Journal of Psychological Science
Print ISSN: 1735-7462 Online ISSN: 2676-6639
Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness Therapy on Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Rheumatoid Arthritis

Ameneh Fereidooni[1], **Mohammad Rajabi**[2]✉, **Ali Akbar Saremi**[3]

1. Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. E-mail: ameneh.fereidoony@iau.ac.ir
2. Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. E-mail: mohammad.rajabi@iau.ac.ir
3. Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. E-mail: Saremi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 21 May 2026
Received in revised form 23 September 2026
Accepted 10 October 2026
Published Online 23 October 2026

Keywords:
rheumatoid arthritis,
cognitive emotion regulation,
schema therapy,
mindfulness,
psychological intervention.

ABSTRACT

Background: Rheumatoid arthritis, as a chronic and disabling disease, in addition to physical complications, may contribute to psychological disorders such as anxiety, depression, and reduced quality of life through impairments in cognitive emotion regulation and increased use of maladaptive strategies. Therefore, investigating effective interventions for improving emotion regulation in these patients is of considerable importance.

Aims: The present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness therapy on maladaptive cognitive emotion regulation strategies in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: This study was conducted using a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a two-month follow-up period. The statistical population consisted of patients with rheumatoid arthritis attending the rheumatology clinic of Razi Hospital during 2024. A total of 45 eligible participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: schema therapy, mindfulness therapy, and a control group. Farrell and Shaw's (2012) schema therapy protocol was administered in 10 group sessions, while Segal et al.'s (2012) mindfulness therapy protocol was delivered in 8 group sessions; the control group remained on a waiting list. Data were collected using the Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2001) and analyzed through mixed analysis of variance.

Results: The findings indicated that both interventions, compared to the control group, significantly and persistently reduced maladaptive cognitive emotion regulation strategies, and these effects remained stable at the follow-up stage ($p<0.01$). Furthermore, no significant difference was found between the effectiveness of the two interventions at posttest and follow-up assessments ($p > 0.05$).

Conclusion: Based on the findings, schema therapy and mindfulness therapy can be considered effective complementary psychological interventions for improving emotional regulation in patients with rheumatoid arthritis.

Citation: Fereidooni, A., Rajabi, M., & Saremi, A.A. (2026). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness Therapy on Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Psychological Science*, 25(164), 1-18. 10.66224/jps.25.164.15

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 164, 2026
© The Author(s). **DOI**: 10.66224/jps.25.164.15

✉ **Corresponding Author:** Mohammad Rajabi, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.
E-mail: mohammad.rajabi@iau.ac.ir, Tel: (+98)9158943686

Extended Abstract

Introduction

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, progressive inflammatory disease associated with persistent pain, fatigue, and functional limitations, as well as significant psychological difficulties that negatively affect patients' quality of life (Sari et al., 2025; Nagy et al., 2023). Evidence indicates that patients with RA experience higher levels of anxiety, depression, and emotional distress than the general population. Chronic physical illnesses may also contribute to psychological maladjustment through impairments in cognitive emotion regulation and increased use of maladaptive strategies such as rumination and catastrophizing (Espeleta et al., 2020; Guarino et al., 2025). Therefore, improving emotion regulation has become an important issue in the psychological management of RA.

Cognitive emotion regulation refers to the cognitive strategies individuals use to manage emotional experiences. Adaptive strategies, such as acceptance and positive reappraisal, are associated with better psychological adjustment, whereas maladaptive strategies are linked to emotional distress and poorer functioning (Salazar Kaempf et al., 2023). In patients with RA, cognitive-emotional processing styles are significant predictors of fatigue severity, disability, and daily functioning limitations (Cengiz & Günaydin, 2024). Moreover, prolonged emotional distress may strengthen maladaptive regulation patterns and increase psychological vulnerability (Kozubal et al., 2023).

In recent years, psychological interventions targeting cognitive and emotional processes have received increasing attention in chronic illness care. Systematic reviews suggest that these interventions can reduce psychological distress and improve emotional adjustment and quality of life (Nye et al., 2023). Among these approaches, mindfulness-based interventions have been shown to improve cognitive emotion regulation and reduce psychological distress in patients with chronic illnesses (Zhu et al., 2023). Likewise, schema therapy, by modifying maladaptive cognitive-emotional schemas, has demonstrated positive effects on emotion regulation across various clinical populations (Sobhani et al., 2023).

Despite growing evidence supporting both interventions, few studies have directly compared the effectiveness of schema therapy and mindfulness therapy on cognitive emotion regulation in patients with rheumatoid arthritis. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of these two interventions on cognitive emotion regulation in patients with RA.

Method

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a two-month follow-up. Participants included 45 patients with rheumatoid arthritis, aged 25–55 years, recruited via convenience sampling from the rheumatology clinic at Razi Hospital in 2024. After the pretest, participants were randomly assigned to three groups: schema therapy, mindfulness therapy, and a control group (15 participants in each group).

Inclusion criteria included a confirmed diagnosis of rheumatoid arthritis, informed consent for participation, at least a high school diploma, and no concurrent psychological treatment or psychiatric medication use. Exclusion criteria were absence from more than two sessions, withdrawal from the study, or initiation of psychological or psychiatric treatment during the intervention period.

Data were collected at the pretest, posttest, and follow-up stages using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire developed by Garnefski et al. (2001). The questionnaire consists of 36 items assessing nine cognitive emotion regulation strategies. Previous Iranian research has reported acceptable reliability for the scale (Hasani, 2010).

Group schema therapy was conducted according to the protocol developed by Farrell and Shaw and consisted of 10 weekly 90-minute sessions (Nikouzadeh et al., 2023). Mindfulness therapy was implemented based on the program developed by Segal et. al. (2012), and consisted of eight weekly 90-minute sessions. Both interventions were delivered by a psychology doctoral student trained in the relevant therapeutic approaches. The control group remained on a waiting list and received no psychological intervention during the study period.

Results

Data from 45 patients with rheumatoid arthritis were analyzed, including 15 participants in the schema

therapy group, 15 in the mindfulness therapy group, and 15 in the control group. The demographic findings showed that 60% of the participants were female and 56% were single. Most participants had a diploma or lower level of education (57%). Participants' ages ranged from 25 to 54 years, with a mean age of 38.44 years (SD = 8.76). No significant differences in age were observed among the groups ($p > .05$), indicating acceptable group homogeneity. To evaluate the effects of schema therapy and mindfulness therapy on maladaptive cognitive emotion regulation strategies, including self-blame, other-blame, rumination, and catastrophizing, a mixed ANOVA was conducted. The results are presented in Table 1.

Table1. Within, Between and Interaction Effects for Maladaptive CER Strategies

Variable	Source	df	f	p	$^2\eta$
Self-blame	Time	1.51, 63.37	29.21	< .001	.410
	Group	2, 42	0.01	.986	.001
	Time × Group	3.02, 63.37	8.63	< .001	.291
Other-blame	Time	1.50, 62.78	36.07	< .001	.462
	Group	2, 42	6.91	.003	.248
	Time × Group	2.99, 62.78	7.35	< .001	.259
Rumination	Time	1.50, 62.78	36.07	< .001	.462
	Group	2, 42	0.63	.539	.029
	Time × Group	2.99, 62.78	7.35	< .001	.259
Catastrophizing	Time	1.97, 82.81	9.80	< .001	.189
	Group	2, 42	10.34	< .001	.330
	Time × Group	3.94, 82.81	2.12	.086	.092

The results (Table 1), indicated a significant main effect of time on all maladaptive strategies ($p < .01$). In addition, the time × group interaction effect was significant for self-blame, other-blame, and rumination, whereas the interaction effect for catastrophizing was not significant ($p > .05$). Between-group analyses demonstrated significant differences in other-blame and catastrophizing ($p < .01$), whereas no significant differences were found for self-blame or rumination ($p > .05$). Pairwise comparisons of the groups were conducted using the Bonferroni correction, and the results are reported in the following table.

Table2. Bonferroni Pairwise Comparisons Between Groups

Variable	Comparison	Mean Difference	p
Other-blame	ST vs. Control	-1.89	.008
	MT vs. Control	-1.93	.007
	ST vs. MT	-0.04	1.00
Catastrophizing	ST vs. Control	-3.02	.001
	MT vs. Control	-3.04	.001
	ST vs. MT	-0.02	1.00

As reported in Table 2, Bonferroni post-hoc comparisons showed that both schema therapy and mindfulness therapy significantly reduced other-blame and catastrophizing compared with the control group ($p < .01$). However, no significant differences were observed between the two intervention groups. Subsequent pairwise comparisons across three time point using the Bonferroni post-hoc test are reported below.

Table3. Bonferroni Pairwise Comparisons Across Time Points

Variable	Comparison	Mean Difference	p
Self-blame	Pretest vs. Posttest	0.96	.001
	Pretest vs. Follow-up	1.29	.001
Other-blame	Pretest vs. Posttest	1.07	.001
	Pretest vs. Follow-up	1.36	.001
Rumination	Pretest vs. Posttest	1.07	.001

Variable	Comparison	Mean Difference	p
Catastrophizing	Pretest vs. Follow-up	1.36	.001
	Pretest vs. Posttest	0.87	.010
	Pretest vs. Follow-up	1.13	.001

As reported in Table 3, pairwise comparisons across assessment stages showed that pretest scores were significantly higher than posttest and follow-up scores across all maladaptive subscales ($p < .01$), indicating the sustained effectiveness of both interventions in reducing maladaptive cognitive emotion regulation strategies.

