

## اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش فاجعه‌سازی درد و شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

مریم پرچی‌فر<sup>۱</sup>، علیرضا شیرازی تهرانی<sup>۲</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** عوامل روان‌شناختی از جمله عواملی است که درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن از جمله بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش فاجعه‌سازی درد و شدت درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام گرفت.

**روش‌ها:** روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران آرتریت روماتوئید بودند که ۳۴ نفر به‌عنوان نمونه به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه مقیاس درجه‌بندی درد مزمن ون کورف (۱۹۹۲) و پرسشنامه فاجعه‌سازی درد سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) بود. اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان شرکت کردند؛ در حالی که افراد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ی روان‌شناختی دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس (چند متغیری) انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش فاجعه‌سازی درد و شدت درد در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است ( $P < 0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر این اساس می‌توان گفت درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، یک مداخله‌ی روان‌شناختی مناسب برای کاهش فاجعه‌سازی درد و شدت درد در بیماران آرتریت روماتوئید است و می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل توسط متخصصان و درمانگران مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** درمان تنظیم هیجان؛ فاجعه‌سازی درد؛ مدیریت درد؛ آرتریت روماتوئید

**ارجاع:** پرچی‌فر مریم، شیرازی تهرانی علیرضا. اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش فاجعه‌سازی درد و شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۴۴): ۱۷۷۹-۱۷۸۶.

این بیماران صرفاً ناشی از التهاب نیست. طبق مدل‌های جدید مانند نظریه ترس و اجتناب از درد و مدل زیستی-اجتماعی-روان‌شناختی، ادراک درد فقط پایه زیستی ندارد و بعد هیجانی نقش مهمی در شدت آن ایفا می‌کند (۵).

شدت درد (Pain intensity) که به‌طور عمده تحت تأثیر ادراک فرد است، در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید غالباً مزمن و همراه با احساس خستگی است (۶). شدت درد به‌طور عمده تحت تأثیر معنی و مفهوم درد برای بیمار است (۷). اما اغلب، پزشک یا ارزیاب به التهاب مفصل و سایر علائم جسمی این بیماران توجه دارد؛ در حالی که اکثر بیمارانی که درد را گزارش می‌کنند، نشانه‌های حداقلی از

### مقدمه

آرتریت روماتوئید (Rheumatoid arthritis)، یکی از بیماری‌هایی است که ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). این بیماری، یکی از رایج‌ترین بیماری‌های خودایمنی است که با التهاب مفاصل و علائم عمومی مشخص می‌شود و شیوع آن حدود یک درصد جمعیت جهان است، که در زنان سه برابر مردان است (۲). مهم‌ترین نشانه آن، درد شدید و طولانی‌مدت است که بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی می‌گذارد و فرایند درمان را دشوار می‌سازد (۳). درد، یک تجربه ناخوشایند ملموس و احساسی مرتبط با آسیب واقعی یا بالقوه به بافت‌ها است (۴). درد در

۱- دانشجو، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

نویسنده مسؤول: مریم پرچی‌فر؛ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

Email: maryamparchamifar1356@gmail.com

(Bio-medical) نیز با نگاه محدود در مورد علت‌شناسی و درمان دارویی درد، بیشتر به جنبه‌های جسمانی زودگذر بیماری می‌پردازد و نیازها و مشکلات عاطفی و روان‌شناختی بیماران را نادیده می‌گیرد (۲۱). انجام پژوهش‌هایی که اثربخشی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان را بر روی شدت درد و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد بررسی قرار دهد، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این مهم، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش فاجعه‌سازی و شدت درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود.

### روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث روش یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی بیماران آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به مراکز روماتولوژی شهر نجف‌آباد در سال ۱۴۰۲ بود که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند. ملاک‌های ورود شامل (۱) رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، (۲) دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۶۵ سال، (۳) تشخیص آرتریت روماتوئید توسط متخصص روماتولوژی مرکز روماتولوژی نجف‌آباد بر اساس معاینه‌ی بالینی و تأیید با آزمون‌های آزمایشگاهی استاندارد (از جمله سرعت رسوب اریتروسیت (ESR (Erythrocyte sedimentation rate)، پروتئین واکنشگر C (CRP (C-reactive protein)، فاکتور روماتوئید (RF (Rheumatoid Factor)، آنتی‌بادی‌های ضد دن-سی‌سی‌پی و شمارش کامل خون (CBC (Complete blood count)، داشتن سابقه‌ی حداقل یک سال ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید و تجربه درد مزمن (بر اساس پرونده‌ی پزشکی و طبق تأیید پزشک متخصص)، (۵) حداقل تحصیلات دیپلم، (۶) عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمی (بر اساس فقدان سابقه‌ی مصرف مداوم دارو یا بستری شدن یا عمل‌های جراحی مکرر) و روان‌پزشکی (بر اساس نداشتن سابقه‌ی مصرف داروی روان‌پزشکی، عدم بستری برای اختلال روان‌پزشکی و عدم احراز ملاک‌های اختلال‌های روان‌شناختی که توسط ۳ متخصص روانشناسی بالینی انجام گرفت) و (۷) قرار داشتن سطح فعالیت بیماری در محدوده‌ی خفیف تا متوسط (بین ۲/۳ تا ۵/۱) بر اساس شاخص (Disease Activity Score-28, DAS-2) در زمان ورود به مطالعه به تشخیص پزشک متخصص.

ملاک‌های خروج نیز شامل عدم رضایت برای همکاری در هر مرحله از پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بود. علاوه بر این، جهت کنترل تأثیر متغیرهای مداخله‌گر دارویی، اطلاعات مربوط به درمان‌های دارویی شرکت‌کنندگان در

التهاب، و فعالیت بیماری پابینی دارند. در برخی از این بیماران حتی پس از بهبود التهاب، درد باقی می‌ماند و در طول زمان ممکن است حتی افزایش یابد (۸). افکار و عواطف منفی مانند فاجعه‌سازی درد (Pain catastrophizing) از طریق کاهش احساس خودکارآمدی، شدت درد ادراک‌شده را افزایش می‌دهد (۹).

فاجعه‌سازی درد یک پدیده‌ی عاطفی-شناختی منفی است که با درماندگی، بزرگ‌نمایی و افکار نشخوارکننده در مورد درد همراه است (۱۰). به‌عبارت‌دیگر، فاجعه‌سازی درد نگرشی منفی و اغراق‌آمیز نسبت به تجربیات دردناک (واقعی یا پیش‌بینی شده) است که شامل نشخوار فکری درباره‌ی درد، بزرگ‌نمایی تهدید آن و احساس غیرقابل‌کنترل‌بودنش می‌شود (۱۱). بیش برآورد کردن و فاجعه‌سازی درد نه تنها توان مقابله با بیماری و مدیریت درد را کاهش می‌دهد؛ بلکه با کاهش کیفیت زندگی بیمار، آسیب‌پذیری وی در برابر پیامدهای ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد (۹). آرتریت روماتوئید به‌عنوان تجربه‌ای استرس‌زا، هیجان‌های منفی شدیدی را فعال می‌کند که خود باعث تشدید درد و اختلال در روند بهبودی می‌شوند (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نحوه مدیریت هیجان‌های با شدت درد و سازگاری بیماران ارتباط مستقیم دارد؛ بیمارانی که هیجان‌های خود را سرکوب می‌کنند، درد بیشتر و تحمل کمتری دارند (۱۳).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان (Pain catastrophizing) با هدف درونی‌سازی و پذیرش هیجان‌های بنیادین، بر این فرض استوار است که احساسات منابع سازگاری در عملکرد سالم انسان هستند (۱۴). این درمان فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را مدیریت کرده و به‌طور مناسبی ابراز کنند (۱۵). تنظیم هیجان به‌صورت فرایندی توصیف شده است که از طریق آن افراد ناظرند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه و احساس کنند (۱۶). درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، بر میزان و زمان افزایش هیجان‌های، طول مدت آن‌ها و نحوه‌ی ابراز و تجربه‌ی هیجان‌های و به‌صورت کلی مدیریت هیجان‌های تأثیر دارد (۱۷). پژوهش‌های پیشین اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را تأیید کرده‌اند. این مداخله خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مشکلات عضلانی-اسکلنی را افزایش می‌دهد (۱۸) و شدت درد را کاهش می‌دهد (۱۹). کاهش اضطراب درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز از دیگر پیامدهای مثبت آن گزارش شده است (۲۰). از آنجا که درد مزمن شیوع بالایی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید داشته و ابتلا به این بیماری خسارت‌های مالی، جسمی و روان‌شناختی فراوانی به همراه دارد، همچنین با توجه به اینکه عوامل روان‌شناختی مختلف در پیدایش درد، شدت درد، روند بهبودی و مقابله با درد نقش دارد و از سوی دیگر با در نظر گرفتن این موضوع که مدل زیستی-پزشکی

