناخت‌ها و هیجانات منفی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی آن‌ها بود. امتیاز درمان مزبور این بود که هر یک از سه جزء افسردگی و اتصالات بین این اجزا و رفتارهای سرپیچی بیمار را هدف‌گیری نمود. در جلسات CBT-AD برای القای حس خودکارآمدی، پیروی از درمان به‌عنوان مهارتی آموختنی و جزء لاینفک برنامه تغییر رفتار توصیف می‌شود.^(۳۱) در تبیین تغییرات حاصله در ابعاد پرسش‌نامه ادراک از بیماری می‌توان چنین اذعان نمود که انگیزه ایجاد شده حاصل از جلسه «مصاحبه انگیزشی» به احساس عاملیت بیماران انجامیده و به همراه محتوای جلسه آموزش روان‌شناختی درباره آرتریت روماتوئید موجب ابهام‌گشایی از بیماری گشته است و می‌توان آن را به‌عنوان عاملی مؤثر در کاهش بُعد «فقدان درک واضح و روشن از بیماری» و ارتقای بُعد «افزایش کنترل درمانی بر بیماری» در این درمان به‌شمار آورد. در کاهش بُعد

مطلوب درگیر شده و احساس تسلط بر شرایط و خودکارآمدی در آن‌ها افزایش می‌یابد.

حجم کم نمونه، باسواد بودن آزمودنی‌ها، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی، فقدان پی‌گیری نتایج در طولانی مدت و فقدان بررسی نتایج درمان روان‌شناختی بر علایم جسمانی بیماری آرتريت روماتوئید از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود و در پایان پیشنهاد می‌شود که اثربخشی CBT-AD بر نتایج آزمایشات بالینی و فعالیت بیماری RA در نمونه‌های وسیع‌تر به کار بسته شود.

در مجموع، درمان CBT-AD قادر است با تکیه بر خودکارآمدی و تغییر ادراک بیماران از شدت افسردگی کاسته و با تصحیح تحریفات شناختی و بازنشانی تفکرات انطباقی بازنمایی‌های ادراکی فرد را پیرامون بیماری تغییر دهد و به‌عنوان نوعی مقابله شناخت محور پیروی از درمان دارویی را ارتقا بخشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، روان‌شناسان و روان‌پزشکان روش مذکور را در مورد این بیماران به کار برده تا از این طریق بتوانند در ارتقای سلامت افراد مبتلا به آرتريت روماتوئید گام بردارند.

*سپاس‌گزاری:

همکاری شرکت‌کنندگان در این پژوهش شرط اصلی انجام مطالعه بود. پس از آن، این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد البرز انجام شد.

بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم پژوهشی و همچنین از مسئولین و اعضای محترم بیمارستان شریعتی، همکاران اجرایی و سایر بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، تقدیر و قدردانی می‌گردد. این مطالعه توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد البرز با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1395.8 و با کد IRCT20141012019511N3 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شد.

در نهایت، برای مقابله با عوارض جانبی داروها، نشانگان منطبق با آرتريت روماتوئید و یا درد به درمان‌جو آرام‌سازی و تنفس شکمی آموزش داده شد. نتایج حاصله با پژوهش زوکر و همکاران همخوانی نداشت. آن‌ها در پژوهش خود با هدف قرار دادن ادراک و باورهای بیماران به بهبود تبعیت از درمان دست نیافتند.^(۴۱) به نظر می‌رسد انتخاب بیماران دارای سابقه بیماری بیش از ۱۴ سال به نامعطف شدن باورهای آن‌ها در این پژوهش منجر گشته و ناهمگن بودن نرخ ناپیروی بیماران (۶۰ درصد در برابر ۱/۵ درصد) و پایین بودن درجه یکپارچگی مداخله مزبور بر این ناهمخوانی مؤثر بوده باشد. در مورد بُعد «سیر ادواری» این پژوهش مانند پژوهش هژیر و همکاران و گودمن و همکاران CBT-AD بر این بُعد مؤثر نبود و از یافته‌ها چنین برداشت می‌شود که این درمان باورهای مطابق با واقعیت بیماران (مانند، دوره‌ای بودن عود بیماری) را تغییر نمی‌دهد و به آن‌ها با خوش باوری و نفی واقعیت نمی‌رساند.^(۴۲و۴۳)

مزیت مطالعه حاضر در واکاوی اثربخشی CBT-AD بر افسردگی و پیروی از درمان این بود که با افزایش احساس خودکارآمدی پیروی از دستورات طبی بیمار را در جهت مدیریت بیماری آرتريت روماتوئید ارتقا داد و با فنون شناختی رفتاری کاهش افسردگی را پوشش داد. برنامه درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر در واکاوی اثربخشی CBT-AD بر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری، با استفاده از فنون شناختی رفتاری CBT-AD، ابعاد بازنمایی‌های ادراکی بیماران را هدف‌گیری کرده و هم به عمق شناخت فرد از تأثیر خودش بر سلامتی و محیط اطرافش افزود و از طریق بی‌اعتبار کردن شناخت‌های منفی و ناکارآمد در شرایط بیماری مزمن فعلی شناخت‌ها و ادراک منفی را تعدیل نمود.