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness therapy in reducing maladaptive cognitive emotion regulation strategies in patients with rheumatoid arthritis. The findings demonstrated that both interventions significantly reduced maladaptive strategies, including self-blame, rumination, catastrophizing, and blaming others, compared with the control group, and these effects remained stable at follow-up. However, no significant difference was found between the two interventions, indicating relatively similar effectiveness in modifying maladaptive cognitive-emotional processes.

The effectiveness of schema therapy is consistent with previous studies showing that schema-based interventions improve emotion regulation and reduce maladaptive cognitive patterns in clinical populations (Emamzamani et al., 2023; Ansarishahidi et al., 2021). From a theoretical perspective, schema therapy targets early maladaptive schemas and dysfunctional coping styles that underlie negative emotional responses and maladaptive cognitive strategies (Sobhani et al., 2023). Therefore, the reduction in maladaptive emotion regulation strategies observed in the present study may be attributed to improvements in cognitive-emotional restructuring and adaptive self-regulation.

The findings related to mindfulness therapy are also in line with previous evidence indicating that mindfulness interventions reduce emotional distress and maladaptive cognitive processing while improving adaptive emotion regulation (Komarati et al., 2021; Nye et al., 2023). Mindfulness-based approaches promote nonjudgmental awareness and cognitive distancing from negative thoughts, thereby reducing rumination, catastrophizing, and emotional reactivity (Ariana Kia et al., 2024). In patients with chronic illnesses such as rheumatoid arthritis, these mechanisms may contribute to reduced psychological distress and improved emotional adjustment.

The absence of a significant difference between the two interventions suggests that, despite their distinct theoretical foundations, both approaches are effective in disrupting maladaptive cognitive-emotional cycles associated with chronic illness. Clinically, these findings highlight the importance of integrating evidence-based psychological interventions into multidisciplinary care for patients with rheumatoid arthritis. Both schema therapy and mindfulness therapy may serve as effective complementary interventions for improving cognitive emotion regulation and reducing emotional distress in this population.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article was derived from the doctoral dissertation of the first author in the field of Psychology at Islamic Azad University. The study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University under the ethical approval code IR.IAU.TJ.REC.1402.012. All participants received detailed information regarding the study objectives, confidentiality of data, and their right to withdraw from the study at any stage without penalty. Written informed consent was obtained from all participants prior to enrollment, and all collected information was kept confidential and used solely for research purposes.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: All the authors contributed to the conceptualization of study and confirm the last version of article. The first author was responsible for carrying out the operational steps, and the other authors were responsible for supervising and guiding the study.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We would like to thank all the staff of Rheumatology Clinic of Razi Hospital in Rasht, Gilan province.

مجله علوم روانشناختی

شاپا چاپی: ۷۴۶۲-۱۷۳۵ شاپا الکترونیکی: ۶۶۳۹-۲۶۷۶

Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

آمنه فریدونی[۱]، محمد رجبی[۲]✉، علی‌اکبر صارمی[۳]

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران. رایانامه: ameneh.fereidoony@iau.ac.ir

۲. گروه روان‌شناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران. رایانامه: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

۳. گروه روان‌شناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران. رایانامه:Saremi@iau.ac.ir

مشخصات مقاله

نوع مقاله:
پژوهشی

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۳۱
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۸
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:
آرتریت روماتوئید، تنظیم‌شناختی هیجان، طرح‌واره‌درمانی، ذهن‌آگاهی، مداخله روان‌شناختی.

چکیده

زمینه: آرتریت روماتوئید به‌عنوان یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده، علاوه بر مشکلات جسمانی، از طریق اختلال در تنظیم‌شناختی هیجان و افزایش بکارگیری راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی در بیماران شود؛ ازاین‌رو، بررسی مداخلات موثر در بهبود تنظیم هیجان این بیماران حائز اهمیت است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

روش: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل مراجعین مبتلا به آرتریت روماتوئید کلینیک روماتولوژی بیمارستان رازی شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود. در مجموع، ۴۵ شرکت‌کننده واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه طرح‌واره‌درمانی، درمان ذهن‌آگاهی و گروه گواه گمارده شدند. مداخله طرح‌واره‌درمانی فارل و شاو (۲۰۱۲) در ۱۰ جلسه گروهی و درمان ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰۱۲) در ۸ جلسه گروهی اجرا شد؛ در حالی که گروه گواه در فهرست انتظار باقی ماند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) گردآوری و از طریق تحلیل واریانس مختلط مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله، در مقایسه با گروه گواه، به‌طور معنادار و پایدار موجب کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان شدند و این آثار در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماندند ($p< ۰/۰۱$). افزون بر این، تفاوت معناداری میان میزان اثربخشی دو مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p> ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، طرح‌واره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مکمل و موثر برای بهبود مدیریت هیجانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در نظر گرفت.

استناد: فریدونی، آمنه؛ رجبی، محمد؛ و صارمی، علی‌اکبر (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱ -۱۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۴، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.164.15

© نویسندگان.

✉**نویسنده مسئول:** محمد رجبی، گروه روان‌شناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران. رایانامه: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۵۸۹۴۳۶۸۶

مقدمه

آرتریت روماتوئید[1] به‌عنوان یک بیماری التهابی، مزمن و پیشرونده، نه‌تنها با درد مداوم، خستگی و محدودیت‌های عملکردی طولانی‌مدت همراه است (ساری و همکاران، ۲۰۲۵)، بلکه پیامدهای روان‌شناختی قابل‌توجهی نیز به دنبال دارد که می‌تواند به‌طور معناداری بر روند بیماری و کیفیت زندگی بیماران تاثیر بگذارد (ناگی و همکاران، ۲۰۲۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید، در مقایسه با جمعیت عمومی، سطوح بالاتری از آشفتگی هیجانی، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند و این مشکلات روان‌شناختی به‌طور مستقیم با شدت علائم جسمانی، خستگی و اختلال در عملکرد روزمره مرتبط است (سنگیز و گونایدین، ۲۰۲۴). مطالعات نشان می‌دهد، بیماری‌های جسمانی مزمن (مانند آرتریت روماتوئید) از طریق اختلال در تنظیم‌شناختی هیجان و افزایش به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه زمینه‌ساز بروز اختلالات روان‌شناختی، کاهش سازگاری هیجانی و افت کیفیت زندگی بیماران می‌شوند؛ به‌گونه‌ای که دشواری در تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از عوامل واسطه‌ای کلیدی در سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناخته می‌شود (اسپلیتا و همکاران، ۲۰۲۰). ازسوی‌دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجان سازگار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، نقش تعیین‌کننده‌ای در شدت مشکلات روان‌شناختی و نحوه انطباق آنان با بیماری ایفا می‌کنند (گوارینو و همکاران، ۲۰۲۵). ازاین‌رو، بررسی مداخلات موثر در بهبود تنظیم هیجان این بیماران، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در سال‌های اخیر، سازمان بهداشت جهانی بر رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی تاکید کرده و با توجه به نقش مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد در بهبود سازگاری هیجانی، کاهش بار روانی و ارتقای پیامدهای درمانی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، ضرورت ادغام این مداخلات در نظام‌های مراقبت سلامت را مورد توجه قرار داده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴).

تنظیم‌شناختی هیجان، که به مجموعه‌ای از راهبردهای شناختی آگاهانه برای مدیریت، تفسیر و تعدیل هیجان‌های منفی اشاره دارد، نقش مهمی در سازگاری روان‌شناختی با بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند (باقری اول طاهری و همکاران، ۱۴۰۵؛ کیانی پور و همکاران، ۱۴۰۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان، مانند نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و خودسرزنشی، با افزایش آشفتگی هیجانی، تشدید تجربه درد و کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی همراه هستند (انصاری شهیدی و همکاران، ۱۳۹۹؛ امام زمانی و همکاران، ۱۴۰۲)؛ درحالی‌که راهبردهای سازگارانه‌تری نظیر پذیرش، بازنگری شناختی و تمرکز مجدد مثبت، با سلامت روان بهتر و کیفیت زندگی بالاتر ارتباط دارند (سالازار کامف و همکاران، ۲۰۲۳). در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و سبک‌های پردازش شناختی - هیجانی، پیش‌بینی‌کننده شدت خستگی، محدودیت در فعالیت‌های روزمره و ناتوانی ادراک‌شده هستند (سنگیز و گونایدین، ۲۰۲۴). افزون بر این، شواهد حاکی از وجود رابطه‌ای پویا و دوسویه میان شدت هیجان‌های تجربه‌شده در زندگی روزمره و انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان است (حسینلو و همکاران، ۱۴۰۵)؛ به‌گونه‌ای که تجربه هیجان‌های شدید و طولانی‌مدت می‌تواند وابستگی به راهبردهای شناختی ناسازگارانه را افزایش دهد و این چرخه نیز به تداوم آسیب‌پذیری روان‌شناختی در بیماران منجر شود (کوزوبال و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، تنظیم‌شناختی هیجان به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان سازه‌ای کلیدی در تبیین مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد توجه پژوهشگران و متخصصان بالینی قرار گرفته است.