درونی مطلوبی برخوردار است. در ایران نیز به منظور بررسی روایی سازه این پرسش‌نامه از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. شاخص‌های حاصل از تحلیل عاملی تأییدی، بیانگر نیکویی برازش الگوی موردنظر و روایی پرسش‌نامه درجه‌بندی درد مزمن بود. به منظور تعیین میزان پایایی پرسش‌نامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان پایایی این پرسش‌نامه برای شدت درد ۰/۸۳ به دست آمد (۲۲).

پرسشنامه‌ی فاجعه‌سازی درد (Pain Catastrophizing Scale): این پرسشنامه توسط سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده و شامل ۱۳ سؤال است که میزان تجربه افکار و احساسات منفی در زمان درد را می‌سنجد. نمره‌گذاری به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ تا ۴ انجام می‌شود و نمره کل بین ۰ تا ۵۲ متغیر است. این ابزار سه خرده‌مقیاس دارد: نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی. نمره بالاتر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی بیشتر است. پایایی این پرسشنامه در مطالعات ایرانی رضایت‌بخش گزارش شده (آلفای کرونباخ بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۴). در پژوهش کرمانی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳ و ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد ۰/۸۴ به دست آمد (۱۸). در پژوهش دیگری، پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ محاسبه شد (۲۳).

پروتکل درمان مبتنی بر تنظیم هیجان: این پروتکل درمانی توسط Gross ساخته شده و برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجان‌های افراد در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به کار برده می‌شود (۲۴). مراحل اجرای درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، در جدول (۱) ارائه شده است.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد که از بین ۱۷ شرکت‌کننده مبتلا به آرتریت روماتوئید در گروه آزمایش بر حسب میزان تحصیلات، ۶ نفر (۱۷/۶ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۵ نفر (۱۴/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۱۴/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و ۱ نفر (۲/۹ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. از بین ۱۷ شرکت‌کننده گروه کنترل بر حسب تحصیلات، ۶ نفر (۱۷/۶ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر (۲۰/۶ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۱ نفر (۲/۹ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۳ نفر (۸/۸ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند.

میانگین نمرات فاجعه‌سازی درد و شدت درد در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تقریباً برابر بود اما میانگین نمرات فاجعه‌سازی درد و شدت درد در مرحله پس‌آزمون در گروه

زمان ورود به مطالعه ثبت شد. به‌ویژه، دوز کورتیکواستروئیدها (Corticosteroids)، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (Non-NSAIDs) (Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)، داروهای تعدیل‌کننده بیماری (Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs) (DMARDs) و سایر داروهای روان‌پزشکی احتمالی استخراج گردید. در صورت مصرف با دوز بالا داروی روان‌پزشکی (به تشخیص پزشک متخصص)، شرکت‌کننده از مطالعه حذف می‌شد. تعداد ۳۴ نفر بر پایه توان‌آزمایی برای طرح انتخاب شد. با فرض اندازه اثر متوسط و توان ۰/۸۰، نرم‌افزار G\*Power حداقل ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) را پیشنهاد کرد. برای جبران ریزش احتمالی ۱۰-۱۵ درصدی، حجم نمونه به ۳۴ نفر افزایش یافت تا توان آماری حفظ شود که این تعداد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری کنترل و آزمایش جایگذاری شدند. در ادامه پرسشنامه‌های فاجعه‌سازی و شدت درد به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان هر دو گروه اجرا شد.

سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش از ۸ جلسه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان به صورت هفته‌ای دو جلسه برخوردار گشتند؛ در حالی که شرکت‌کنندگان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. در نهایت پرسشنامه‌های مذکور به‌عنوان پس‌آزمون در آخرین جلسه درمانی بر روی شرکت‌کنندگان هر دو گروه اجرا و داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ (IBM Corporation, version 27, Armonk, NY) تحلیل شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.228) نیز شامل این موارد بود که قبل از پر کردن پرسشنامه‌ها از شرکت‌کنندگان یک رضایت‌نامه‌ی کتبی برای شرکت در پژوهش، گرفته شد و در رابطه با اهداف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات، حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های علمی و امکان انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، آگاهی‌های لازم ارائه گردید.

