

RESEARCH ARTICLE

## Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Improving Psychological Symptoms in a Sample of Rheumatoid Arthritis Patients

### فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض النفسية لدى عينة من مرضى روماتويد المفاصل

Mansour Mohammed Ali Bopaeda<sup>1</sup> ✉ Ahmed Hassanein Ahmed<sup>2</sup> and Anwar Amran Al Sadik<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assistant professor, Department of Clinical psychology, Faculty of Arts & Science Kufrah, Benghazi University, Libya

<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Al-Azhar University, Egypt

<sup>3</sup>Associate Professor, Department of Clinical Psychology, The Libyan Academy, Misurata, Libya

**Corresponding Author:** Mansour Mohammed Ali Bopaeda, **E-mail:** bopaedmansour@gmail.com

#### المخلص

يهدف البحث إلي التعرف علي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض النفسية،(القلق والاكتئاب) عينة من مرضى روماتويد المفاصل، وذلك عند مقارنتهم بمجموعة ضابطة ( مجموعة الرعاية الطبية التقليدية) بلغ العدد النهائي للمرضى اللذين أكملوا البرنامج (30) مريضاً منهم (13) في المجموعة التجريبية، (17) في المجموعة الضابطة، تلقت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي برنامجاً علاجياً مكوناً من ثماني جلسات علاجية، وجلستين تمهيديتين بواقع جلسيتين كل أسبوع، وذلك علي مدار (6) أسابيع، ولتقييم البرنامج تم استخدام مقياسين فرعيين من قائمة الأعراض المرضية وهما مقياس القلق ومقياس الاكتئاب ، ولقد أجري التقييم قبل وبعد البرنامج وبعد شهر ونصف من المتابعة، وأشارت نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس البعدي، والقياس في فترة المتابعة في مقياس الأعراض النفسية (القلق والاكتئاب)، وكانت هذه الفروق في اتجاه تحسن الأعراض النفسية بالنسبة لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي وتشير هذه النتائج إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما يتم إضافته إلي العلاج الطبي التقليدي في تحسن الأعراض النفسية.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج المعرفي السلوكي، الأعراض النفسية، مرضى روماتويد المفاصل

#### ABSTRACT

The research aims to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in improving psychological symptoms (anxiety and depression) in a sample of rheumatoid arthritis patients, when compared to a control group (traditional medical care group). The final number of patients who completed the program (30), (13) In the experimental group, (17) in the control group, the cognitive-behavioral therapy group received a treatment program consisting of eight treatment sessions, and two preparatory sessions at two sessions per week, for a period of (6) weeks, and to evaluate the program, two subscales from the list of pathological symptoms were used, namely: Anxiety scale and depression scale, and the assessment was conducted before and after the program and after a month and a half of follow-up. the results of the research indicated that there were statistically significant differences between the two groups in the post-measurement, and the measurement in the follow-up period in the scale of psychological symptoms (anxiety and depression), and these differences were in the direction of Improvement of psychological symptoms for the CBT group in addition to medical treatment. These results indicate the effectiveness of CBT when it is added to conventional medical treatment in improving mental health Psychological symptoms.

#### KEYWORDS

Cognitive-Behavioral Therapy, Psychological Symptoms, Rheumatoid Arthritis Patients

#### ARTICLE INFORMATION

ACCEPTED: 01 May 2022

PUBLISHED: 27 May 2022

DOI: 10.32996/jpbbs.2022.2.2.6

**أولا : المقدمة**

زاد الاهتمام في الآونة الأخيرة بالجوانب النفسية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخاصة في ضوء الزيادة المطردة في هذه الأمراض والعبء الناتج عنها وكذلك الآثار الجانبية المترتبة على تناول طويل المدى للأدوية الطبية . ويعتبر التهاب المفاصل الروماتويدي من الأمراض المزمنة التي حظيت باهتمام علماء النفس منذ فترة طويلة (Sharpe L. et al, 2003) وأجريت أبحاث عديدة تناولت العلاقة بين روماتويد المفاصل والعوامل النفسية، وأكدت هذه الأبحاث على أن العوامل النفسية مثل (الاكتئاب) تؤثر على الألم والعجز مما يؤدي إلي تفاقم أعراض المرض والعجز الطبيعي مما يؤدي بدوره إلي عواقب صحية سيئة. (Keefe et al, 2002)

