



تأثیر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی دانشآموزان متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید شهر همدان

علیرضا واحدی‌همت^۱، ایرج صفائی‌راد^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی دانشآموزان متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید شهر همدان انجام شد. این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشآموزان پسر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوم شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۹۹ (۴۷۰ نفر)، بود که ۳۰ نفر از دانشآموزان پسر مبتلا به آرتربیت روماتوئید به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۱ ساعتی تحت گروه درمانی شناختی-رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار درمان ماندند. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه اضطراب (صفت-حالت) اسپیل برگ (۱۹۷۰)، مقیاس سنجش استرس لوپیوند (۱۹۹۵) و مقیاس سنجش کیفیت زندگی تاثیر آرتربیت ۲-فرم کوتاه انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS 23 در استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی دانشآموزان متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید شهر همدان، تاثیر دارد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی، درمان شناختی-رفتاری، اضطراب (حالت-صفت)، استرس، کیفیت زندگی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران (نویسنده مسئول)



مقدمه

آرتیت روماتوئید یک بیماری خودایمنی پیشرونده با علائم بالینی متغیر می‌باشد. آرتیت روماتوئید با دوره‌های التهاب در مفاصل شروع می‌شود که باعث ضخیم شدن و ایجاد درد در آن می‌شود. این بیماری باعث آسیب پیش‌رونده به دستگاه اسکلتی عضلانی شده و منجر به درد و تخریب غیر قابل بازگشت استخوان و غضروف می‌شود که واکنش‌های متفاوتی دارد. این بیماری ماهیتی مزمن دارد و اغلب با عود و گاهی با فروکش خود به خودی همراه است. در این بیماران درد منجر به احساس ناکامی، نگرانی، اضطراب و استرس می‌شود به خصوص اگر ماهیتی مزمن داشته باشد (بهرامی‌راد و راضی، ۱۳۹۷).

از منظر روانشناختی افراد مبتلا به آرتیت روماتوئید دچار ترس از درد بلند مدت، خشکی و خستگی هستند. بسیاری از آن‌ها نگران تغییر شکل‌های مفصلی به خصوص در ناحیه دست‌ها هستند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که آرتیت روماتوئید با مشکلات روانشناختی اضطراب و استرس در ارتباط است و پژوهش عبید رحمانی، قربان‌شیروودی، حاجی‌عباسی (۱۳۹۲)، نشان داد به علت درصد بالای ریشه اضطراب در مبتلایان به این بیماری، آن‌ها نیازمند مداخلات روانشناصی و روان‌پزشکی هستند و درمان روانشناختی تاثیر زیادی در بهبود عملکرد و کیفیت زندگی این افراد دارد (خانبائی، زاهدی و رفیع‌بور، ۱۳۹۸). قرار گرفتن در معرض فشار روانی ممکن است واکنش‌های قابل مشاهده‌ای را موجب شود که اضطراب نامیده می‌شود. اضطراب یک حالت هیجانی نامطلوب است که با نگرانی، تنش و تشویش همراه است. اضطراب دو حالت دارد، اضطراب حالت و اضطراب صفت^۱، در اضطراب حالت یک واکنش هیجانی که از موقعیت دیگر تفاوت می‌کند و اضطراب صفت یک ویژگی شخصیتی است که فراوانی و شدت واکنش هیجانی شخص نسبت به فشار را منعکس می‌کند و از این نظر بین مردم تفاوت آشکاری وجود دارد. اضطراب صفت، خصیصه‌ی شخص است نه ویژگی موقعیتی که شخص با آن رو به راست (کراسکیان، ۲۰۱۵).

لازاروس^۲ استرس را نوعی ارتباط بین فرد و محیط می‌دانند که فرد آن را فراتر از منابع خود ارزیابی کرده و رفاه و بهزیستی وی را به مخاطره می‌اندازد. لازاروس استرس را برانگیختگی ذهن و بدن در پاسخ به مطالباتی که به آن تحمیل شده تعریف می‌کند. به عبارت دیگر استرس را نتیجه یک خواست و مطالبه‌ای می‌دانند که به فرد تحمیل شده و آن را فراتر از منابع موجود خود، برای برآورده کردن می‌بینند. بنابراین، این خواست به عنوان تهدید ادراک می‌شود و لذا شکلی از مقابله مورد نیاز است (لارسن و اسموسن^۳، ۲۰۱۴). تعریف ساده‌تر آن است که "استرس، تنش و برانگیختگی بدنی و ذہنی در واکنش به حوادث و تغییراتی است که سازگاری فرد را برهم می‌زند"^۴ برخی از این تغییرات کوچک و جزئی بوده و سازگاری چندانی را طلب نمی‌کند ولی برخی دیگر، تغییرات بزرگی را در زندگی بوجود آورده و مستلزم تلاش زیادی برای سازگاری مجدد است. روشن است که با این تعریف و تعاریف فوق استرس فقط شامل تغییرات منفی نمی‌شود بلکه تغییرات مثبت مانند ازدواج، ارتقاء شغلی نیز ممکن است ایجاد استرس کند که به آن استرس خوب یا یوسترنس می‌گویند (لوسانی، ۱۳۹۸).