### ابزار پژوهش

مقیاس درجه‌بندی درد مزمن (Graded Chronic Pain Status): این مقیاس توسط ون‌کورف (۱۹۹۲) برای سنجش شدت درد مزمن طراحی شده و شامل ۷ سؤال است که شدت، مدت و میزان ناتوانی ناشی از درد را در طیفی از ۰ (بدون درد) تا ۱۰ (بدترین درد ممکن) ارزیابی می‌کند. نمره‌ی شدت درد با میانگین‌گیری از سؤالات مربوطه و ضرب در ۱۰ محاسبه می‌شود. این مقیاس در حوزه‌های عملکرد اجتماعی، زندگی روزمره و کار مورد استفاده قرار می‌گیرد. پایایی آن در پژوهش‌های مختلف بالا گزارش شده (آلفای کرونباخ ۰/۸۷) و در ایران نیز از نظر روایی و پایایی تأیید شده است. آلفای کرونباخ برای سؤالات شدت درد، ۰/۸۷ است. همچنین این پرسش‌نامه از ثبات

جدول ۱. مراحل اجرای درمان مبتنی بر تنظیم هیجان

جلسه	هدف	شرح محتوای جلسات
۱	آشنایی و برقراری ارتباط	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل درمانگر و اعضا، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف فرعی و جمعی، بیان منطق و مراحل مداخله، بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه.
۲	ارائه آموزش هیجانی	در میان گذاشتن تجارب هیجانی و رویدادهای برانگیزانندهی حالات هیجانی و بروز تغییرات بدنی و چهره‌ای و نتایج رفتاری اعضا از یکدیگر و تشویق و تصدیق یکدیگر، گفتگو راجع به چستی هیجان، تهیه کارت یادداشت روزانه ثبت هیجان‌ها، ایجاد فرصت تجربه عملی هیجان توسط اعضا، تفکیک ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان.
۳	انتخاب موقعیت: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا	خودارزیابی با هدف شناسایی تجربه‌های هیجانی (شناسایی هیجان‌های)، خودارزیابی باهدف میزان آسیب‌پذیری هیجانی (نمره‌گذاری از صفر تا ۱۰).
۴	اصلاح موقعیت: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان	خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای خودتنظیمی (واکنش‌های افراد به هیجان‌های، تهیهی فهرست مهارت‌های فردی خود در تسکین و تنظیم هیجان‌های و درجه‌بندی پاسخ‌های هیجانی خود).
۵	اصلاح موقعیت: ایجاد تغییر در مهارت‌های تغییر توجه	اصلاح موقعیت: الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی، ب) آموزش راهبرد حل مسأله، ج) آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).
۶	تغییر ارزیابی شناختی	معرفی مدل فرایند تنظیم هیجان Gross به اعضا و توجه خاص به مهارت‌های تغییر توجه در این مدل، آموزش دو مهارت: (۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی (مهارت‌های کنترل فکر شامل توقف فکر و جایگزین سازی افکار مثبت)؛ (۲) آموزش توجه (از مهارت‌های گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن، بویایی و تحریک حس لامسه).
۷	تغییر پاسخ: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	گفتگو راجع به نقش ذهن در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ هیجانی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد ارزیابی مجدد.
۸	ارزیابی مجدد و برنامه‌ریزی برای کاربرد و تثبیت آموزش‌ها	مواجهه و توصیف پیامدهای جسمانی، ذهنی و حساسی به شیوهی نوشتاری و کلامی، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن و مهارت‌آموزی (آموزش و تمرین ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، راهبرد تخلیه هیجانی، تغییردادن پیامدهای هیجانی از طریق عمل معکوس، آرمیدگی جسمانی).
۸	ارزیابی مجدد و برنامه‌ریزی برای کاربرد و تثبیت آموزش‌ها	ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف، تعهد اعضا در انجام تکالیف خود.