وروماتويد المفاصل من الأمراض المزمنة التي لا يمكن التنبؤ بها ويحدث بنسبة (1%) بين مجتمع الراشدين ، والخاصية الرئيسية لهذا المرض هي وجود التهاب في المفاصل يؤدي إلي تيبس وتلف في المفاصل، وبالتالي حدوث العجز الجسدي، كما أن هذا المرض يحدث في كل الأعمار ولكنه أكثر انتشارا في الفترة العمرية من 20 إلي 25 سنة وهو أكثر انتشارا بين الإناث عنه بين الذكور، والأسباب الرئيسية لهذا المرض غير معروفة حتى الآن. (Jayson M.v., 1999, 505)

ويتزامن حدوث روماتويد المفاصل مع كثيرا من الأعراض النفسية في تحليل بعدى للدراسات التي تناولت انتشار الاضطرابات الصحية المرضية المشتركة لدى البالغين المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي توصل (Hill et al, 2022) إلى أن الأمراض المصاحبة الأكثر شيوعًا في التهاب المفاصل الروماتويدي هي اضطرابات القلق (62.1%) ، وضغط الدم (37.7%) والاكتئاب (32.1%). وفى نفس السياق أيضا توصل (Amaoewei et al, 2022) فى دراسة مقارنة بين مرضى روماتويد المفاصل وعينة من الأسوياء إلى أن حوالي 71 % من مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي يعانون من مشاكل نفسية ، بينما كان 7.1% فقط من الأفراد في المجموعة الضابطة إما يعانون من الاكتئاب أو القلق علاوة على ذلك ، وجد أن غالبية المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي يعانون من الاكتئاب بمعدل 70 (58.3%) ، في حين أن ستة مشاركين فقط في المجموعة الضابطة يعانون من الاكتئاب كما أن (69.6%) من مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي يعانون من القلق كما تم تشخيص (85.2%) من المرضى باضطراب القلق والاكتئاب المختلط من النمط المهيمن الاكتئاب.

ويرتبط التزامن المرضى بين روماتويد المفاصل والاعراض النفسية بنتائج سلبية في الأشخاص الذين يعانون من التهاب المفاصل الروماتويدي ، حيث يرتبط الاكتئاب بارتفاع مستويات الألم والعجز ، وتدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (QOL) ، وزيادة معدل الوفيات (Mok et al, 2012; van den Hoek et al, 2016) ويساهم الاكتئاب بنسبة عالية مقارنة بنشاط المرض والعلاج في التأثير على العجز المهني لدى المرضى (Callhoff et al, 2015) ، كما أن أعراض الاكتئاب والقلق ترتبط بزيادة نشاط المرض ، وانخفاض الاستجابة للعلاج ، وانخفاض احتمالية تقليل أعراض التهاب المفاصل الروماتويدي. (Matcham et al, 2016).

وتهدف معظم التدخلات الطبية مع مرضى روماتويد المفاصل إلي تقليل الأعراض، ومنع حدوث تلف للمفاصل، وعلي الرغم من نجاح هذه التدخلات إلي حد ما في تقليل النتائج السيئة المترتبة علي هذا المرض وأعراضه، إلا أن هذه العلاجات غالبا ما تكون مصحوبة ببعض الآثار الجانبية السيئة التي تؤثر علي حياة المريض بالإضافة إلي ارتفاع التكلفة الاقتصادية لهذه التدخلات، وعدم انتظام المرضى في تناول الدواء بشكل مستمر. (Kraaimaat. et al, 1995 , 487)

ولذلك بدأ التركيز في أواخر السبعينات علي تطوير برامج تعليمية للمرضى تهدف إلي تنمية أساليب التعامل مع الأعراض المرتبطة بالمرض (مثل: الألم والعجز الطبيعي)، وتزيد من عملية الاستجابة للعلاج وذلك من خلال تزويد المرضى بمعلومات عن المرض والعوامل المؤثرة فيه وأساليب إدارة الأعراض. (Lorig et al, 1984)