در دهه‌های اخیر، با افزایش توجه به پیچیدگی‌های روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های مزمن، مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد نیز اهمیت بیشتری یافته‌اند. شواهد انباشته نشان می‌دهد که این مداخلات می‌توانند پیامدهای هیجانی، شناختی و کیفیت زندگی بیماران را به‌طور معناداری بهبود بخشند. مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها نیز حاکی از آن است که مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر فرایندهای شناختی و هیجانی، در کاهش آشفتگی روان‌شناختی و افزایش سازگاری بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی موثر هستند (نای و همکاران، ۲۰۲۳). در میان این رویکردها، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی که بر آگاهی بدون قضاوت نسبت به تجربه‌های درونی و پذیرش هیجان‌ها تاکید دارند (کوماراتی و همکاران، ۲۰۲۱؛ آریاناکیا و همکاران، ۲۰۲۴)، اثربخشی قابل‌توجهی در بهبود تنظیم‌شناختی هیجان و کاهش آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به

[1]. rheumatoid arthritis

بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند. برای مثال، نتایج یک کارآزمایی بالینی تصادفی نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، کاهش آشفتگی روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان شده است (ژو و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، شواهد تجربی نشان می‌دهد که مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان که با هدف اصلاح الگوهای شناختی ناسازگارانه طراحی می‌شوند، می‌توانند به بهبود معنادار راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی منجر شوند (عطا و همکاران، ۲۰۲۴). در مجموع، این یافته‌ها اهمیت بالینی مداخلات روان‌شناختی ساختارمند با تمرکز مستقیم بر فرایندهای تنظیم‌شناختی هیجان را در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن برجسته می‌سازد.

با وجود شواهد گسترده درباره اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر پیامدهای هیجانی و شناختی، بررسی دقیق ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بسیاری از مطالعات، عمدتا از طرح‌های کلی و غیرمقایسه‌ای استفاده کرده‌اند و توجه محدودی به مقایسه مستقیم رویکردهایی با مبانی نظری متفاوت داشته‌اند. به‌طور خاص، اگرچه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بارها به‌عنوان رویکردی موثر در بهبود تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن گزارش شده است، شواهد مربوط به مقایسه اثربخشی آن با رویکردهای عمیق‌تر شناختی - هیجانی، نظیر طرحواره‌درمانی، همچنان محدود است (ژائو و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی، از طریق شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه شناختی و هیجانی، می‌تواند به بهبود معنادار راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در جمعیت‌های بالینی مختلف، از جمله زنان تحت جراحی چاقی و بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، منجر شود (صبحانی و همکاران، ۲۰۲۳). از این منظر، مقایسه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی از آن جهت اهمیت دارد که این دو رویکرد، با وجود هدف مشترک در بهبود فرایندهای شناختی - هیجانی، از مسیرهای درمانی متفاوتی عمل می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که طرحواره‌درمانی بر شناسایی و اصلاح الگوهای عمیق، پایدار و ریشه‌دار شناختی - هیجانی تاکید دارد، در حالی که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر بر افزایش آگاهی غیرقضاوتی، پذیرش تجربه‌های درونی و فاصله‌گیری شناختی از افکار و هیجان‌های منفی متمرکز است؛ بنابراین، مقایسه مستقیم این دو رویکرد می‌تواند روشن سازد که کدام نوع مداخله، یا تا چه اندازه هر یک از آن‌ها، در تعدیل راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثربخش‌تر است. با این حال، علی‌رغم گسترش کاربرد هر دو رویکرد درمانی، پژوهش‌های اندکی به بررسی و مقایسه مستقیم اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته‌اند. این خلا پژوهشی، ضرورت انجام مطالعات مقایسه‌ای هدفمند در این حوزه را برجسته می‌سازد.

در مجموع، با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده آرتریت روماتوئید و نقش اساسی فرایندهای شناختی - هیجانی در سازگاری بیماران با این بیماری، شناسایی و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی موثر برای بهبود تنظیم‌شناختی هیجان از اهمیت بالینی و پژوهشی بالایی برخوردار است. اگرچه شواهد موجود، اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در بهبود تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و کارکردهای شناختی - اجرایی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تایید کرده‌اند (الکاسیر و همکاران، ۲۰۲۵). هنوز مشخص نیست که آیا این رویکرد در مقایسه با طرحواره‌درمانی، که بر اصلاح الگوهای شناختی - هیجانی عمیق‌تر و پایدارتر تاکید دارد، از اثربخشی مشابهی برخوردار است یا خیر. نوآوری پژوهش حاضر در آن است که به جای بررسی جداگانه اثربخشی یک مداخله روان‌شناختی، دو رویکرد درمانی با مبانی نظری و سازوکارهای مداخله‌ای متفاوت را به‌طور مستقیم در یک گروه بالینی خاص، یعنی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، مقایسه می‌کند. همچنین، تمرکز پژوهش بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان، امکان تبیین دقیق‌تر نقش مداخلات روان‌شناختی در اصلاح فرایندهای شناختی - هیجانی مرتبط با سازگاری بیماران با بیماری مزمن را فراهم می‌سازد؛ بنابراین، انجام پژوهشی نظام‌مند برای مقایسه مستقیم اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، می‌تواند علاوه بر پر کردن خلا موجود در ادبیات پژوهش، شواهد کاربردی ارزشمندی را برای متخصصان بالینی، روان‌شناسان سلامت و سیاست‌گذاران حوزه سلامت فراهم آورد و زمینه انتخاب آگاهانه‌تر مداخلات روان‌شناختی متناسب با نیازهای این بیماران را تسهیل کند. بر این اساس، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان

مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش به‌صورت نیمه‌آزمایشی با طرح سه گروهی با پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری دوماهه انجام شد. سه گروه در مطالعه حضور داشتند: گروه آزمایش اول (طرحواره‌درمانی) گروه آزمایش دوم (درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی) و گروه گواه (فهرست انتظار/بدون مداخله). سنجش متغیرهای پژوهش در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون). محل اجرای پژوهش درمانگاه روماتولوژی بیمارستان رازی شهر رشت بود و مطالعه در بازه زمانی سال ۱۴۰۳ انجام شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان پژوهش، درمان ذهن‌آگاهی برای اعضای گروه گواه نیز اجرا شد.

جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در بازه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال بود که در سال ۱۴۰۳ به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان رازی رشت مراجعه کردند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد؛ بدین ترتیب، از میان مراجعه‌کنندگان واجد شرایط، ۴۵ نفر انتخاب شدند و پس از اجرای پیش‌آزمون و احراز ملاک‌ها، به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و گروه گواه) تخصیص یافتند.

حجم نمونه با توجه به نرم افزار G*Power. ۳,۱ برای تحلیل واریانس مختلط با اندازه اثر ۰/۶۰، سطح معنی داری ۰/۵۰ و احتمال ۰/۹۵ برای رد فرض صفر؛ همچنین، وجود سه گروه و یک متغیر وابسته ۴۷ نفر برآورد شد و در نهایت با در توجه به مطالعات قبلی و توصیه‌های رایج در پژوهش‌های آزمایشی (حداقل ۱۵ نفر در هر گروه)، ۴۵ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود شامل تشخیص آرتریت روماتوئید توسط پزشک فوق‌تخصص روماتولوژی، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های روان‌درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی همزمان با پژوهش، و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود که طی ویزیت و مصاحبه اولیه با آزمودنی ها و پیش از امضای فرم رضایت آگاهانه مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، انصراف از پژوهش، و شروع روان‌درمانی یا مصرف قرص‌های روانپزشکی در حین پژوهش بود.