از سوی دیگر وجود اضطراب و استرس در افراد بر روی کیفیت زندگی نیز تاثیر می‌گذارد. کیفیت زندگی^۴، بهزیستی عمومی افراد و جوامع است و ویژگی‌های منفی و مثبت زندگی را ترسیم می‌کند. این شامل انتظارات یک فرد یا جامعه برای زندگی خوب است. این انتظارات با ارزش‌ها، اهداف و بسترهای فرهنگی - اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند هدایت می‌شود و به

¹. Trait - state

². Larson

³ Larson & Asmussen

⁴. life quality



عنوان مرجعی است که فرد یا جامعه می‌تواند حوزه‌های مختلف زندگی خود را اندازه‌گیری کنند تا دریابند که چه اندازه زندگی شخصی آن‌ها با یک سطح استاندارد مطلوب مطابقت دارند (هامس، مک‌کیوتچون و اسکوگین^۱، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد و به همین دلیل باید از جنبه‌های مادی و روانشناختی ارزیابی شود.

یکی از روش‌های مناسب جهت کاهش مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به بیماری استفاده از درمان شناختی رفتاری می‌باشد. فنون و روش‌هایی که در گروه درمانی به شیوه رفتاری- شناختی در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد شامل: ارائه اطلاعات در رابطه با اضطراب و استرس با تأکید بر الگوی رفتاری شناختی حالات اضطرابی، آموزش آرام‌سازی کاربردی، شناسائی و اصلاح نگرش‌های منفی و نامناسب می‌باشد. با توجه به مطالب عنوان شده، پژوهشگر به دنبال بررسی این مسئله است که آیا درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به آرتربیت روماتوئید مؤثر است؟

روش‌شناسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان پسر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوم شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۹۹ است که تعداد آن‌ها ۴۷۰ نفر می‌باشد. برای فراهم کردن نمونه موردنظر، ۳۰ نفر از دانش آموزان پسر مبتلا به آرتربیت روماتوئید به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به طور مساوی جایگزین شدند. برنامه درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی در ۸ جلسه‌ی ۱ ساعتی (دو جلسه در هفته) برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش اجرا شد و برای شرکت کنندگان در گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. مداخلات گروهی شناختی رفتاری که بر اساس پروتکل رضائیان (۱۳۹۳) طراحی و اجرا شده است در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱: پروتکل اجرایی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر اساس پروتکل رضائیان (۱۳۹۳)

جلسات	مداخلات گروهی شناختی رفتاری
اول	معارفه و آشنایی با قوانین و ساختار و اهداف گروه، انجام پیش آزمون، آموزش تنفس عمیق دیافراگمی و ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
دوم	مرور خلاصه‌ای از مطالب جلسه قبل و تکالیف انجام شده. آشنایی با درمان شناختی - رفتاری و آموزش چرخه تفکر، احساس، جسم و رفتار آموزش تصور هدایت شده، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نحوه عمل شناخت درمانی و مدل A-B-C آموزش استفاده از برگه ثبت افکار منفی و تعیین وقت برای پرداختن به افکار منفی، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با لایه‌های شناخت و انواع خطاها شناختی، آموزش تکنیک توقف فکر و تکنیک نمونه‌گیری از فکر به همراه ارزیابی از افکار (مفید یا مضر بودن آن‌ها).
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، تبدیل قواعد زندگی باید دار به ترجیحات و آموزش فنون بازسازی شناختی، تکنیک برگ‌های سطح رودخانه و تکنیک خودگویی مثبت با جملات آرام بخش، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، فن پیکان رو به پایین، مشغول نگه داشتن ذهن و تهیه لیستی از فعالیت‌ها، غذاها و مکان‌های مورد علاقه در دوران کودکی و اکنون، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
هفتم	مرور تکالیف و آموزش‌های تمام جلسات قبل و آموزش رفتار جرأت مندانه، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.



مروز تکالیف جلسه قبل، آموزش شیوه حل مسئله، دریافت بازخورد درباره اثرات آموزش‌ها در نحوه زندگی اعضاء، توزیع پرسشنامه‌های مربوط به پس آزمون و جمع‌آوری آن‌ها.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه اضطراب (صفت-حالت) اسپیل برگر (۱۹۷۰)، مقیاس سنجش استرس لویبوند (۱۹۹۵) و مقیاس سنجش کیفیت زندگی تاثیر آرتیت ۲-فرم کوتاه بود.