وفي الثمانينيات ومع زيادة الأهمية التطبيقية للعلاج المعرفي السلوكي بدأ علماء النفس والعاملين في مجال الرعاية الصحية في اختبار فعالية برامج العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى الروماتويد ويمكن استعراض أهم الدراسات التي أجريت في هذا المجال علي النحو التالي : (Evers et al, 2021 ; Blaney et al, 2020 ; Shen et al, 2006 ; Carson, 2006 ; Emery et al, 2006 ; Sharpe et al, 2003 ; Freeman et al, 2002 ; al, 2002)

لقد تناولت هذه الدراسات العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل، واشتملت البرامج التي طبقت في هذه الدراسات علي تدريبات الاسترخاء والأساليب المعرفية والسلوكية للتغلب علي الألم والتحكم في الأعراض مثل: تشتيت الانتباه والتخيل ، بالإضافة إلي المكون التعليمي، والذي يتعلق بالتعريف بالمرض ونظريات الألم والعوامل المؤثرة فيه.

وبشكل عام يمكن القول إن نتائج هذه الدراسات قدمت بعض الأدلة لفاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى روماتويد المفاصل، وخاصة فيما يتعلق بتقليل الاضطرابات النفسية ومستوي الألم والعجز وتحسن وظائف المفاصل، والتغلب بالإضافة إلي تحسن بعض المؤشرات البيولوجية للمرضى وبالرغم من ذلك فإن تقديم توصيات عامة تتعلق بفعالية العلاج المعرفي السلوكي من خلال هذه الدراسات يبدو إلي حد ما مشوب بالحذر وذلك نظرا لاختلاف مدة البرامج العلاجية في هذه الدراسات، وكذلك عدم تجانس المرضى من حيث مدته، والتحكم في الأدوية أثناء العلاج، وكذلك الأدوات المستخدمة في التقييم.

**ثانيا: مشكلة البحث**

في ضوء ما تم عرضه في السياق السابق من تزامن بين الاضطرابات النفسية وروماتويد المفاصل وما يترتب على ذلك من آثار مرضية تفاقم من تأثير المرض وما تشير إليه الابحاث من أن التعامل الدوائي مع هذه الأعراض النفسية قد يكون أقل فعالية فى الاشخاص المصابين بروماتويد المفاصل أو تؤدي إلى آثار ضارة محتملة أو تفاقم الأعراض لذلك تبرز الحاجة إلى استخدام العلاجات النفسية وخاصة العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع الأعراض النفسية وخاصة القلق والاكتئاب وهذا ما يسعى إليه البحث الحالي والذي تم تحديد مشكلته الأساسية فى التساؤل التالي:

"هل يؤدي التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الطبي إلي تحسين الأعراض النفسية (القلق والاكتئاب) المرتبطة بالمرض."

#### ويبرز من هذا السؤال عدة أسئلة فرعية:

- 1- هل هناك فروق بين مجموعة مرضى الروماتويد الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلى العلاج الطبي، ومجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً طبيياً فقط فيما يتعلق بالأداء علي مقياس القلق ومقياس والاكتئاب في القياس البعدي ؟
- 2- هل هناك فروق بين مجموعة مرضى الروماتويد الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلى العلاج الطبي ومجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً طبيياً فقط فيما يتعلق بالأداء علي مقياس القلق ومقياس والاكتئاب بعد فترة المتابعة ؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية داخل كل مجموعة علي حدا في الأداء علي مقياس القلق ومقياس والاكتئاب عبر مراحل العلاج المختلفة ؟

#### ثالثاً: أهداف البحث

- 1- تقييم فعالية برنامج معرفي سلوكي في تحسين الأعراض النفسية (القلق والاكتئاب) لدي مرضى روماتويد المفاصل، وذلك لتحديد ما إذا كانت نتائج التقييمات الدولية يمكن أن تظهر علي عينات مصرية.
- 2- تقديم برنامج علاجي للتنمية المعرفية والسلوكية يقدم ضمن العلاج الطبي، ويهتم هذا البرنامج بإعادة تأهيل المرضى بروماتويد المفاصل.