ب) ابزار

پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گارنفسکی (CERQ) [1]: برای سنجش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان از پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد. این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی با ۳۶ عبارت است که بر اساس مقیاس لیکرت ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه دارای ۹ خرده‌مقیاس شامل: سرزنش خود، پذیرش، تمرکز بر تفکر، توجه مثبت مجدد، برنامه‌ریزی مجدد، بازارزیابی مثبت، نسبی‌بودن وقایع، فاجعه سازی و سرزنش دیگران است. گویه‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس به این صورت نمره‌گذاری می‌شوند: سرزنش خود: گویه‌های ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸؛ پذیرش: گویه‌های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹؛ نشخوار فکری: گویه‌های ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰؛ تمرکز مجدد مثبت: گویه‌های ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: گویه‌های ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲؛ بازارزیابی مثبت: گویه‌های ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳؛ دیدگاه‌پذیری یا نسبی‌کردن وقایع: گویه‌های ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴؛ فاجعه‌سازی: گویه‌های ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵؛ و سرزنش دیگران: گویه‌های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶. دامنه نمره هر خرده‌مقیاس از ۴ تا ۲۰ و دامنه نمره کل پرسشنامه از ۳۶ تا ۱۸۰ متغیر است؛ نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر از همان راهبرد شناختی تنظیم هیجان است. همچنین، در صورت محاسبه نمره راهبردهای ناسازگارانه شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران، دامنه نمره این بخش از ۱۶ تا ۸۰ خواهد بود. در پژوهش گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، روایی سازه ابزار از طریق تحلیل عاملی تاییدی بررسی و ساختار ۹ عاملی پرسشنامه تایید شد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی در فاصله زمانی چندماهه بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۵ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران مطالعه حسنی (۱۳۸۹)، پایایی کل مقیاس را ۰/۸۶ و پایایی خرده‌مقیاس‌ها را حداقل ۰/۷۵ گزارش نمود. در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل

[1]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۱ قرار داشت. در خصوص مداخلات مورد استفاده، طرحواره‌درمانی گروهی بر اساس چارچوب فارل و شاو (۲۰۱۲) در قالب ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد (نیکوزاده و همکاران، ۱۴۰۲). در ادامه خلاصه پروتکل طرحواره درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل طرحواره درمانی

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
۱	ایجاد اتحاد درمانی، آشنایی بیماران با منطق طرحواره‌درمانی و صورت‌بندی اولیه مشکلات در چارچوب طرحواره‌ای.	آشنایی با اعضا، ایجاد رابطه حسنه، ارائه توضیحاتی درباره ابعاد روان‌شناختی آرتریت روماتوئید و معرفی اهداف و منطق طرحواره‌درمانی. مشکلات بیماران از جمله دشواری در تنظیم‌شناختی هیجان، کارکرد اجرایی پایین و درد مزمن در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی صورت‌بندی شد.	ثبت موقعیت‌هایی که موجب هیجان منفی، درد روان‌شناختی یا افکار ناسازگارانه می‌شوند و یادداشت واکنش‌های شناختی و هیجانی در آن موقعیت‌ها.
۲	افزایش آگاهی نسبت به طرحواره‌های ناسازگار و بررسی اعتبار آن‌ها بر اساس شواهد واقعی.	بررسی شواهد عینی تاییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس تجربه‌های گذشته و موقعیت‌های فعلی بیمار. بحث درباره تفاوت طرحواره ناسازگار با الگوی سالم‌تر تفکر.	تکمیل فرم ثبت شواهد تاییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها در موقعیت‌های روزمره.
۳	اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار و افزایش توانایی بیمار در شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد.	آموزش تکنیک‌های شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره، بازتعریف شواهد تاییدکننده طرحواره و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار.	شناسایی یک سبک مقابله‌ای غالب و نوشتن مزایا، معایب و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت آن.
۴	فعال‌سازی بخش بزرگسال سالم و کمک به بیمار برای شناخت و بیان نیازهای هیجانی ارضانشده.	تقویت مفهوم «بزرگسال سالم»، شناسایی نیازهای هیجانی ارضانشده و آموزش راهکارهایی برای بیان و تخلیه هیجان‌های سرکوب‌شده.	نوشتن نیازهای هیجانی برآورده‌نشده و تمرین بیان سالم یک هیجان یا نیاز در طول هفته.
۵	بهبود مهارت‌های ارتباطی و افزایش توانایی بیمار در گفت‌وگوی سالم با بخش‌های هیجانی و شناختی خود.	آموزش برقراری ارتباط سالم و استفاده از گفت‌وگوی خیالی برای مواجهه با بخش‌های آسیب‌پذیر یا طرحواره‌ای.	تمرین یک گفت‌وگوی خیالی کوتاه با یکی از موقعیت‌ها یا افراد مرتبط با فعال‌شدن طرحواره و ثبت احساسات پس از تمرین.
۶	کاهش اجتناب هیجانی و کمک به پردازش تجربه‌های هیجانی مرتبط با طرحواره‌ها.	آموزش تکنیک‌های تجربی شامل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و مواجهه تدریجی با دشوارترین موقعیت‌ها.	انجام تمرین تصویرسازی ذهنی در منزل و ثبت افکار، هیجان‌ها و واکنش‌های بدنی تجربه‌شده.
۷	شناسایی الگوهای ارتباطی ناسازگار و تمرین پاسخ‌های سالم‌تر در روابط بین‌فردی.	بررسی رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و آموزش نقش‌بازی کردن برای بازسازی الگوهای ارتباطی ناسالم.	انتخاب یک رابطه مهم و ثبت الگوهای رفتاری ناسالم و پاسخ‌های جایگزین سالم‌تر در آن رابطه.
۸	تقویت رفتارهای سازگارانه و انتقال آموخته‌های درمانی به موقعیت‌های واقعی زندگی.	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و آموزش انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید.	اجرای یک رفتار سالم جدید در یک موقعیت واقعی و ثبت نتیجه، احساسات و موانع تجربه‌شده.
۹	افزایش انگیزه برای تغییر، پیشگیری از بازگشت به الگوهای ناسازگار و تقویت تعهد به رفتارهای سالم.	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و آموزش راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار.	تهیه فهرستی از موانع تغییر رفتار و نوشتن راهکار عملی برای مقابله با هر مانع.
۱۰	تثبیت آموخته‌ها، تقویت خودکارآمدی بیمار و برنامه‌ریزی برای تداوم استفاده از مهارت‌ها پس از پایان جلسات.	مرور اجمالی مطالب جلسات قبل، تمرین راهکارهای آموخته‌شده و جمع‌بندی برنامه درمانی.	تدوین برنامه شخصی برای ادامه تمرین مهارت‌ها و شناسایی علائم هشداردهنده بازگشت به الگوهای ناسازگار.

در جدول ۱، اهداف، محتوا و تکالیف طرحواره درمانی طبق پروتکل فارل و شاو (۲۰۱۲) گزارش شد. درمان ذهن‌آگاهی نیز به‌صورت گروهی و بر پایه برنامه درمانی طراحی‌شده توسط سگال و همکاران (۲۰۱۲)، در قالب ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد. هر دو مداخله توسط دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی که تحت آموزش تخصصی در رویکرد درمانی مربوطه قرار گرفته بود اجرا شدند. گروه گواه در فهرست انتظار قرار داشت و در طول دوره مداخله پژوهش، درمان روانشناختی دریافت نکرد. در ادامه خلاصه پروتکل درمان ذهن آگاهی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲. خلاصه پروتکل درمان ذهن‌آگاهی

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
۱	ایجاد اتحاد گروهی، آشنایی بیماران با منطق ذهن‌آگاهی و افزایش آگاهی اولیه نسبت به تجربه‌های بدنی و هیجانی.	آشنایی با اعضا، ایجاد رابطه حسنه، توضیح درباره ابعاد روان‌شناختی آرتریت روماتوئید و نقش ذهن‌آگاهی در کمک به بیماران. تعیین خط‌مشی کلی جلسات با تاکید بر محرمانه‌بودن اطلاعات، معرفی اعضا، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدن، توضیح تکالیف خانگی و توزیع جزوه‌ها و فایل‌های تمرینی.	انجام تمرین وارسی بدن در منزل، تمرین خوردن آگاهانه و ثبت تجربه‌های بدنی، هیجانی و شناختی پس از تمرین.
۲	افزایش آگاهی نسبت به ارتباط بدن، افکار و هیجان‌ها و شناسایی موانع اولیه در تمرین ذهن‌آگاهی.	تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی به‌عنوان راهی برای افزایش آگاهی از تجربه‌های درونی. بازنگری تکلیف خانگی، تمرین شناسایی افکار و احساسات و بررسی موانع انجام تمرین‌ها.	انجام تمرین وارسی بدن و ثبت افکار، احساسات و موانعی که هنگام تمرین تجربه می‌شود.
۳	تقویت توجه متمرکز و آموزش بازگشت آگاهانه به تنفس هنگام حواس‌پرتی یا درگیری ذهنی.	تمرین «دیدن» یا «شنیدن» آگاهانه، معرفی مراقبه نشسته و منطق آن، و تمرین ذهن‌آگاهی بر تنفس.	انجام مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و ثبت میزان توجه، حواس‌پرتی‌ها و نحوه بازگشت به تمرین.
۴	افزایش توانایی حضور در لحظه و مشاهده افکار و صداها بدون قضاوت یا واکنش فوری.	ادامه تمرین دیدن یا شنیدن، تمرین ماندن در زمان حال، مراقبه نشسته و آگاهی از تنفس، اصوات و افکار.	تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس، صداها و افکار و ثبت تجربه‌های ذهنی و هیجانی.
۵	تقویت پذیرش تجربه‌های ناخوشایند و کاهش اجتناب شناختی و هیجانی در مواجهه با درد و هیجان‌های منفی.	آموزش پذیرش و اجازه‌دادن به حضور تجربه‌های درونی، مراقبه نشسته و ذهن‌آگاهی نسبت به مشکلات بیماران، از جمله دشواری در تنظیم‌شناختی هیجان، کارکرد اجرایی پایین و درد مزمن.	تمرین پذیرش آگاهانه در برابر یک تجربه ناخوشایند روزمره و ثبت افکار، احساسات و واکنش‌های بدنی مرتبط با آن.
۶	افزایش فاصله‌گیری شناختی از افکار منفی و کاهش همانندسازی با درد، رنج و هیجان‌های ناخوشایند.	بررسی نقش افکار منفی و خلق در محدودکردن تجربه فرد. آموزش این اصل که «افکار واقعیت نیستند» و تمرین کار با دردهای هیجانی با تاکید بر جداسازی رنج از هویت فرد.	ثبت افکار منفی روزانه و تمرین مشاهده آن‌ها به‌عنوان فکر، نه واقعیت قطعی.
۷	افزایش خودمراقبتی، شفقت نسبت به خود و توانایی انتخاب پاسخ‌های سالم‌تر در موقعیت‌های دشوار.	آموزش مراقبت از خود، شناسایی شیوه‌های سالم حمایت از خود و تمرین پاسخ‌های آگاهانه به نیازهای جسمانی و روان‌شناختی.	انجام یک فعالیت خودمراقبتی آگاهانه در طول هفته و ثبت اثر آن بر خلق، بدن و افکار.
۸	تثبیت مهارت‌های آموخته‌شده، افزایش خودکارآمدی و برنامه‌ریزی برای تداوم تمرین‌ها پس از پایان جلسات.	جمع‌بندی آموخته‌ها، برنامه‌ریزی برای ادامه تمرین‌های ذهن‌آگاهی در آینده و تاکید بر نقش تمرین منظم ذهن‌آگاهی در حفظ تعادل زندگی.	