پرسشنامه اضطراب (صفت-حالت): پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر (۱۹۷۰) از ۴۰ سوال تشکیل شده که ۲۰ سوال اول حالت اضطراب و ۲۰ سوال دوم صفت اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس حالت اضطراب (اضطراب آشکار) شامل ۲۰ جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و زمان پاسخگویی» ارزشیابی می‌کند. مقیاس صفت اضطراب (اضطراب پنهان) هم شامل ۲۰ جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد. در پاسخگویی آزمودن‌ها در پاسخ به حالت اضطراب تعدادی گزینه برای هر عبارت ارائه شده است که آن‌ها باید گزینه‌ای را که به بهترین وجه شدت احساسات آن‌ها را بیان می‌نماید انتخاب کنند. این گزینه‌ها عبارتند از: ۱- خیلی کم، ۲- کم، ۳- زیاد و ۴- خیلی زیاد. وزن‌های نمره‌گذاری، برای عبارت‌هایی که عدم اضطراب را نشان می‌دهند به صورت معکوس است. عبارت‌هایی که در هنگام نمره‌گذاری به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند عبارتند از:

مقیاس حالت اضطراب: ۱-۵-۲-۸-۱۰-۱۱-۱۵-۱۶-۱۹-۲۰

مقیاس صفت اضطراب: ۲۱-۲۳-۲۶-۳۰-۳۳-۳۴-۳۶-۳۹

مقیاس سنجش استرس: مقیاس افسردگی اضطراب استرس DASS-۴۲ توسط لویبوند و لویبوند (۱۹۹۵) ساخته شد که مجموعه‌ای از سه زیر مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. زیر مقیاس افسردگی، ملالت^۱، نالمیدی^۲، بی ارزش شمردن زندگی^۳، نالرزنده‌سازی خود^۴، فقدان علاقه و مشارکت^۵، بی لذتی^۶ و سکون^۷ را اندازه می‌گیرد. خرده مقیاس استرس، عباراتی چون دشواری در دست یابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی قراری را در بر می‌گیرد. هر کدام از زیر مقیاس‌ها دارای ۱۴ ماده است که آزمودنی باید شدت فراوانی علامت مطرح شده در هر ماده را که در طول هفته‌ی گذشته تجربه کرده است، با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا سه) از "اصلاً" تا "خیلی زیاد"، درجه بندی کند. اگرچه DASS می‌تواند سهمی در تشخیص اضطراب یا افسردگی داشته باشد اما به عنوان یک ابراز تشخیصی طراحی نشده است. در واقع این پرسشنامه شماری از علائم نوعی افسردگی مانند: خواب، اشتها و اختلالات جنسی را در بر نمی‌گیرد و برای ارزیابی، نیاز به بررسی جداگانه این موارد وجود دارد. به همین دلیل در این پژوهش از زیر مقیاس‌های اضطراب (صفت - حالت) اسپیل برگر برای سنجش اضطراب استفاده شده است. با اینکه DASS امکان مقایسه علائمی را از هفته‌ای به هفته‌ی دیگر فراهم می‌کند اما می‌توان آن را پس از اینکه زمان لازم برای اثربخشی درمان انتخابی گذشت نیز به خوبی استفاده کرد. موارد استفاده از DASS را می‌توان چنین خلاصه کرد: برای اهداف پژوهشی می‌توان آن را به صورت فردی یا گروهی اجرا کرد. توانایی تمایز بین سه حالت افسردگی، اضطراب و استرس

¹. dysphoria

². hopelessness

³. devaluation of life

⁴. self-depreciation

⁵. lack of interest/involvement

⁶. anhedonia

⁷. inertia



می‌تواند برای پژوهشگرانی که به ماهیت، علت‌شناسی و مکانیزم‌های درگیر در آسیب‌های خلقی علاقه دارند، مفید باشد. از آنجا که DASS در اصل بر اساس نمونه‌های غیربالینی ساخته شده است، برای غربال و متمازیسازی نوجوانان و بزرگسالان بهنجار مناسب است. ارزش اصلی آن در یک موقعیت بالینی آن است که مرکز آسیب‌های هیجانی را مشخص می‌سازد، یعنی بخشی از کار ارزیابی بالینی را انجام می‌دهد. کارکرد اساسی DASS ارزیابی شدت علائم بنیادی افسردگی، اضطراب و استرس است (صاحبی، اصغری و سالاری، ۱۳۸۴). این مقیاس شامل ۱۴ جمله است که وضعیت فرد را در طول هفته گذشته مورد پرسش قرار می‌دهد. مقیاس همراه با پرسشنامه به آزمودنی داده شده و سپس از آن‌ها خواسته می‌شود که میزان تطبیق هر جمله را با وضعیت خود، با استفاده از یکی از درجه‌های ۰، ۱، ۲ و یا ۳ نشان دهند (اصلاً، به ندرت، گاهی، اکثر موارد). به آزمودنی گفته می‌شود که پاسخ صحیح یا غلط وجود ندارد، وقت زیادی صرف پاسخ‌ها نکنند. این ابزار روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از نوع لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به هر جمله بر اساس درجه‌ای که برای آن انتخاب شده است، نمره‌های معادل همان درجه تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب که به درجه‌ی ۰ نمره‌ی صفر، به ۱ نمره‌ی یک، به ۲ نمره‌ی دو، و به ۳ نمره‌ی سه داده می‌شود. این مقیاس سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را شامل می‌شود که جملات ۳۹، ۳۵، ۳۲، ۳۳، ۲۷، ۲۹، ۲۲، ۱۸، ۱۱، ۱۲، ۸، ۱، ۶ مربوط به استرس است. نمرات مربوط به هر مقیاس از جمع نمرات جملات آن مقیاس و نمره کل از مجموع نمرات کل به دست می‌آید.