کواریانس‌ها برقرار است؛ همچنین، آزمون لوین نیز نشان داد که همسانی واریانس متغیرهای برقرار است ( $P > 0/05$ ). تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات فاجعه‌سازی درد و شدت درد را نشان می‌دهد (جدول ۳). بر اساس داده‌های جدول بین دو گروه آزمایش و کنترل در فاجعه‌سازی درد و شدت درد در سطح  $P < 0/05$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان اثر  $0/537$  است. یعنی  $53/7$  درصد تفاوت دو گروه را نمرات فاجعه‌سازی درد و شدت درد تبیین می‌کند. در این پژوهش، در متغیرهای فاجعه‌سازی درد و شدت درد بین گروه‌های کنترل و آزمایش در سطح  $P < 0/05$  تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول ۴).

آزمایش کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۲). نشان می‌دهد میانگین نمرات شدت درد، ثبات یا مدت درد، میزان ناتوانی حاصل از درد در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تقریباً برابر بود اما میانگین نمرات شدت درد، ثبات یا مدت درد، میزان ناتوانی حاصل از درد در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۲). برای بررسی نرمال بودن توزیع نمونه آماری از آزمون کلوموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد نمرات فاجعه‌سازی درد و شدت درد را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که به همه‌ی نمرات فاجعه‌سازی درد و شدت نرمال هستند. نتایج آزمون ام‌باکس در مورد همسانی کواریانس متغیرهای اصلی پژوهش نشان داد که در نمرات فاجعه‌سازی درد، شدت درد تساوی

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل متغیرهای اصلی

خردۀ مقیاس‌ها	آزمایش		کنترل		شاخص‌های آماری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فاجعه‌سازی درد	۶۹/۳۶	۴/۶۵	۶۸/۵۸	۵/۰۶	پیش‌آزمون
	۵۸/۶۳	۴/۰۵	۶۸/۰۵	۵/۰۱	پس‌آزمون
شدت درد	۱۱۰/۱۲	۵/۶۸	۱۰۹/۱۵	۷/۹۵	پیش‌آزمون
	۹۵/۵۳	۸/۴۰	۱۰۸/۵۰	۷/۹۰	پس‌آزمون
نشخوار ذهنی	۳۴/۷۵	۳/۴۰	۳۴/۳۵	۴/۰۲	پیش‌آزمون
	۲۹/۲۲	۳/۱۵	۳۴/۰۳	۴/۳۰	پس‌آزمون
بزرگنمایی	۱۹/۷۸	۳/۰۸	۱۹/۲۳	۴/۳۶	پیش‌آزمون
	۱۶/۱۵	۳/۰۲	۱۹/۰۵	۴/۱۵	پس‌آزمون
درماندگی	۱۸/۹۰	۳/۰۸	۱۸/۳۳	۳/۰۸	پیش‌آزمون
	۱۵/۶۵	۳/۰۲	۱۸/۰۳	۳/۴۸	پس‌آزمون
شدت درد	۳۴/۱۷	۳/۹۰	۳۳/۸۷	۳/۰۵	پیش‌آزمون
	۲۹/۶۴	۳/۰۸	۳۳/۶۷	۳/۴۱	پس‌آزمون
ثبات یا مدت درد	۱۸/۹۵	۲/۹۶	۱۸/۲۵	۲/۷۴	پیش‌آزمون
	۱۶/۲۵	۲/۳۰	۱۸/۰۵	۲/۵۴	پس‌آزمون
میزان ناتوانی حاصل از درد	۲۶/۷۳	۲/۱۸	۲۶/۳۴	۲/۱۰	پیش‌آزمون
	۲۳/۰۹	۲/۰۸	۲۶/۰۶	۲/۱۲	پس‌آزمون

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیرهای اصلی پژوهش

منبع	ارزش	F	سطح معنی‌داری	میزان اثر	توان آماری
گروه	۰/۵۳۷	۲۷۶/۸۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۱/۰۰۰

جدول ۴. تحلیل کوواریانس (چند متغیری) تأثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر فاجعه‌سازی و شدت درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری	میزان اثر	توان آماری
فاجعه‌سازی درد	پیش‌آزمون	۳۷/۰۵۸	۱	۳۷/۰۵۸	۰/۹۱۷	۰/۳۵۲	۰/۰۵۱	۰/۱۴۸
	گروه	۵۶۹۷/۷۹۱	۱	۵۶۹۸/۰۹۷	۱۴۱/۰۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	۱/۰۰۰
شدت درد	پیش‌آزمون	۰/۸۴۹	۱	۰/۸۴۹	۰/۰۳۱	۰/۸۶۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۳
	گروه	۲۵۵۴/۴۹۴	۱	۲۵۵۴/۸۰۰	۹۳/۸۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	۱/۰۰۰