در جدول ۲، اهداف، محتوای جلسات و تکالیف درمان ذهن آگاهی ارائه شدند. در ادامه یافته‌های پژوهش گزارش شده‌اند.

یافته‌ها

داده‌های مربوط به ۴۵ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد تحلیل قرار گرفت. از این تعداد، ۱۵ نفر در گروه طرحواره‌درمانی، ۱۵ نفر در گروه درمان ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سن در سه گروه طرحواره‌درمانی، درمان ذهن‌آگاهی و گواه بررسی شد. در مجموع، تعداد زنان بیشتر از مردان بود؛ به‌طوری که ۲۷ نفر (۶۰ درصد) زن و ۱۸ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تاهل، ۲۵ نفر (۵۶ درصد) مجرد و ۲۰ نفر (۴۴ درصد) متاهل بودند. همچنین، بیشتر شرکت‌کنندگان دارای مدرک دیپلم یا پایین‌تر بودند ۲۶ نفر (۵۷ درصد)، در حالی که ۱۲ نفر (۲۷ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۷ نفر (۱۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی‌ارشد بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۵ تا ۵۴ سال بود و میانگین سنی کل نمونه ۳۸/۴۴ سال با انحراف معیار ۸/۷۶ به دست آمد. میانگین سن در گروه طرحواره‌درمانی ۲۹/۹۴ سال، در گروه درمان ذهن‌آگاهی ۳۹/۹۰ سال و در گروه گواه ۵۲/۸۸ سال بود. بررسی فاصله اطمینان ۹۵ درصد نشان داد که همگنی قابل قبولی میان گروه‌ها وجود دارد و تفاوت معناداری از نظر سن بین گروه‌ها مشاهده نشد ($p>0/05$). در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول۳. شاخص‌های توصیفی متغیر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان

زیرمقیاس	گروه N= ٤٥	مرحله	کمینه	بیشینه	میانگین		انحراف معیار	کجی	کشیدگی
					آماره	خطای معیار			
سرزنش خود	طرحواره	پیش‌آزمون	۱۴	۱۸	۱۶/۲۷	۰/۳۷۱	۱/۴۳۸	۰/۳۲	-۰/۴۱
		پس‌آزمون	۱۲	۱۹	۱۴/۶۷	۰/۴۴۴	۱/۷۱۸	۰/۲۷	-۰/۳۵
		پی‌گیری	۱۲	۱۸	۱۴/۰۰	۰/۳۷۸	۱/۴۶۴	۰/۱۸	-۰/۲۹
	ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۱۳	۲۰	۱۵/۹۳	۰/۴۶۳	۱/۷۹۲	۱/۴۱	-۰/۵۲
		پس‌آزمون	۱۲	۱۸	۱۴/۶۰	۰/۳۸۸	۱/۵۰۲	۱/۲۲	-۰/۳۱
		پی‌گیری	۱۲	۱۷	۱۴/۲۷	۰/۳۹۶	۱/۵۳۴	۱/۱۵	-۰/۲۴
	گواه	پیش‌آزمون	۱۴	۱۹	۱۶/۴۷	۰/۴۶۷	۱/۸۰۷	۰/۳۸	-۰/۴۷
		پس‌آزمون	۱۳	۱۹	۱۶/۲۰	۰/۴۳۹	۱/۶۹۹	۰/۴۴	-۰/۵۵
		پی‌گیری	۱۴	۱۹	۱۶/۳۳	۰/۴۳۳	۱/۶۷۶	۰/۴۹	-۰/۶۱
سرزنش دیگران	طرحواره	پیش‌آزمون	۱۲	۱۶	۱۴/۲۷	۰/۳۷۱	۱/۴۳۸	۰/۵۶	-۰/۳۸
		پس‌آزمون	۱۰	۱۷	۱۲/۶۷	۰/۴۴۴	۱/۷۱۸	۰/۳۱	-۰/۲۷
		پی‌گیری	۱۰	۱۶	۱۲/۰۰	۰/۳۷۸	۱/۴۶۴	۰/۲۴	-۰/۱۹
	ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۱۱	۱۸	۱۳/۹۳	۰/۴۶۳	۱/۷۹۲	۱/۴۸	-۰/۴۲
		پس‌آزمون	۱۰	۱۶	۱۲/۶۰	۰/۳۸۸	۱/۵۰۲	۱/۲۹	-۰/۲۵
		پی‌گیری	۱۰	۱۵	۱۲/۲۷	۰/۳۹۶	۱/۵۳۴	۱/۲۱	-۰/۱۸
	گواه	پیش‌آزمون	۱۲	۱۷	۱۴/۴۷	۰/۴۶۷	۱/۸۰۷	۰/۵۱	-۰/۴۶
		پس‌آزمون	۱۱	۱۷	۱۴/۲۰	۰/۴۳۹	۱/۶۹۹	۰/۵۷	-۰/۵۳
		پی‌گیری	۱۲	۱۷	۱۴/۳۳	۰/۴۳۳	۱/۶۷۶	۰/۶۲	-۰/۵۸
تمرکز بر تفکر	طرحواره	پیش‌آزمون	۱۵	۱۹	۱۷/۲۷	۰/۳۷۱	۱/۴۳۸	۰/۲۹	-۰/۳۳
		پس‌آزمون	۱۳	۲۰	۱۵/۶۷	۰/۴۴۴	۱/۷۱۸	۰/۱۷	-۰/۲۱
		پی‌گیری	۱۳	۱۹	۱۵/۰۰	۰/۳۷۸	۱/۴۶۴	۰/۱۲	-۰/۱۵
	ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۱۴	۲۱	۱۶/۹۳	۰/۴۶۳	۱/۷۹۲	۱/۳۴	-۰/۳۹
		پس‌آزمون	۱۳	۱۹	۱۵/۶۰	۰/۳۸۸	۱/۵۰۲	۱/۱۹	-۰/۲۳
		پی‌گیری	۱۳	۱۸	۱۵/۲۷	۰/۳۹۶	۱/۵۳۴	۱/۱۴	-۰/۱۷
	گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۲۰	۱۷/۴۷	۰/۴۶۷	۱/۸۰۷	۰/۳۶	-۰/۴۲
		پس‌آزمون	۱۴	۲۰	۱۷/۲۰	۰/۴۳۹	۱/۶۹۹	۰/۴۰	-۰/۴۹
		پی‌گیری	۱۵	۲۰	۱۷/۳۳	۰/۴۳۳	۱/۶۷۶	۰/۴۵	-۰/۵۴
فاجعه سازی	طرحواره	پیش‌آزمون	۹	۱۵	۱۱/۶۰	۰/۴۹۶	۱/۹۲۰	۰/۶۴	-۰/۵۹
		پس‌آزمون	۹	۱۳	۱۰/۲۰	۰/۳۵۵	۱/۳۷۳	۰/۳۵	-۰/۳۶
		پی‌گیری	۷	۱۵	۹/۶۰	۰/۵۴۲	۲/۰۹۸	۰/۲۶	-۰/۲۸
	ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۸	۱۴	۱۱/۲۰	۰/۴۰۵	۱/۵۶۸	۱/۵۹	-۰/۵۱
		پس‌آزمون	۷	۱۴	۱۰/۲۰	۰/۵۲۷	۲/۰۴۲	۱/۳۲	-۰/۳۴
		پی‌گیری	۶	۱۳	۹/۹۳	۰/۴۷۳	۱/۸۳۱	۱/۲۵	-۰/۲۶
	گواه	پیش‌آزمون	۹	۱۵	۱۱/۸۷	۰/۴۶۷	۱/۸۰۷	۰/۶۱	-۰/۵۶
		پس‌آزمون	۹	۱۵	۱۲/۰۰	۰/۴۵۸	۱/۷۷۳	۰/۶۸	-۰/۶۴
		پی‌گیری	۱۰	۱۴	۱۱/۹۳	۰/۳۵۸	۱/۳۸۷	۰/۷۲	-۰/۶۹

در جدول ۳، شاخص های توصیفی متغیر راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان شناختی شامل کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های کجی و کشیدگی به تفکیک سه گروه پژوهشی و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شدند. نتایج نشان داد که مقادیر کجی و کشیدگی تمامی

متغیرهای پژوهش در دامنه ۲+ تا ۲- قرار داشت؛ بنابراین، توزیع داده‌ها از نظر شاخص‌های کجی و کشیدگی از نرمال بودن قابل قبولی برخوردار بود. به‌منظور بررسی اثر طرحواره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی، از تحلیل واریانس مختلط[1] استفاده شد. در این تحلیل، زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به‌عنوان عامل درون‌گروهی و گروه (طرحواره‌درمانی، درمان ذهن‌آگاهی و گواه) به‌عنوان عامل بین‌گروهی در نظر گرفته شد. با توجه به معنادار بودن آزمون کرویت ماچلی، اصلاح گرین‌هاوس -گایزر اعمال شد. نتایج به شرح زیر هستند.