#### رابعاً : أهمية البحث

تتضح أهمية البحث الحالي من خلال النقاط الآتية:-

- 1- ندرة الدراسات العربية التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل في الوقت الذي شهد فيه هذا المجال تطوراً كبيراً في الدول الغربية .
- 2- تأتي أهمية البحث من أهمية أهمية العينة المستخدمة فيه حيث تشير الإحصائيات المتعلقة بالتهاب المفاصل إلى أن هذا المرض يعتبر من الأسباب الرئيسية للألم والعجز؛ ففي الولايات المتحدة وحدها يقدر أن (37) مليون شخصاً يعانون من التهاب المفاصل ( Keefe et al, 2002, ) ، و3 مليون في استراليا، و6 مليون في كندا، و8 مليون في المملكة المتحدة، و103 مليون عبر أوروبا كما يعتبر التهاب المفاصل السبب الرئيسي للعجز في استراليا وكندا وأوروبا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة (Dunlop, 2003, 101)، ويقدر أن 80% من سكان العالم يعانون في فترات مختلفة من حياتهم من آلام أسفل الظهر ومن آلام مفصل الركبة وبعد هذا السبب الثاني علي مستوي العالم في الحصول علي إجازة من العمل حيث يتسبب في ضياع 13 مليون يوم عمل، وفي مصر يعاني 80% من المواطنين من آلام أسفل الظهر ومفصل الركبة لأسباب متباينة، إما آلاماً مزمنة أو متقطعة. (عزب ، 2004، 91)
- 3- بالإضافة إلي ذلك فإن تكاليف الرعاية الصحية لالتهاب المفاصل مرتفعة جداً، ففي السويد وحدها بلغت التكلفة الإجمالية لروماتويد المفاصل سنوياً لكل مريض من المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 64 عامًا (23147) يورو (Eriksson et al, 2015) وفي أسبانيا بلغت التكلفة الإجمالية لروماتويد المفاصل حوالي 2.2 بليون دولار كل عام. (Cristina et al, 2003) وفي الولايات المتحدة الأمريكية بلغ إجمالي تكاليف الرعاية الصحية لروماتويد المفاصل (19.3) مليار دولار سنوياً ( Birnbaum et al, 2010)
- 4- وفي ضوء هذه الإحصائيات العالية والتكاليف الاقتصادية المرتفعة للرعاية الصحية لروماتويد المفاصل يمكن أن نستشف أهمية الدراسة وأهمية الحاجة إليها، وخاصة في ضوء ما أشارت إليه نتائج الأبحاث في هذا المجال من أن التدريب علي مهارات العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلي انخفاض تكاليف الرعاية الصحية (عدد الزيارات، والإقامة بالمستشفى، والخدمات الصحية العامة) لدي مرضى روماتويد المفاصل وذلك عند مقارنتهم بمجموعات ضابطة بواقع (1100) دولار لكل فرد كل عام خلال ثلاث سنوات (Young et al, 1995; Cronan et al, 1998)
- 5- تأتي أهمية البحث الحالي من أهمية ما أشارت إليه نتائج الأبحاث المتعلقة بالتهاب المفاصل، فلقد بدأ واضحاً خلال العقد الماضي أن الأعراض المرتبطة بالتهاب المفاصل مثل الألم المستمر، وخشونة وتلف المفاصل لا تؤدي فقط إلي العجز الجسمي ولكنها تؤدي أيضاً إلى نتائج نفسية واجتماعية سيئة فالأفراد الذين يعانون من التهاب المفاصل غالباً ما تضعف قدراتهم علي المشاركة في الأنشطة الأساسية اليومية مثل ارتداء الملابس، والأكل، والتسوق، والمهام المنزلية، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية الممتعة. وغالباً ما يخبرون أيضاً استجابات نفسية مثل الشعور بالعجز، والاكتئاب، والقلق، والتي يمكن أن تؤدي إلي زيادة الأهموم ومستوي عجزهم ومع الاعتراف بالتأثير النفسي والاجتماعي لالتهاب المفاصل ذات الحاجة إلي دمج المناحي النفسية والاجتماعية مع المعالجات الطبية الحيوية وذلك لعلاج التهاب المفاصل ومن العرض السابق يتضح لنا أهمية إجراء دراسة علي المستوي العربي لتناول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض النفسية لدي مرضى روماتويد المفاصل.