سبک شناختی ناسازگار ایفا کند. این یافته به‌ویژه از این جهت اهمیت دارد که نشان می‌دهد فاجعه‌سازی درد لزوماً یک ویژگی تغییرناپذیر نیست و می‌توان با مداخلات روان‌شناختی هدفمند، از شدت آن کاست و در نتیجه تجربه درد را برای فرد قابل‌تحمل‌تر ساخت. یکی از مسیرهای کلیدی، تقویت مهارت آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجان‌ها، افکار و احساسات جسمی است؛ بدون آن‌که فرد در برابر آن‌ها مقاومت یا قضاوت داشته باشد. این فرایند که در بستر ذهن آگاهی و پذیرش شکل می‌گیرد، به افراد کمک می‌کند تا به‌جای تلاش برای سرکوب یا اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند (که خود می‌تواند منجر به تشدید درد و ناراحتی روانی شود)، آن‌ها را با مهربانی و بدون واکنش منفی بپذیرند و فرد می‌تواند با انعطاف

## بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر فاجعه‌سازی درد و شدت درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر فاجعه‌سازی و شدت درد این بیماران مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Krohner و همکاران (۲۵)، Srisopa و همکاران (۱۹)، Müller و همکاران (۲۶)، Koechlin و همکاران (۱۶) و Lee و همکاران (۲۷) همسو بود. اگرچه تحقیقات زیادی فاجعه‌سازی درد را به‌عنوان یک ویژگی فردی مورد بررسی قرار داده‌اند که در طول زمان بسیار پایدار می‌ماند (۲۸)، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تنظیم هیجان می‌تواند نقش مؤثری در کاهش این

نمی‌شود» یا «نمی‌توانم هیچ کاری انجام دهم مگر اینکه درد کاملاً از بین برود». با جایگزینی این افکار با ارزیابی‌های واقع‌گرایانه‌تر، فرد یاد می‌گیرد که حتی در حضور درد نیز می‌تواند زندگی معنادار و ارزش‌مداری را دنبال کند.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه، اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر فاجعه‌سازی و شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را ثابت نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی مشابه بر روی بیماری‌های دیگر صورت گیرد. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، با برگزاری دوره‌هایی در مراکز درمانی و سایر مراکزی که با بیماران مبتلا آرتریت روماتوئید در ارتباط هستند، می‌توان گام مؤثری در راستای توانمندسازی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و بهبود روابطشان برداشت و به تبع آن کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینیا کد ۱۶۲۸۲۲۴۶۱ می‌باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد به تصویب رسیده و با حمایت مالی نویسنده به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات جناب آقای دکتر علیرضا شیرازی تهرانی تقدیر و تشکر می‌شود.

بیشتری با واقعیت‌های درونی خود مواجه شود. افراد مبتلا به درد مزمن اغلب در روابط اجتماعی و تعاملات بین‌فردی خود دچار چالش می‌شوند و ممکن است احساس انزوا یا ناتوانی در مدیریت موقعیت‌های دشوار داشته باشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افزایش آگاهی هیجانی، به‌ویژه از طریق درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان، می‌تواند افراد را به سمت پردازش فعال و سالم احساساتی سوق دهد که پیش‌تر از آن‌ها اجتناب می‌کردند. این پردازش هیجانی، به‌جای سرکوب یا انکار، موجب کاهش قابل‌توجهی در سطح درد و اختلالات همراه با آن می‌شود و فرد را قادر می‌سازد تا رابطه‌ای بازتر، دلسوزانه‌تر و پذیرنده‌تر با افکار و احساسات خود برقرار کند (۲۹).