جدول ٤. نتایج آزمون چندمتغیری برای متغیر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان

متغیر	مقدار	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی داری	مجذور اتای جزئی
اثر پیلایی	۰/۵۸۴	۲۸/۷۹	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
لامبدای ویلکز	۰/۴۱۶	۲۸/۷۹	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
اثر هتلینگ	۱/۴۰۵	۲۸/۷۹	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
بزرگترین ریشه روی	۱/۴۰۵	۲۸/۷۹	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴

مطابق نتایج گزارش شده در جدول ۴، آزمون چندمتغیری نشان داد که اثر مورد بررسی بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان معنادار است ($p< ۰/۰۰۱$). معنادار بودن شاخص‌های چندمتغیری از جمله اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی نشان می‌دهد که بین زمان‌های مختلف اندازه گیری در نمرات راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقدار مجذور اتای جزئی (۰/۵۸۴) بیانگر اندازه اثر بزرگ این تفاوت است. مزیت آزمون چندمتغیری این است است که مفروضه کرویت در آن وجود ندارد. در ادامه اثرات درون‌گروهی، بین‌گروهی و تعاملی در جدول ۵، گزارش شده‌اند.

جدول ٥. اثرات درون‌گروهی، بین گروهی و تعاملی راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان

متغیر	منبع	درجه آزادی	آماره F	معنی داری	مجذور اتای جزئی
	زمان	۱/۵۱ ،۶۳/۳۷	۲۹/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
سرزنش خود	گروه	۲ ،۴۲	۰/۰۱	۰/۹۸۶	۰/۰۰۱
	زمان × گروه	۳/۰۲ ،۶۳/۳۷	۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹۱
	زمان	۱/۵۰ ،۶۲/۷۸	۳۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
سرزنش دیگران	گروه	۲ ،۴۲	۶/۹۱	۰/۰۰۳	۰/۲۴۸
	زمان × گروه	۲/۹۹ ،۶۲/۷۸	۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۹
	زمان	۱/۵۰ ،۶۲/۷۸	۳۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
نشخوار فکری	گروه	۲ ،۴۲	۰/۶۳	۰/۵۳۹	۰/۰۲۹
	زمان × گروه	۲/۹۹ ،۶۲/۷۸	۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۹
	زمان	۱/۹۷ ،۸۲/۸۱	۹/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۱۸۹
فاجعه‌سازی	گروه	۲ ،۴۲	۱۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	زمان × گروه	۳/۹۴ ،۸۲/۸۱	۲/۱۲	۰/۰۸۶	۰/۰۹۲

[1]. Mixed ANOVA

مطابق جدول ۵، اثر اصلی زمان برای متغیرهای سرزنش خود، سرزنش دیگران و نشخوار فکری معنادار بود. همچنین اثر اصلی زمان برای فاجعه‌سازی نیز معنادار گزارش شد (p< ۰/۰۱). نتایج همچنین نشان داد که اثر تعاملی زمان × گروه برای سرزنش خود، سرزنش دیگران و نشخوار فکری معنادار بود. با این حال، اثر تعاملی برای فاجعه‌سازی از نظر آماری معنادار نبود (p> ۰/۰۵). در خصوص اثرات بین‌گروهی، همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، اثر اصلی گروه برای متغیرهای سرزنش دیگران و فاجعه‌سازی معنادار بود. با این حال، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در متغیرهای سرزنش خود و نشخوار فکری مشاهده نشد (p> ۰/۰۵). در ادامه مقایسه زوجی بین گروه‌های پژوهش گزارش شده‌اند.

جدول۶. مقایسه‌های زوجی بونفرونی بین گروه‌ها

متغیر	مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	معنی داری
سرزنش دیگران	طرحواره‌درمانی - گواه	-۱/۸۹	۰/۰۰۸
	ذهن‌آگاهی - گواه	-۱/۹۳	۰/۰۰۷
	طرحواره درمانی -ذهن‌آگاهی	-۰/۰۴	۱/۰۰۰
فاجعه‌سازی	طرحواره‌درمانی - گواه	-۳/۰۲	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - گواه	-۳/۰۴	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی -ذهن‌آگاهی	-۰/۰۲	۱/۰۰۰

مقایسه‌های زوجی بین مراحل اندازه‌گیری (جدول ۷) نیز نشان داد که نمرات پیش‌آزمون در تمامی خرده‌مقیاس‌های ناسازگارانه به‌طور معناداری بالاتر از نمرات پس‌آزمون و پیگیری بود (p< ۰/۰۱). این یافته نشان‌دهنده کاهش پایدار راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان پس از اجرای مداخلات است. در ادامه به بحث پیرامون نتایج مشاهده شده پرداخته شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان ذهن‌آگاهی بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان و نیز مقایسه اثر دو درمان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه، موجب کاهش معنادار و پایدار راهبردهای ناسازگارانه‌ای همچون سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی شدند. با این حال، بین دو گروه مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد که این امر بیانگر اثربخشی مشابه دو رویکرد در اصلاح فرایندهای شناختی - هیجانی ناسازگار است.

نخستین یافته پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان، شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی، در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. برای مثال، صبحانی و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کردند که طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به بهبود معنادار راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در جمعیت‌های بالینی منجر می‌شود. همچنین، عطا و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که مداخلات متمرکز بر اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی می‌توانند راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را کاهش داده و سازگاری روان‌شناختی افراد را ارتقا دهند. یافته حاضر همچنین با دیدگاه ژائو و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر نقش مداخلات شناختی - هیجانی در بهبود فرایندهای تنظیم هیجان همخوانی دارد. در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم با یافته حاضر در تعارض باشد مشاهده نشد و اغلب شواهد موجود از اثربخشی مداخلات مبتنی بر اصلاح ساختارهای شناختی - هیجانی در کاهش راهبردهای ناسازگارانه حمایت می‌کنند.

از منظر نظری، این یافته را می‌توان بر اساس مبانی طرحواره‌درمانی تبیین کرد. در این رویکرد فرض بر آن است که بسیاری از واکنش‌های هیجانی و شناختی ناسازگار، از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد سرچشمه می‌گیرند. این طرحواره‌ها موجب می‌شوند افراد رویدادهای زندگی را از طریق الگوهای شناختی منفی تفسیر کرده و در

مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا بیشتر به راهبردهایی نظیر سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی متوسل شوند. طرحواره‌درمانی با شناسایی، به چالش کشیدن و اصلاح این ساختارهای عمیق شناختی - هیجانی، زمینه شکل‌گیری ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تر و پاسخ‌های هیجانی سازگارانه‌تر را فراهم می‌کند و در نتیجه استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان کاهش می‌یابد.

از دیدگاه پژوهشگر، اثربخشی طرحواره‌درمانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را می‌توان با توجه به ویژگی‌های خاص این بیماری نیز تبیین کرد. آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده است که با محدودیت‌های جسمانی، خستگی و فشارهای روان‌شناختی مداوم همراه است. تداوم این شرایط می‌تواند باورهای منفی درباره خود، آینده و توانایی مقابله با بیماری را فعال کرده و وابستگی بیماران را به راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان افزایش دهد. به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی از طریق کمک به بیماران برای بازنگری در این باورهای ریشه‌دار، کاهش تفسیرهای منفی از تجربه بیماری و افزایش احساس کنترل و خودکارآمدی، توانسته است زمینه کاهش نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و الگوهای مختلف سرزنش را فراهم سازد. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی ظرفیت مناسبی برای اصلاح فرایندهای شناختی - هیجانی مرتبط با سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارد.

دومین یافته پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش معنادار راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان، شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی، در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. برای مثال، ژو و همکاران (۲۰۲۳) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، کاهش آشفتگی روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود. همچنین، نای و همکاران (۲۰۲۳) در مرور نظام‌مند خود گزارش کردند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله آرتریت روماتوئید، با کاهش معنادار پریشانی روان‌شناختی و فاجعه‌سازی درد همراه است. افزون بر این، الکاسیر و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و کارکردهای شناختی - اجرایی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را بهبود بخشد. مجموعه این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو بوده و بیانگر نقش موثر رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اصلاح الگوهای ناسازگارانه پردازش شناختی - هیجانی است. در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم با یافته حاضر در تعارض باشد مشاهده نشد و شواهد موجود عمدتا از اثربخشی این رویکرد در بهبود سازگاری هیجانی و شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن حمایت می‌کنند.