مقیاس سنجش کیفیت زندگی تاثیر آرتیت ۲ - فرم کوتاه: پرسشنامه کیفیت زندگی تاثیر آرتیت ۲ - فرم کوتاه (AIMS2-SF) یک پرسشنامه خود گزارشی کیفیت زندگی است که مخصوص وضعیت سلامت بیماران آرتیت روماتوئید می‌باشد و سلامتی جسمی، هیجانی و اجتماعی را ارزیابی می‌کند. فرم کوتاه این ابزار شامل ۲۶ سوال است که تاثیر ذهنی بیماری را در طول ماه گذشته بررسی می‌کند و دارای ۵ زیر مقیاس است که عبارتند از: عملکرد جسمی (تحرک و مراقبت از خود)، عاطفه (سطح خلق)، نشانگان (درد)، تعامل اجتماعی (خانواده و دوستان)، و عملکرد در نقش (توانایی کار کردن). نمرات پایین در این زیر مقیاس‌ها نشان‌دهنده سطح پایین وضعیت سلامت است (میناک و فیتزگرالد و برسنیهال^۱، ۲۰۱۴). اعتبار این آزمون‌ها با توجه به حساسیت این آزمون نسبت به تغییرات عملکردی بیماران بعد از درمان با داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی و همبستگی بالای این آزمون با نتایج بررسی‌های جسمی، آشکار شد (آندرسون، بردلی، یانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). این پرسشنامه نیز یک ابزار خود گزارش‌دهی کاغذ قلمی است و افراد برای تکمیل این پرسشنامه به هیچ راهنمایی احتیاج ندارند و تنها کافی است که به آن‌ها پرسشنامه را ارائه داد و از آن‌ها خواست که آن را تکمیل کنند. مقیاس‌های AIMS2-SF با یک روش ثابت نمره‌گذاری می‌شوند به طوریکه نمرات پایین نشان‌دهنده کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بالاتر است و نمرات بالاتر کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بدتر را نشان می‌دهد. با این حال به منظور جلوگیری از سوگیری نظامدار در پاسخ‌ها، ترتیب پاسخ‌های پرسشنامه مختلط شده است به طوریکه آخرین پاسخ همیشه نشان‌دهنده وضعیت بدتر نیست. سوالاتی که احتیاج به کدگذاری مجدد دارند و همینطور جهت کدگذاری در جدول شماره ۲ آمده است. زمانیکه پاسخ‌های خام جمع‌آوری شدند، نمرات سوالات در هر مقیاس به سادگی با هم جمع می‌شوند. طیف نمرات بستگی به تعداد سوالات آن مقیاس دارد که در جدول زیر نشان داده شده است. برای اینکه بتوان این نمرات را در واحدهای مشابه نشان داد یک عملیات استاندارد کردن روی آن‌ها انجام می‌شود تا بتوان نمرات را در یک طیف ۰-۱۰ نشان داد که در آن ۰ بیانگر بدترین وضعیت ممکن و ۱۰ بیانگر بهترین وضعیت است.

¹. Minnock, Fitzgerald, Bresnihan

² Anderson, Bradley, Young



جدول ۲: نمره گذاری مقیاس سنجش کیفیت زندگی تاثیر آرتیت ۲- فرم کوتاه

مقیاس	سوالات	سوالات معکوس	طیف نمرات خام
جسمی	۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲	۱۲، ۱۱، ۵، ۴، ۳، ۲	۱۲=۶۰
نشانه ها	۱۵-۱۴-۱۳	۱۵، ۱۴، ۱۳	۳-۱۵
عاطفه	۲۰-۱۹-۱۸-۱۶	۲۰، ۱۸، ۱۷، ۱۶	۵-۲۵
اجتماعی	۲۴-۲۱	-	۴-۲۰
کار	۲۶-۲۵	۲۶، ۲۵	۲-۱۰

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS 23 در بخش استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها

در این بخش قبل از بررسی فرضیه ها نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. همچنین برای بررسی خطی بودن رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای وابسته، از نمودار اسکاتر پلات استفاده شد که نشان از خطی بودن رابطه بین متغیرها داشت.

فرضیه اصلی: درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان پسر متوسطه دوم مبتلا به آرتیت روماتوئید شهر همدان تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه، از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده می شود. لذا قبل از انجام تحلیل ابتدا پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس بررسی می گردد.

فرض همگنی ماتریس کوواریانس: برای بررسی این مفروضه، آزمون M باکس یکسانی ماتریس کوواریانس را ارزشیابی می کند. به خاطر اینکه این آماره بسیار حساس است، بنابراین سطح معنی داری 0.0001 در نظر گرفته می شود. اگر سطح معنی داری بالاتر از 0.0001 باشد، نشان می دهد تفاوت معنی داری وجود ندارد و فرض همگنی ماتریس کوواریانس تایید می گردد. نتیجه این آزمون در جدول زیر آمده است:

جدول ۳: آزمون M باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس

Sig.	df 2	df 1	F	Box'M
.0/677	۲۶۳۸/۰۴۵	۳۶	.۰/۸۶۰	۳۳/۱۵۶

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، مقدار آماره M باکس برابر با $33/156$ و مقدار F بدست آمده برای این آماره $0.0/860$ می باشد. سطح معنی داری مقدار F برابر با $0/677$ محاسبه شده که بالاتر از 0.0001 می باشد ($P < 0.001$). بنابراین فرض همگنی ماتریس کوواریانس پذیرفته می شود.