با آموزش مهارت‌های ارتباطی، ابراز احساسات و حل مسأله، این افراد می‌آموزند چگونه به‌طور مؤثرتری با دیگران ارتباط برقرار کنند، حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کنند و در مواجهه با مشکلات روزمره، واکنش‌هایی سازگارتر از خود نشان دهند. این فرایند نه تنها احساس درماندگی را کاهش می‌دهد، بلکه از شدت نشخوارهای ذهنی و افکار منفی مرتبط با درد نیز می‌کاهد (۲۸). از سویی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در پذیرش تجربه‌های درونی دشوار، بدون تلاش برای تغییر یا کنترل فوری آن‌ها، و در عین حال حرکت به سوی اهداف ارزش‌مند اشاره دارد. در این مسیر، یکی از گام‌های اساسی، اصلاح و بازسازی شناختی باورهای غیرواقع‌بینانه و فاجعه‌ساز درباره‌ی درد است؛ باورهایی نظیر «این درد هرگز تمام

### References

- Leon L, Redondo M, Fernández-Nebro A, Gómez S, Loza E, Montoro M, et al. Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2018; 38(12): 2167-82.
- Martinez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, Luque-Suarez A. The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Physiother Theory Pract* 2020; 36(1): 21-37.
- Chancay MG, Guendeschadze SN, Blanco I. Types of pain and their psychosocial impact in women with rheumatoid arthritis. *Womens Midlife Health* 2019; 5: 3.
- Ryan S, McGuire B. Psychological predictors of pain severity, pain interference, depression, and anxiety in rheumatoid arthritis patients with chronic pain. *Br J Health Psychol* 2016; 21(2): 336-50.
- Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol* 2011; 67(9): 942-68.
- Varshney V, Rutledge T, D'Eon M, Chakravarthy K. Pain, implantable pain devices, and psychosocial aspects of pain. *The Neurobiology, Physiology, and Psychology of Pain: Elsevier*; 2022. p. 395-403.
- Taklavi S, Seddig VA. Comparison of the Perception of Pain and Alexithymia in Patients with Rheumatoid Arthritis, Familial Mediterranean fever and Healthy People [in Persian]. *Journal of Research in Psychological Health* 2018; 12(2).
- Koop SM, ten Klooster PM, Vonkeman HE, Steunebrink LM, van de Laar MA. Neuropathic-like pain features and cross-sectional associations in rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2015; 17: 237.
- Sadeghi A, Ghazanfari A, Mashhadizadeh S, Sharifi T. Comparison of psychological capital group training and mindfulness based cognitive therapy on pain catastrophizing in patients with migraine in Isfahan city [in Persian]. *Journal of Applied Family Therapy* 2023; 3(5): 511-27.
- Dong H-J, Gerdle B, Bernfort L, Levin L-Å, Dragioti E. Pain catastrophizing in older adults with chronic pain: the mediator effect of mood using a path analysis approach. *J Clin Med* 2020; 9(7): 2073.
- Kato T, Kadota M, Shimoda S. Effects of coping flexibility in young women on depressive symptoms during chronic pain. *Behav Med* 2021; 47(3): 185-93.
- Hanney WJ, Anderson AW, Kolber MJ, Gibbs V, Hanney IV WJ. Exercise as Medicine: Tackling Chronic Pain and Depression to Boost Quality of Life—A Narrative Review. *Sci* 2025; 7(1): 10.