از منظر نظری، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را می‌توان بر اساس تاکید این رویکرد بر افزایش آگاهی لحظه‌به‌لحظه، پذیرش تجربه‌های درونی و مشاهده غیرقضاوتی افکار و هیجان‌ها تبیین کرد. در این چارچوب، راهبردهای ناسازگارانه‌ای نظیر نشخوار فکری، سرزنش خود و فاجعه‌سازی زمانی تداوم می‌یابند که فرد به‌صورت خودکار با افکار منفی درگیر شده و آنها را بازنمایی دقیقی از واقعیت تلقی کند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به جای غرق شدن در محتوای افکار و هیجان‌های منفی، آنها را به‌عنوان رویدادهای گذرای ذهنی مشاهده کنند. در نتیجه، شدت پردازش‌های شناختی منفی کاهش یافته و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان محدود می‌شود؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت که افزایش آگاهی غیرقضاوتی و فاصله‌گیری شناختی حاصل از تمرین‌های ذهن‌آگاهی، به کاهش سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی منجر شود.

در تبیین بیشتر یافته‌ها می‌توان گفت، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید احتمالا با ویژگی‌های خاص تجربه زیسته این بیماران مرتبط است. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به دلیل مواجهه مداوم با درد، محدودیت‌های عملکردی و نگرانی درباره سیر بیماری، در معرض افکار تهدیدمحور و ارزیابی‌های منفی مکرر قرار دارند. این شرایط می‌تواند زمینه تداوم نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سایر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را فراهم کند. به نظر می‌رسد تمرین‌های ذهن‌آگاهی از طریق افزایش پذیرش تجربه‌های جسمانی و هیجانی، کاهش اشتغال ذهنی با درد و نگرانی‌های مرتبط با بیماری و تقویت توانایی حضور در لحظه حال، به بیماران کمک کرده است تا واکنش‌پذیری شناختی و هیجانی کمتری نسبت به تنیدگی‌های ناشی از

بیماری نشان دهند. در نتیجه، وابستگی آنان به راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان کاهش یافته و سازگاری روان‌شناختی مطلوب‌تری در مواجهه با شرایط مزمن بیماری شکل گرفته است.

سومین یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی، علی‌رغم تفاوت در مبانی نظری و فنون درمانی، توانسته‌اند به میزان مشابهی در کاهش سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی موثر باشند. این یافته با نتایج پژوهش ژائو و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که بر اثربخشی رویکردهای مختلف روان‌شناختی مبتنی بر فرایندهای شناختی - هیجانی در بهبود تنظیم هیجان تاکید کرده‌اند. همچنین، با توجه به نتایج مطالعات صبحانی و همکاران (۲۰۲۳) درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی و یافته‌های ژو و همکاران (۲۰۲۳)، نای و همکاران (۲۰۲۳) و الکاسیر و همکاران (۲۰۲۵) درباره اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌توان دریافت که هر دو رویکرد از ظرفیت مناسبی برای بهبود فرایندهای شناختی - هیجانی برخوردارند. در بررسی منابع مورد استفاده در پژوهش حاضر، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم بر برتری یکی از این دو رویکرد نسبت به دیگری در حوزه تنظیم‌شناختی هیجان بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دلالت کند، مشاهده نشد.

از منظر نظری، عدم تفاوت معنادار میان دو مداخله را می‌توان با توجه به هدف مشترک آنها در اصلاح فرایندهای شناختی - هیجانی تبیین کرد. اگرچه طرحواره‌درمانی از طریق شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازسازی الگوهای عمیق شناختی - هیجانی عمل می‌کند و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پذیرش تجربه‌های درونی، آگاهی غیرقضاوتی و فاصله‌گیری از افکار منفی تاکید دارد، هر دو رویکرد در نهایت به کاهش پردازش‌های شناختی ناسازگار و افزایش خودتنظیمی هیجانی منجر می‌شوند؛ بنابراین، علی‌رغم تفاوت در مسیرهای مداخله‌ای، مقصد درمانی هر دو رویکرد تا حد زیادی مشابه است و این امر می‌تواند علت مشاهده نشدن تفاوت معنادار میان آنها باشد.

به نظر می‌رسد یکی از دلایل احتمالی عدم تفاوت معنادار میان دو مداخله آن باشد که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیش از آنکه به نوع خاصی از مداخله روان‌شناختی پاسخ دهند، از دریافت هر مداخله‌ای که بتواند چرخه افکار منفی، نگرانی‌های مرتبط با بیماری و واکنش‌های هیجانی ناسازگار را کاهش دهد، سود می‌برند. از آنجا که هر دو رویکرد در این پژوهش به کاهش اشتغال ذهنی با درد، تعدیل ارزیابی‌های منفی و افزایش سازگاری روان‌شناختی کمک کرده‌اند، احتمالا هر دو توانسته‌اند نیازهای روان‌شناختی اصلی این بیماران را به شکل موثری پوشش دهند. همچنین، مزمن بودن بیماری، تداوم استرس‌های ناشی از درد و محدودیت‌های عملکردی ممکن است موجب شده باشد که سازوکارهای متفاوت درمانی در عمل به پیامدهای نسبتا مشابهی در حوزه تنظیم‌شناختی هیجان منجر شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر دارای دلالت‌های کاربردی و پژوهشی مهمی هستند. با توجه به اثربخشی هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان، پیشنهاد می‌شود این مداخلات به‌عنوان بخشی از برنامه‌های مراقبت روان‌شناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مراکز درمانی و کلینیک‌های روماتولوژی مورد استفاده قرار گیرند. همچنین، روان‌شناسان سلامت و متخصصان حوزه بیماری‌های مزمن می‌توانند با بهره‌گیری از این رویکردها در کنار درمان‌های پزشکی، به بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران و کاهش پیامدهای هیجانی ناشی از بیماری کمک کنند. از آنجا که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو رویکرد مشاهده نشد، انتخاب هر یک از این مداخلات می‌تواند بر اساس شرایط بالینی بیمار، ترجیحات فردی، امکانات درمانی موجود و تخصص درمانگر صورت گیرد. از منظر پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده اثربخشی این دو رویکرد در نمونه‌های بزرگ‌تر و در سایر بیماری‌های مزمن جسمانی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، انجام پژوهش‌هایی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر می‌تواند به روشن شدن میزان پایداری اثرات درمانی این مداخلات کمک کند. افزون بر این، بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سایر پیامدهای مرتبط با آرتریت روماتوئید، از جمله سازگاری روان‌شناختی، کیفیت زندگی و پریشانی هیجانی، می‌تواند به گسترش دانش موجود در این حوزه و طراحی مداخلات جامع‌تر برای این بیماران منجر شود.

پژوهش حاضر نیز همانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، جامعه آماری پژوهش به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی محدود بود؛ ازاین‌رو، تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مناطق جغرافیایی و بافت‌های درمانی متفاوت باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، داده‌های پژوهش از طریق ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شد که همواره تحت تاثیر عواملی نظیر سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به ارائه تصویری مطلوب از خود و تفاوت‌های فردی در ادراک و گزارش تجربه‌های هیجانی قرار دارد. سوم، با توجه به ماهیت مزمن آرتریت روماتوئید، تفاوت‌های فردی در شدت بیماری، مدت ابتلا، وضعیت جسمانی و درمان‌های دارویی دریافت‌شده می‌توانست بر پاسخ بیماران به مداخلات روان‌شناختی اثرگذار باشد؛ متغیرهایی که کنترل کامل آن‌ها در شرایط بالینی امکان‌پذیر نبود. همچنین، اگرچه برای بررسی پایداری اثرات درمانی از مرحله پیگیری استفاده شد، اما دوره پیگیری محدود بود و بررسی پیامدهای بلندمدت مداخلات نیازمند مطالعاتی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی استخراج شده است. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1402.012 به تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی رسیده است. تمامی شرکت‌کنندگان پیش از ورود به پژوهش، اطلاعات کاملی درباره اهداف مطالعه، محرمانه‌بودن داده‌ها و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش بدون هیچ‌گونه پیامد دریافت کردند. همچنین، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ شد و تمامی اطلاعات جمع‌آوری‌شده صرفا در راستای اهداف پژوهش و به‌صورت محرمانه مورد استفاده قرار گرفت.

حامی مالی: این پژوهش برگرفته از رساله دکتری و فاقد هرگونه حمایت مالی بوده است.