برای بررسی معنی داری تفاوت میانگین متغیرها ترکیبی از بین مولفه های علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی آماره چند متغیره لامبدای ویکز^۱ مورد بررسی قرار می گیرد. لامبدای ویکز در کنار پیلاپی^۲، بزرگترین ریشه

¹. Wilks' Lambda



روی^۳ و هوتلینگ^۴ یکی از آزمون‌های چند متغیره است که نشان می‌دهد آیا از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در بین گروه‌ها در ترکیب خطی خرد مقياس‌های مورد نظر وجود دارد یا نه. نتیجه این آزمون در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چند متغیره بررسی تاثیر درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی

آزمون	مقدار	F	d.f فرضیه	Df خطای	P	η ^۲
پیلایی	۰/۶۸۷***	۳/۵۶۸	۸	۱۳	۰/۰۲۱	۰/۶۸۷
لامبادی ویلکز	۰/۳۱۳***	۳/۵۶۸	۸	۱۳	۰/۰۲۱	۰/۶۸۷
هوتلینگ	۲/۱۹۶***	۳/۵۶۸	۸	۱۳	۰/۰۲۱	۰/۶۸۷
بزرگترین ریشه روی	۲/۱۹۶***	۳/۵۶۸	۸	۱۳	۰/۰۲۱	۰/۶۸۷

با توجه به اطلاعات جدول ۴ مشاهده می‌شود که مقدار لامبادی ویلکز برابر با ۰/۳۱۳ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۳/۵۶۸ است. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۸ و ۱۳ کمتر از ۰/۰۵ است ($p < 0.05$). این امر نشان می‌دهد که بین افراد گروه‌های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. با توجه به ضریب اتا، درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید شهر همدان به میزان ۰/۶۹ تاثیر دارد ($p < 0.05$ ، $\eta^2 = 0.69$ ، $F = 6.615$ ، $\Lambda = 0.313$).

فرضیه فرعی اول: درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی در کاهش علائم اضطراب (صفت-حالت) دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید تاثیر دارد.

به منظور بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانش چندمتغیری استفاده شد که نتایج در جدول ۵ آورده شده است:

جدول ۵: نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات نمرات علائم اضطراب

منبع متغیر						
ضریب اتا	Sig	F	MS	df	SS	
۰/۲۵۱	۰/۰۱۸	۶/۶۹	۴۵۰/۴۸۵	۱	۴۵۰/۴۸۵	گروه
-	-	-	۶۷/۳۵۰	۲۰	۱۳۴۷/۰۰۴	خطای
-	-	-	-	۲۹	۱۶۷۷/۷۱۲	کل اصلاح شده
۰/۲۳۰	۰/۰۲۴	۵/۹۷	۵۰۰/۶۵۶	۱	۵۰۰/۶۵۶	گروه
-	-	-	۸۳/۸۸۶	۲۰	۱۶۷۷/۷۱۲	خطای
-	-	-	-	۲۹	۵۳۶۸/۳۰۰	کل اصلاح شده

^۳. Pillai's Trace

^۴. Roy's Largest Root

^۵. Hotelling's Trace



نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین اضطراب حالت برابر با $F=6/69$ ($\alpha=.0018$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $.05$ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در کاهش علائم اضطراب حالت داشت- آموزان پسر متوسطه دوم مبتلا به آرتیت روماتوئید به میزان 25 درصد تاثیر دارد ($p<.05$, $F=6/69$). مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین اضطراب صفت برابر با $F=5/97$ ($\alpha=.0024$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $.05$ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در کاهش علائم اضطراب صفت داشت آموزان پسر متوسطه دوم مبتلا به آرتیت روماتوئید به میزان 23 درصد تاثیر دارد ($p<.05$, $F=5/97$). برای بررسی میزان تفاوت میانگین علائم اضطراب در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۶ ارائه شده است:

جدول ۶: میانگین تعدیل شده نمرات علائم اضطراب

متغیر	گروه	اضطراب صفت	اضطراب حالت
میانگین	کنترل	۵۷/۴۶	۵۸/۱۹
	آزمایش	۴۷/۱۳	۴۸/۴۰
انحراف معیار	کنترل	۲/۶۹۵	۲/۴۱۵
	آزمایش	۲/۶۹۵	۲/۴۱۵

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب حالت ($48/40$ و $58/19$) و میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب صفت ($47/13$ و $57/46$) در گروه کنترل بیشتر از آزمایش است، در نتیجه درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی، علائم اضطراب (صفت و حالت) داشت آموزان پسر متوسطه دوم مبتلا به آرتیت روماتوئید را کاهش می‌دهد.