منطق نهفته در CBT-AD از این ایده برخاسته است که اغلب یک رابطه همیشگی بین اشکال در خودتنظیمی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و افسردگی وجود دارد و با بهبود خودتنظیمی افراد در فعالیت‌ها و رفتارهای

*مراجع:

1. Cross M, Smith E, Hoy D, Carmona L, Wolfe F, Vos T, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(7): 1316-22. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204627.
2. Askary-Ashtiani AR, Mousavi SJ, Montazeri A, Shamsollahi S, Parnianpour M. Cultural adaptation and validation of the Persian version of the arthritis impact measurement scales 2-short form in patients with osteoarthritis of the knee. *Disabil Rehabil* 2009; 31(25): 2081-7. doi: 10.3109/09638280902918746.
3. Blum MA, Koo D, Doshi JA. Measurement and rates of persistence with and adherence to biologics for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Clin Ther* 2011; 33(7): 901-13. doi: 10.1016/j.clinthera.2011.06.001.
4. Brus H, van de Laar M, Taal E, Rasker J, Wiegman O. Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient Educ Couns* 1999; 36(1): 57-64. doi: 10.1016/S0738-3991(98)00087-1.
5. Doyle DV, Perrett D, Foster OJ, Ensor M, Scott DL. The long-term use of D-penicillamine for treating rheumatoid arthritis: is continuous therapy necessary? *J Rheumatol* 1993; 32(7): 614-7.
6. Koncz T, Pentek M, Brodsky V, Ersek K, Orlewska E, Gulacsi L. Adherence to biologic DMARD therapies in rheumatoid arthritis. *Expert Opin Biol Ther* 2010; 10(9): 1367-78. doi: 10.1517/14712598.2010.510508.
7. Pullar T, Peaker S, Martin MF, Bird HA, Feely MP. The use of a pharmacological indicator to investigate compliance in patients with a poor response to antirheumatic therapy. *Br J Rheumatol* 1988; 27(5): 381-4.
8. Contreras-Yáñez I, Ponce De León S, Cabiedes J, Rull-Gabayet M, Pascual-Ramos V. Inadequate therapy behavior is associated to disease flares in patients with rheumatoid arthritis who have achieved remission with disease-modifying antirheumatic drugs. *Am J Med Sci* 2010; 340(4): 282-90. doi: 10.1097/MAJ.0b013e3181e8bcb0.
9. Van den Bemt BJF. Optimizing pharmacotherapy in patients with rheumatoid arthritis: an individualized approach: [SI: sn]; 2009.68-83.
10. Viller F, Guillemin F, Briancon S, Moum T, Suurmeijer T, van den Heuvel W. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. *J Rheumatol* 1999; 26(10): 2114-22.
11. Englbrecht M, Alten R, Aringer M, Baerwald C, Burkhardt H, Eby N, et al. FRI0142 High prevalence of depression in patients with rheumatoid arthritis-Data from the large cross-sectional Vadera II study. *Ann Rheum Dis* 2016; 75(Suppl 2): 2-80. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-eular.3236.
12. Margaretten M, Julian L, Katz P, Yelin E. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *Int J Clin Rheumatol* 2011; 6(6): 617-23. doi: 10.2217/IJR.11.6
13. Brandstetter S, Riedelbeck G, Steinmann M, Loss J, Ehrenstein B, Apfelbacher C. Depression moderates the associations between beliefs about medicines and medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: cross-sectional study. *J Health Psychol* 2016; 1359105316646440. doi: 10.1177/1359105316646440.

14. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002; 53(4): 859-63. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00313-6.
15. Rathbun AM, Reed GW, Harrold LR. The temporal relationship between depression and rheumatoid arthritis disease activity, treatment persistence and response: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2013; 52(10): 1785-94. doi: 10.1093/rheumatology/kes356.
16. Joyce AT, Smith P, Khandker R, Melin JM, Singh A. Hidden cost of rheumatoid arthritis (RA): estimating cost of comorbid cardiovascular disease and depression among patients with RA. *J Rheumatol* 2009; 36(4): 743-52. doi: 10.3899/jrheum.080670.
17. Gonzalez JS, Penedo FJ, Llabre MM, Durán RE, Antoni MH, Schneiderman N, et al. Physical symptoms, beliefs about medications, negative mood, and long-term HIV medication adherence. *Ann Behav Med* 2007; 34(1): 46-55. doi: 10.1080/08836610701495565
18. Covic T, Tyson G, Spencer D, Howe G. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosom Res* 2006; 60(5): 469-76. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.09.011.
19. Reach G. The mental mechanisms of patient adherence to long-term therapies. mind and care. 2nd ed. New York: Springer Press; 2015; 128-37.
20. Hale ED, Treharne GJ, Kitas GD. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46(6): 904-6. doi: 10.1093/rheumatology/kem060.
21. Safren S, Gonzalez J, Soroudi N. Coping with chronic illness. A cognitive-behavioral therapy approach for adherence and depression. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2007; 87-90.
22. Safren SA, Hendriksen ES, Mayer KH, Mimiaga MJ, Pickard R, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for HIV medication adherence and depression. *Cogn Behav Pract* 2004; 11(4): 415-24.
23. Haghghi TH, Dousty Y, Mirzaian B, Kazem FM. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on illness perception, pain perception and life quality in patients with rheumatoid arthritis. *Scientific J Kurdistan Univ Med Sci* 2015;20(3): 45-57 [In Persian].
24. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach. *Psychol Health* 1998; 13(4): 717-33. doi: 10.1080/08870449808407425.
25. Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A. The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *Psychol Health* 2005; 20(5): 597-613. doi: 10.1080/14768320500094177.
26. Ferguson A, Ibrahim FA, Thomas V, Weinman J, Simpson C, Cope AP, et al. Improving medication adherence in rheumatoid arthritis (RA): a pilot study. *Psychol Health Med* 2015; 20(7): 781-9. doi: 10.1080/13548506.2015.1009917.
27. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20): 2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053.
28. Kay J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology* 2012; 51(suppl_6): vi5-9.

- doi: 10.1093/rheumatology.2012.kes279.
29. Little RJ, D'agostino R, Cohen ML, Dickersin K, Emerson SS, Farrar JT, et al. The prevention and treatment of missing data in clinical trials. *N Engl J Med* 2012; 367(14): 1355-60. doi: 10.1056/NEJMSr1203730.
30. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17(1): 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494.
31. Ghasemzadeh H, Arjmand M, Mohsenifar S, Hamidpour H. The revised illness perception questionnaire. Available from: <https://www.uib.no/ipq/index.html> (accessed 10 Oct 2007).
32. Hazhir F, Ahadi H, Pourshahbaz A, Rezaei M. The effectiveness of cognitive-behavior therapy on illness representations of multiple-sclerosis and improving their emotional states. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2012; 15(6): 415-26. [In Persian]
33. Rajabi G, Karjo KS. Psychometric properties of a persian-language version of the Beck depression inventory—second edition (BDI-II-persian). *Training Measurement* 2013; 3(10): 139-57. [In Persian]
34. Arjmandnia A, Namjoo S. Efficacy of memory specificity training (MEST) on underlying mechanisms of over general autobiographical memory (OGM) in people with major depression and childhood traumatic experience. *J Isfahan Med Sch* 2015; 33(329): 442-56. [In Persian]
35. Hays RD. *The Medical Outcomes Study (MOS) measures of patient adherence*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Science; 1994. 505-17.
36. Zarani F, Besharat MA, Sarami G, Sadeghian S. An information–motivation–behavioral skills (IMB) model-based intervention for CABG patients. *Int J Behav Med* 2012; 19(4): 543-9. doi: 10.1177/1359105309357092.
37. Fransen J, Stucki G, van Riel PL. Rheumatoid arthritis measures: Disease Activity Score (DAS), Disease Activity Score-28 (DAS28), Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR), and Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RADAI). *Arthritis Care Res* 2003; 49(S5): S214-24. doi: 10.1002/art.11407
38. Morowatisharifabad M, Nadrian H, Soleimani Salehabadi H, Mazloomi Mahmoodabad S, Asgarshahi M. The relationship between predisposing factors and self-care behaviors among patients with rheumatoid arthritis. *Hayat* 2009; 15(3): 39-51. [In Persian]
39. Nazemi Ardakani F, Bahrami H, Alipor A, Bayat N. Effectiveness of religious - spiritual intervention based on Islamic approach on psychological and immune indices in patients with Rheumatoid Arthritis. *J Psychol Res Quarterly* 2016; 6(4): 113-31. [In Persian]
40. Nazemi Ardakani F, Bahrami H. 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 Military Psychology* 2015; 6(22): 55-6. [In Persian]
41. Zwikker HE, van den Ende CH, van Lankveld WG, den Broeder AA, van den Hoogen FH, van de Mosselaar B, et al. Effectiveness of a group-based intervention to change medication beliefs and improve medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2014; 94(3): 356-

61. doi: 10.1016/j.pec.2013.12.002.

42. Goodman D, Morrissey S, Graham D, Bossingham D. The application of cognitive-behaviour therapy in altering illness

representations of systemic lupus erythematosus. Behav Change 2005; 22(3): 156-71. doi: 10.1375/bech.2005.22.3. 156.