نقش هر یک از نویسندگان: تمامی نویسندگان در ایده‌پردازی پژوهش مشارکت داشته و نسخه نهایی مقاله را تایید کرده‌اند. نویسنده اول مسئول اجرای مراحل عملیاتی پژوهش بوده و سایر نویسندگان مسئولیت نظارت و راهنمایی مطالعه را بر عهده داشته‌اند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی کارکنان کلینیک روماتولوژی بیمارستان رازی شهر گیلان تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

امام زمانی، زهرا؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ مشهدی، علی. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه تک‌آزمودنی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱۰ (۳):۱-۱۶. https://doi.org/10.52547/shenakht.10.3.1

انصاری شهیدی؛ مجتبی، فرخی، حبیبه؛ رضایی جمالویی، حسن؛ ابراهیمی، امرالله؛ عرب خردمند، جلیل. (۱۳۹۹). بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر پذیرش درد، خود کارآمدی درد، شدت درد وتنظیم هیجانی در بیماران تحت جراحی ستون فقرات، *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۱۱(۴)، ۱۹-۲۹. http://magiran.com/p2217095

باقری اول طاهری، سمیه؛ سلیمانی، اسماعیل؛ زینالی، شیرین. (۱۴۰۵). اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سلامت معنوی - اجتماعی و تنظیم هیجان زنان بزهکار. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۵ (۱۵۹): ۱-۱۸ http://dx.doi.org/10.61186/jps.25.159.10

حسنی، جعفر. (۱۳۸۹). خصوصیات روان سنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *روان شناسی بالینی*، ۲(۳ (پیاپی ۷))، ۷۳-۸۳. https://sid.ir/paper/152721/fa

حسینلو، مژگان؛ جدیدی، هوشنگ؛ جلیلی شیشوان، علی. (۱۴۰۵). الگوی ساختاری اعتیاد به شبکه های اجتماعی براساس پریشانی روانشناختی و نارسایی هیجانی با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در دانشجویان. *مجله علوم روانشناختی*. ۲۵ (۱۵۹):۱-۲۱ http://dx.doi.org/10.61186/jps.25.159.19

عباسیان حدادان، مریم. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روانی و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، *پویایی روان شناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۱). https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.13

کیانی پور، زهرا؛ موسوی پور، سعید؛ شیخان، ریحانه. (۱۴۰۵). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان و خودزنی غیرانتحاری نوجوانان دختر. *مجله علوم روانشناختی* ۲۵ (۱۵۹):۱-۱۷ http://dx.doi.org/10.61186/jps.25.159.15

نیکوزاده، عزت الله؛ کردمیرزا پیرحیاتی، نازنین؛ آگاه هریس، مژگان؛ نجیمی، آویسا. (۱۴۰۲). اثر طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره های ناسازگار اولیه و فرسودگی شغلی طرحواره درمانگران، *نشریه روان شناسی کار*، ۲(۱)، ۶۵-۷۴. https://www.magiran.com/p2643047

References

Abbasian, H. M. (2024). The effectiveness of schema therapy on psychological distress and emotional regulation in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders, 3*(1), 160–174. (In Persian). https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.13

Alkasir, E., Masjedi-Arani, A., Dehkordi, F. J., Kianimoghadam, A. S., Afshari, B., & Yousefi, S. (2025). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction versus cognitive-behavioral therapy on emotion regulation, mindfulness, and cognitive-executive functions in female patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Education and Health Promotion, 14*(1), 99. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1675_23

Ansarishahidi, M., Farokhi, H., Jamolloi, H., Ebarhimi, J. A. (2021). The effect of schema therapy on pain acceptance, pain self-efficacy, pain intensity, emotion regulation in spinal column surgery patients. *Journal of Anesthesiology and Pain, 11*(4), 19–29. (In Persian). http://magiran.com/p2217095

Ariana Kia, E., Rahimi, C., & Mohammadi, N. (2024). Comparing online group therapy based on emotional schema therapy with transdiagnostic therapy in improving distress tolerance and cognitive emotion regulation among university students with adjustment disorders due to romantic break-ups. *Counselling and Psychotherapy Research, 24*(1), 372–383. https://doi.org/10.1002/capr.12699

Atta, M. H. R., El-Gueneidy, M. M., & Lachine, O. A. R. (2024). The influence of an emotion regulation intervention on challenges in emotion regulation and cognitive strategies in patients with depression. *BMC Psychology, 12*(1), 496. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01927-4

Bagheri Avval Taheri, S., Soleimani, E., Zeinali, S. (2026). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) group training on spiritual-social health and emotion regulation of delinquent women. *Journal of Psychological Science.* 25(159), 1-18. (In Persian). http://dx.doi.org/10.61186/jps.25.159.10

Cengiz, F., & Günaydin, N. (2024). How do cognition and emotion regulation strategies and intolerance of uncertainty predict the severity of fatigue and daily life activities of rheumatoid arthritis patients? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 42*(1), 17–34. https://doi.org/10.1007/s10942-023-00533-9

Emamzamani, Z., Rahimian Boogar, I., & Mashhadi, A. (2023). Effectiveness of contextual schema therapy for emotion regulation and painful physical symptoms in individuals with social anxiety disorder: Single subject study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 10*(3), 1–16. (In Persian). https://doi.org/10.52547/shenakht.10.3.1

Espeleta, H. C., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Gamwell, K. L., Archer, C., Perez, M. N., & Mullins, L. L. (2020). Adverse childhood experiences and chronic medical conditions: Emotion dysregulation as a mediator of adjustment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 27*(3), 572–581. https://doi.org/10.1007/s10880-019-09662-3

Gao, W., Yan, X., & Yuan, J. (2022). Neural correlations between cognitive deficits and emotion regulation strategies: Understanding emotion dysregulation in depression from the perspective of cognitive control and cognitive biases. *Psychoradiology, 2*(3), 86–99. https://doi.org/10.1093/psyrad/kkac009

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311–1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Guarino, D., Martino, G., Juli, G., & Di Giuseppe, M. (2025). Personality and emotion regulation in chronic illness. *Psychiatria Danubina, 37*(Suppl. 1), 39–45. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40982857/

Hassani, J. (2010). Psychometric properties of the Persian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Clinical Psychology Journal,*

2(3), 73–84. (In Persian). https://sid.ir/paper/152721/fa

Hoseinlou, M., Jadidi, H., Jalili Shishavan, A. (2026). Structural Model of Social Media Addiction based on Psychological Distress and Alexithymia, with the Mediating Role of Difficulties in Cognitive Emotion Regulation among University Students. *Journal of Psychological Science*. 25(159), 1-21. (In Persian). http://dx.doi.org/10.61186/jps.25.159.19

Kianipour, Z., moosavipour, S., Sheykhan, R. (2026). The effectiveness of group training based on unified transdiagnostic treatment on emotion regulation and non-suicidal self-harm in adolescent girls. *Journal of Psychological Science*. 25(159), 1-17. (In Persian). http://dx.doi.org/10.61186/jps.25.159.15

Komarati, M., Zangeneh Motlagh, F., & Pirani, Z. (2021). A comparative study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness therapy on cognitive emotion regulation of female adolescents with self-harming behaviors. *Rooyesh*, *10*(10), 183–196. http://frooyesh.ir/article-1-2937-fa.html

Kozubal, M., Szuster, A., & Wielgopolan, A. (2023). Emotional regulation strategies in daily life: The intensity of emotions and regulation choice. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1218694. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1218694

Nagy, Z., Szigedi, E., Takács, S., & Császár-Nagy, N. (2023). The effectiveness of psychological interventions for rheumatoid arthritis (RA): A systematic review and meta-analysis. *Life*, *13*(3), 849. https://doi.org/10.3390/life13030849

Nye, A., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2023). Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *91*(7), 389–403. https://doi.org/10.1037/ccp0000812

Salazar Kaempf, M., Adam, L., Rohr, M. K., Exner, C., & Wieck, C. (2023). A meta-analysis of the relationship between emotion regulation and social affect and cognition. *Clinical Psychological Science*, *11*(6), 1159–1189. https://doi.org/10.1177/21677026231168069

Sari, F., Bazancir Apaydın, Z., Apaydın, H., & Pamukcu, M. (2025). Evaluating the role of disease duration in fatigue and quality of life among rheumatoid arthritis patients. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *16*(1), 29–37. https://doi.org/10.22312/sdusbed.1490885

Septiani, H., Rahman, A. N. F., Harmita, D., Luthfi, M., & Seprian, D. (2025). Mindfulness-based cognitive therapy (MT) enhancing emotion regulation in adults: A scoping review. *Journal of Community Development and Disaster Management*, *7*(2), 593–602. https://doi.org/10.70122/jcddm.v7i2.532

Sobhani, Z., Hosseini, S. V., Honarparvaran, N., Khazraei, H., Amini, M., & Hedayati, A. (2023). The effectiveness of an online video-based group schema therapy in improvement of the cognitive emotion regulation strategies in women who have undergone bariatric surgery. *BMC Surgery*, *23*(1), 98. https://doi.org/10.1186/s12893-023-01983-z

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford press.

World Health Organization. (2024). *Psychological interventions implementation manual: Integrating evidence-based psychological interventions into existing services*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240087149

Zhu, P., Liu, X., Shang, X., Chen, Y., Chen,C., & Wu, Q. (2023). Mindfulness-based stress reduction for quality of life, psychological distress, and cognitive emotion regulation strategies in patients with breast cancer under early chemotherapy: A randomized controlled trial. *Holistic Nursing Practice*, *37*(3), 131–142. https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000581