فرضیه فرعی دوم

درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در کاهش علائم استرس داشت آموزان پسر متوسطه دوم مبتلا به آرتیت روماتوئید تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه، از تحلیل کواریانس تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است. نتایج در جدول ۷ آمده است:

جدول ۷: نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات علائم استرس

منبع متغیر	SS	Df	MS	F	Sig	ضریب اتا
گروه	۳۳۲/۴۵۰	۱	۳۳۲/۴۵۰	۱۲/۶۰	۰/۰۰۲	۰/۳۸۶
خطا	۵۲۷/۷۸۶	۲۰	۲۶/۳۸۹	-	-	-
استرس	۱۶۹۴/۱۶۷	۲۹	-	-	-	-

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین استرس برابر با $F=12/60$ ($\alpha=.0002$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $.01$ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در کاهش علائم استرس داشت آموزان پسر



متوسطه دوم مبتلا به آرتریت روماتوئید به میزان ۲۵ درصد تاثیر دارد ($F(۲۹, ۶۰) = ۱۲/۶۰, p < ۰/۰۵$). برای بررسی میزان تفاوت میانگین استرس در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۸ ارائه شده است:

جدول ۸: میانگین تعدیل شده نمرات علائم استرس

متغیر	گروه	استرس
میانگین	کنترل	۴۴/۳۷
	آزمایش	۳۵/۹۶
انحراف معیار	کنترل	۱/۵۱۱
	آزمایش	۱/۵۱۱

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات استرس (۳۵/۹۶ و ۴۴/۳۷) در گروه کنترل بیشتر از آزمایش است، در نتیجه درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی، علائم استرس دانشآموزان پسرا متوسطه دوم مبتلا به آرتریت روماتوئید را کاهش می‌دهد.

فرضیه فرعی سوم

درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در بهبود کیفیت زندگی دانشآموزان پسرا متوسطه دوم مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه، از تحلیل کواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است که در جدول ۹ ارائه شده است:

جدول ۹: نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات کیفیت زندگی

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
عملکرد جسمی	۰/۵۵۹	۱	۰/۵۵۹	۰/۰۲	۰/۸۹۳	۰/۰۰۱
	۶۰۱/۱۱۳	۲۰	۳۰/۰۵۶	-	-	-
	۹۶۶/۷۰۰	۲۹	-	-	-	-
	۱۰/۳۲۸	۱	۱۰/۳۲۸	۸/۲۷	۰/۰۰۹	۰/۲۹۳
	۲۴/۹۶۶	۲۰	۱/۲۴۸	-	-	-
	۱۰/۷۳۶۷	۲۹	-	-	-	-
نشانگان	۳/۹۰۹	۱	۳/۹۰۹	۰/۴۹۲	۰/۰۰۹	۰/۰۲۴
	۱۵۹/۷۷۸	۲۰	۷/۹۸۹	-	-	-
	۲۰۴/۳۰۰	۲۹	-	-	-	-
	۲۷/۵۱۱	۱	۲۷/۵۱۱	۹/۱۷	۰/۰۰۷	۰/۳۱۴
تعامل اجتماعی	۵۹/۹۸۸	۲۰	۲/۹۹۹	-	-	-
	۲۳۶/۹۶۷	۲۹	-	-	-	-
	۰/۶۹۲	۱	۰/۶۹۲	۸/۳۲	۰/۰۰۹	۰/۲۹۴
	۱/۶۶۳	۲۰	۰/۰۸۳	-	-	-
عملکرد در نقش	۰/۶۶۳	۲۰	۰/۰۸۳	-	-	-



نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F بحسب آمده برای تفاوت میانگین نشانگان برابر با $F(۲۹, ۱) = ۸/۲۷$ ($\alpha = ۰/۰۰۹$) است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با $F(۲۹, ۱) = ۸/۲۷$ ($\alpha = ۰/۰۰۹$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $۰/۰۱$ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در بهبود نشانگان دانشآموزان پس متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید به میزان ۲۹ درصد تاثیر دارد ($p < ۰/۰۱$, $F(۲۹, ۱) = ۸/۲۷$). مقدار F بحسب آمده برای تفاوت میانگین تعامل اجتماعی برابر با $F(۲۹, ۱) = ۹/۱۷$ ($\alpha = ۰/۰۰۷$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با $F(۲۹, ۱) = ۹/۱۷$ ($\alpha = ۰/۰۰۷$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $۰/۰۱$ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در بهبود تعامل اجتماعی دانشآموزان پس متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید به میزان ۳۱ درصد تاثیر دارد ($p < ۰/۰۱$, $F(۲۹, ۱) = ۹/۱۷$). مقدار F بحسب آمده برای تفاوت میانگین عملکرد در نقش برابر با $F(۲۹, ۱) = ۸/۳۲$ ($\alpha = ۰/۰۰۹$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با $F(۲۹, ۱) = ۸/۳۲$ ($\alpha = ۰/۰۰۹$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض $۰/۰۱$ کمتر است؛ بنابراین درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در عملکرد نقش دانشآموزان پس متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید به میزان ۲۹ درصد تاثیر دارد ($p < ۰/۰۱$, $F(۲۹, ۱) = ۸/۳۲$). برای بررسی میزان تفاوت میانگین کیفیت زندگی در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۱۰ ارائه شده است:

جدول ۱۰: میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی

متغیر	گروه	نشانگان	تعامل اجتماعی	عملکرد نقش
میانگین	کنترل	۶/۱۷	۱۳/۵۷	۶/۰۰
	آزمایش	۴/۶۹	۱۱/۱۵	۶/۳۹
انحراف معیار	کنترل	۰/۳۲۹	۰/۵۱۰	۰/۰۸۵
	آزمایش	۰/۳۲۹	۰/۵۱۰	۰/۰۸۵

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات نشانگان ($۴/۶۹$ و $۶/۱۷$)، میانگین تعدیل شده نمرات تعامل اجتماعی ($۱۱/۱۵$ و $۱۳/۵۷$) در گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش و میانگین تعدیل شده نمرات عملکرد نقش ($۶/۰۰$ و $۶/۳۹$) در گروه آزمایش بیشتر از کنترل است، در نتیجه درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی، کیفیت زندگی دانشآموزان پس متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید را افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که در نتایج تحلیل به آن اشاره شد، درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش علائم اضطراب (صفت و حالت)، استرس و بهبود کیفیت زندگی دانشآموزان پس متوسطه دوم مبتلا به آرتربیت روماتوئید شهر همدان تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته توسط توکلی (۱۳۹۶)، اسپی، ایمسلی، کیلی و همکاران^۱ (۲۰۱۹)، مبصری (۱۳۹۳) سلطانیان (۱۳۹۲) و هاپکینسون، ریول، لین و مالی کارجون^۲ (۲۰۱۸) همخوانی دارد.

¹. Espie, Emsley, Kyle, Gordon, Drake & Siriwardena

². Hopkinson, Reavell, Lane & Mallikarjun



در توضیح این نتیجه می‌توان به این نکته اشاره کرد که یکی از استراتژی‌های راهبردی مداخله شناختی- رفتاری، تصحیح خطاهای منطقی به واسطه استفاده از روش‌های ساختاربندی مجدد شناختی، اصلاح سوگیری‌ها و اشتباهات شناختی است. این مداخلات می‌تواند اسنادهای خطا را تصحیح نموده و موجب شود هیجانات منفی مثل استرس و اضطراب تصحیح شود. افزون بر این بر مبنای الگوی شناختی آسیب‌شناسی روانی، پردازش رویدادهای درونی یا محرک بیرونی تحت سوگیری می‌باشد و از این رو به شکل سیستمیک موجب می‌شود تجربه‌های اشخاص مبتلا به آرتیت روماتوئید دگرگون شود که این همچنانی به نوبت خود به اشتباهات شناختی گوناگونی مانند انتزاع انتخابی، بیش تعمیم‌دهی و شخصی‌سازی منتهی می‌شود. اساس این گزارش‌های دگرگون شده را باورهای ناکارآمد به وجود می‌آورند که با روانبهنهای یا ساختارهای شناختی پابرجا همکاری دارند. زمانی که این روانبهنهای اثباتهای اتفاقات خارجی نظریه‌گذار شدن به بیماری تحریک شوند موجب به وجود آمدن سوگیری در پردازش اطلاعات و تولید محتواهای شناختی ویژه نظریه کاهش کیفیت زندگی و بهبود هیجانات منفی می‌شوند. در این حالت مداخله شناختی- رفتاری در اشخاص مبتلا به آرتیت روماتوئید با جابجا کردن الگوهای سازگاری در شخص، به وی این توانایی را می‌دهند که به دست آوردن خزانه رفتاری وسیع‌تری در رویارویی با موقعیت پردازد و در بازتاب به مسائل برآمده از بیماری آرتیت روماتوئید با برنامه‌ریزی شایسته‌تری عمل کند. افزون بر این گروه درمانی شناختی- رفتاری به اعضای گروه به اینکه قادر باشند با تحول اندیشه‌ها و عواطف به تحول رفتارهای ناپسند خود پردازند کمک می‌کند.

همچنانی در توضیح این نتیجه بایستی بیان کرد که درمان شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به آرتیت روماتوئید می‌تواند دربرگیرندهی کشمکش با اندیشه‌ها و اعتقادات درباره آسیب و یا رویارویی‌های پیاپی و طولانی با خطرهای مرتبط با بیماری باشد. در ارتباط بودن با اندیشه‌ها در این شیوه درمانی به نوعی است که از به وجود آمدن ایستادگی و یا تجزیه ادرارکی پیچیده ممانعت می‌کند و استراتژی‌های تفکر ناسازگار درباره نگرانی از سلامتی یا هر مورد دیگری را از میان می‌برد. لذا از آنجا که دیدگاه شناختی- رفتاری در تصحیح رفتارهای ناسازگارانه نه فقط به اصلاح روان‌بنه‌های ناکارآمد باور دارد، بلکه مجهز کردن شخص به مهارت‌های رفتاری منظم را هم به دنبال دارد. البته درمان شناختی - رفتاری به اشخاص یاری می‌رساند تا در مورد اندیشه‌های خود شناخت کامل به دست آورده و آگاهی‌ها و اعتقادات غلط خود را عوض کنند. در درمان شناختی- رفتاری، تجارب رفتاری و شیوه‌های استناد سازی دوباره کلامی، در آمیختگی اندیشه‌ها را به کشمکش می‌کشند. از این رو با بهره‌گیری از مداخله شناختی- رفتاری بهتر می‌توان از هیجانات منفی اشخاص مبتلا به آرتیت روماتوئید کم کرد و بر کیفیت زندگی آنان اضافه نمود.