### خامسا : حدود البحث يتحدد البحث بما يأتي:

- 1- **متغيرات البحث:** يمكن تقسيم متغيرات البحث تقسيم متغيرات البحث إلى متغيرات مستقلة ومتغيرات تابعة، وتشمل المتغيرات المستقلة البرنامج المعرفي السلوكي اما المتغيرات التابعة فتشمل ( القلق، الاكتئاب).
- 2- **عينة البحث:** حددت عينة البحث من بين مرضى روماتويد المفاصل المترددين علي المركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل، والروماتيزم بمدينة أبوقرقاص محافظة المنيا، وبلغ حجم العينة (30) مريضاً.
- 3- **أدوات البحث:**  
تم استخدام الأدوات الآتية في البحث :

- مقياس القلق والاكتئاب المشتق من قائمة الأعراض المرضية ترجمة وإعداد (البحري ،1984)
- برنامج العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع القلق والاكتئاب لدى مرضى روماتويد المفاصل.

### 4- مصطلحات الدراسة:

- **البرنامج المعرفي السلوكي:** يعرف بأنه مجموعة المهارات المعرفية، والسلوكية المستخدمة في تنمية أساليب التعامل مع الألم المزمن، والأعراض المرتبطة به مثل: (إعادة الصياغة المعرفية، وأساليب تشتيت الانتباه، وزيادة الأنشطة السلوكية، تدريبات الاسترخاء).
- **روماتويد المفاصل:** مرض مناعي مزمن سببه الحقيقي ليس معروفاً لكن هناك عدة نظريات تبرر حدوثه يتميز بوجود التهاب يصيب المفاصل المختلفة للجسم وخصوصاً المفاصل الطرفية المتماثلة وفي الحالات الشديدة قد ينتج عنه مضاعفات يمكن أن تصيب أجهزة الجسم المختلفة مثل القلب والأوعية الدموية، الرئتين، الكلي، الدم، وجهاز الأعصاب الطرفي كما يصيب الجلد والعينين.(Jayson,1999 ,505)

### سادسا :الإطار النظري والدراسات السابقة:

#### 1- الإطار النظري

#### العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل:

يشير العلاج السلوكي المعرفي (CBT) إلى فئة من التدخلات التي تشترك في افتراض أساسي مؤداه أن الاضطرابات النفسية والضعوط تحدث وتستمر من خلال العوامل المعرفية. وتم صياغة المبادئ الاساسية لهذا النموذج العلاجي من قبل بيك (1970) وإليز (1963) حيث يرى أن الإدراكات المشوهة وغير التكيفية تساعد على استمرار الضيق العاطفي والمشاكل السلوكية. ووفقاً لنموذج بيك ، تشمل هذه الإدراك غير المشوهة وغير التكيفية المعتقدات أو المخططات العامة حول العالم والذات والمستقبل ، والتي تؤدي إلى ظهور أفكار نوعية وتلقائية في مواقف معينة. ويفترض النموذج ان الاستراتيجيات العلاجية التي تستهدف تغيير هذه المعارف والمخططات المشوهة وغير التكيفية يؤدي إلى تحسين الكدر النفسي والاضطرابات السلوكية المصاحبة .

ويهدف العلاج السلوكي المعرفي لروماتويد المفاصل إلى تحديد أنماط السلوك والمواقف غير التوافقية تجاه التهاب المفاصل الروماتويدي وتغييرها ومن ثم ، تشمل المكونات السلوكية على استراتيجيات للمساعدة في تحقيق توازن بين الراحة والنشاط ، بينما تهدف الاستراتيجيات المعرفية إلى بناء توقعات ايجابية تجاه المرض وتشمل الاستراتيجيات التي يتم استخدامها في العلاج التثقيف النفسي والاسترخاء وصياغة الاهداف ، وتحويل الانتباه ، وحل المشكلات ، والتحدى المعرفي ، وإدارة الوقت وممارسة الأنشطة السارة ومنع حدوث الانتكاسة. وقد اشارت نتائج الدراسات التي اختبرت فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع روماتويد المفاصل إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تقليل مستوى الألم والعجز والاكتئاب وتحسين الوظائف الطبيعية لدى المرضى (Shen et al, 2020)