13. Trucharte A, Leon L, Castillo-Parra G, Magán I, Freitas D, Redondo M. Emotional regulation processes: influence on pain and disability in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol* 2020; 38(Suppl 123): 40-6.
14. Pos AE, Choi BH. Relating process to outcome in emotion-focused therapy. In: Greenberg LS, Goldman RN. Eds. *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association; 2019. p. 171-91.
15. Ziarko M, Siemiątkowska K, Sieński M, Samborski W, Samborska J, Mojs E. Mental health and rheumatoid arthritis: toward understanding the emotional status of people with chronic disease. *Biomed Res Int* 2019; 2019: 1473925.
16. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *J Psychosom Res* 2018; 107: 38-45.
17. Debeuf T, Verbeken S, Boelens E, Volkaert B, Van Malderen E, Michels N, et al. Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2020; 21(1): 153.
18. Kermani S, Ebrahimi A, Bagherian-Sararoudi R, Feizi A, Mottaghi P. The Mediating role of pain catastrophe, depression and anxiety in the relationship between psychological flexibility and pain self-efficacy in patients with musculoskeletal pain [in Persian]. *J Isfahan Med Sch* 2022; 40(690): 789-99.
19. Srisopa P, Cong X, Russell B, Lucas R. The role of emotion regulation in pain management among women from labor to three months postpartum: an integrative review. *Pain Manag Nurs* 2021; 22(6): 783-90.
20. Yazdanfar M, Manshaee G, Ghamarani A. The effectiveness of treatment based on the model of emotional regulation strategies on pain anxiety in patients with arthritic rheumatoid disease. *Anesthesiol Pain* 2020; 11(3): 43-56.
21. Karsdal MA, Woodworth T, Henriksen K, Maksymowych WP, Genant H, Vergnaud P, et al. Biochemical markers of ongoing joint damage in rheumatoid arthritis-current and future applications, limitations and opportunities. *Arthritis Res Ther* 2011; 13(2): 215.
22. Shirazitehrani A, Mirdrikvand F, Sepahvandi MA. Development of Structural model for prediction of chronic musculoskeletal pain by pain disposition, Catastrophizing, fear, pain intensity and inability [in Persian]. *J Isfahan Med Sch* 2017; 34(413): 1595-606.
23. Yadavari M, Naderi F, Makvandi B, Hafezi F. The effects of metacognitive therapy on pain catastrophizing and quality of life in patients with chronic pain [in Persian]. 2020; 10: 134.
24. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press; 2015.
25. Krohner S, Town J, Cannoy CN, Schubiner H, Rapport LJ, Grekin E, et al. Emotion-Focused Psychodynamic Interview for People with Chronic Musculoskeletal Pain and Childhood Adversity: A Randomized Controlled Trial. *J Pain* 2024; 25(1): 39-52.
26. Müller R, Segerer W, Ronca E, Gemperli A, Stirnimann D, Scheel-Sailer A, et al. Inducing positive emotions to reduce chronic pain: a randomized controlled trial of positive psychology exercises. *Disability and Rehabilitation* 2022; 44(12): 2691-704.
27. Lee J, Lazaridou A, Paschali M, Loggia ML, Berry MP, Ellingsen DM, et al. A randomized controlled neuroimaging trial of cognitive behavioral therapy for fibromyalgia pain. *Arthritis Rheumatol* 2024; 76(1): 130-40.
28. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging* 2010; 25(3): 516-23.
29. Ziadni MS, Sturgeon JA, Lumley MA. "Pain, Stress, and Emotions": Uncontrolled trial of a single-session, telehealth, emotional awareness and expression therapy class for patients with chronic pain. *Front Pain Res (Lausanne)* 2022; 3: 1028561.

## The Effectiveness of Emotion Regulation-Based Therapy on Reducing Pain Catastrophizing and Pain Intensity in Patients with Rheumatoid Arthritis

Maryam Parchamifar<sup>1</sup>, Alireza Shirazitehrani<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Psychological factors are among the factors that affect the pain of patients with chronic pain, including patients with rheumatoid arthritis. The present study was conducted to investigate the effectiveness of emotion regulation therapy on catastrophizing and pain severity in patients with rheumatoid arthritis.

**Methods:** The study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The population consisted of all patients with rheumatoid arthritis, from which a convenience sample of 34 participants was selected and divided into experimental (n = 17) and control (n = 17) groups. The instruments used were the Chronic Pain Grade Scale (Von Korff, 1992) and the Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al., 1995). The experimental group participated in 8 sessions of emotion regulation therapy, while the control group received no psychological intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Findings:** The results indicated significant differences between pretest and posttest scores, demonstrating that emotion regulation therapy was effective in reducing pain catastrophizing and pain intensity in the posttest phase ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** Emotion regulation-based therapy appears to be an effective psychological intervention for decreasing pain catastrophizing and pain intensity in patients with rheumatoid arthritis. It can be considered a useful complementary treatment for use by clinicians and healthcare providers.

**Keywords:** Emotion Regulation Therapy, Pain Catastrophizing, Pain Measurement, Rheumatoid Arthritis

**Citation:** Shirazitehrani A, Parchamifar M. **The Effectiveness of Emotion Regulation-Based Therapy on Reducing Pain Catastrophizing and Pain Intensity in Patients with Rheumatoid Arthritis.** J Isfahan Med Sch 2026; 43(844): 1779- 86.

1- Student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran  
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

**Corresponding Author:** Maryam Parchamifar, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran; Email: maryamparchamifar1356@gmail.com