در پایان، ذکر این نکته ضروری است به این دلیل که پژوهش در بین دانش آموزان پسر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ در مقطع متوسطه دوم شهر همدان انجام شده است موجب می‌شود نتایج پژوهش در تعیین به مقاطع دیگر یا جوامع آماری دیگر با محدودیت مواجه شود. همچنانی استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس می‌تواند موجب افزایش واریانس بین گروهی افراد نمونه با دیگر جوامع شود. با این وجود نتایج حاصل از این پژوهش در یاری رساندن به نوجوانان مبتلا به آرتیت روماتوئید مفید است و به مراکز درمانی و بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود تا با دعوت از روانشناسان و مشاوران خبره، به منظور کاهش نشانه‌های روانشناختی نوجوانان مبتلا به آرتیت روماتوئید تحت درمان، از مداخله به شیوه شناختی- رفتاری استفاده نمایند.

منابع



بهرامی راد، مینو، راضی، زهره (۱۳۹۷). پیش بین پذیرش درد، بر اساس استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به بیماری آرتربیت روماتوئید. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۷(۴): ۱۵۱-۱۶۶.

توکلی، نیما (۱۳۹۶). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران آرتربیت روماتوئید، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اراک.

خانبابائی، ناهید؛ زاهدی، راضیه و رفیعی پور، امین (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از پیشرفت بیماری و پریشانی روانشنختی در بیماران مبتلا به آرتربیت روماتوئید، *روانشناسی سلامت*. ۸(۳۰): ۱۱۷-۱۳۲.

سلطانیان، غزاله (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس بیماران آرتربیت روماتوئید، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سalarی، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS) برای جمعیت ایرانی، *روانشناسی تحولی*. ۴(۲۱)

عبدی رحمانی، آرام، قربان شیروودی، شهره، خلعتبری، جواد، حاجی عباسی، اصغر (۱۳۹۲). بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران دچار آرتربیت روماتوئید. *فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی*. ۲۲(۸۵): ۱۵-۲۲.

کراسکیان، آدیس (۲۰۱۵)، سیاهه‌ی اضطراب حالت و صفت، مشاور، ۶(۲)

لوسانی، فهیمه (۱۳۹۸). مدیریت استرس، تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

میصری، مهسا (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای مربوط به درد، کیفیت زندگی و خشم زنان مبتلا به آرتربیت روماتوئید شهر اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

Anderson KO, Bradley LA, Young LD, McDaniel LK, Wise CM (2015). Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. Psychol Bull, 98, 358-87.

Espie, C. A., Emsley, R., Kyle, S. D., Gordon, C., Drake, C. L., Siriwardena, A. N., Cape, J., Ong, J. C., Sheaves, B., Foster, R., Freeman, D., Costa-Font, J., Marsden, A., & Luik, A. I. (2019). Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry, 76(1), 21-30.

Hopkinson MD, Reavell J, Lane DA, Mallikarjun P, et al. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Depression, Anxiety, and Stress in Caregivers of Dementia Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Gerontologist 2018 Feb 24. pii: 4908661. doi: 10.1093.

Hyams, A. V., Hay-McCutcheon, M., & Scogin, F. (2018). Hearing and quality of life in older adults. Journal of Clinical Psychology, 74(10), 1874–1883

Larson, R., & Asmussen. (2014). Anger, Worry and Early Adolescence: An Enlarging World of Negative Emotions In

Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. (2014). Quality of life, social support, and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 49:221-7.



The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reducing Anxiety Symptoms (trait and state), Stress and Quality of Life in Second Grade High School Students with Rheumatoid Arthritis

Alireza Vahedi Hemat¹, Iraj Safaei Rad²

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of group-based cognitive-behavioral therapy to reduce anxiety (correct and postural), stress and improve the quality of life of high school students with rheumatoid arthritis in Hamadan. This research is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a budget control group. The statistical population of the study included all male students studying in the secondary school of Hamedan in the academic year 1398-99 (470 people) that 30 male students with rheumatoid arthritis were selected by sampling method and in two experimental groups (15 people) and control (15 people) are placed. The experimental group underwent 8 sessions of 1 hour under the cognitive-behavioral group and the control group waited for treatment during this period. Good data collection method was based on Spielberger (1970) Anxiety Inventory (Correct Mode), Lobivand Stress Scale (1995) and Arthritis 2 Quality of Life Short Scale. Experiments and data analysis for conducting questionnaires through SPSS 23 software were performed in two inferential sections (analysis of covariance). The results show that the trial that reduces cognitive-behavioral therapy in a group style has anxiety, anxiety (correct and positive), stress and improving the quality of life of high school students with rheumatoid arthritis in Hamadan.

Keywords: group therapy, cognitive-behavioral therapy, anxiety (state-trait), stress, quality of life

¹ MA Student, Department of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

² Assistant Professor, Department of psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
(Author in Charge)