#### روماتويد المفاصل :

روماتويد المفاصل هو مرض مناعي مزمن يؤثر علي المفاصل، وسببه الحقيقي ليس معروفاً حتى الآن، ولكن توجد عدة نظريات تبرر حدوثه، ويتميز هذا المرض بالتهاب2 يصيب أساسا مفاصل الجسم المختلفة، وخصوصاً المفاصل الطرفية المتماثلة، وفي بعض الحالات الشديدة، قد ينتج عنه مضاعفات يمكن أن تصيب أجهزة الجسم المختلفة مثل القلب، والأوعية الدموية، الرئتين، الكلي، الدم، جهاز الأعصاب الطرفية، كما يصيب الجلد، والعينين، ويصيب هذا المرض حوالي 1% من البشر في كل بلاد العالم، وهو يصيب السيدات مرتين إلي ثلاث مرات أكثر من الرجال. (Gilliland,1990 ,329)

#### (1) أسباب روماتويد المفاصل

يرتبط روماتويد المفاصل بالعديد من العوامل التي ثبت علمياً ارتباطها بالإصابة بهذا المرض، ومن هذه وتشمل هذه العوامل ما يلي:

#### العوامل الوراثية:

هناك استعداداً وراثياً في بعض العائلات للإصابة بالروماتويد حيث نجد أن أكثر من فرد في العائلة الواحدة يمكن أن يصاب بالمرض إلا أن نمط الوراثة لمرضى الروماتويد لا يورث المرض من جيل إلي الجيل الذي يليه بصورة مباشرة أي أن إصابة الفرد بالروماتويد لا يعني بالضرورة إصابة أولاده أو أحفاده بالروماتويد.

## البكتريا، والفيروسات:-

ثبت علميا أن الإصابة ببعض أنواع البكتريا، والفيروسات تؤدي إلي وجود خلل مناعي يجعل الجسم لا يتعرف علي البروتينات الموجودة داخله مما يجعله يفرز مواد ضارة لهذه البروتينات فتتفاعل

معها ويحدث تكاثر لبعض الخلايا المناعية لتفرز مجموعة من المواد تعرف باسم السيتوكينات التي تسبب التهابا في المفاصل، والأنسجة الأخرى.

## الهرمونات:

ثبت علميا أن مرضى الروماتويد لديهم خلل في بعض الهرمونات، وخصوصا الهرمونات التي لها تأثير مضاد للالتهابات.

## العوامل النفسية:

هناك صلة وثيقة بين الاكتئاب، والقلق النفسي، وبين الإصابة بالروماتويد كما أن شدة المرض ترتبط ارتباطا كبيرا بالحالة النفسية حيث نجد أن كثيرا من مرضى الاكتئاب يعانون من الألم، والعجز الحركي بصورة أكثر من المرضى الآخرين، وسيتم تناول تأثير العوامل النفسية بالتفصيل في سياق الحديث عن العوامل النفسية المرتبطة بالألم المزمن.(تحسين الحديدي وآخرون، 2002، 25- 26)

## (2) أعراض روماتويد المفاصل:-

يبدأ المرض عادة بالتهاب في الغشاء المبطن 1 للكبسولة المحيطة بالمفصل، ويتميز هذا الالتهاب بتورم الغشاء، والأنسجة المحيطة، ومع تقدم المرض يحدث تكاثر في الخلايا المكونة لهذا الغشاء مما ينتج عنه زيادة مساحته لدرجة تجعله يكون مجموعة من البروزات، والتوتوات وينتج عن هذا زيادة في إفراز السائل المفصلي، والذي يحتوي علي مجموعة كبيرة من الخلايا المناعية الناتجة عن التهاب الغشاء الداخلي للمفصل، ومع زيادة مساحة الغشاء المبطن، وزيادة الدماء المغذية له يحدث تآكل في العضوف الموجود في نهاية العظمة، وأيضا تآكل في العظم نفسه، ومع تقدم المرض يحدث تآكل للأربطة، والعضلات مما ينتج عنه تشوه في المفصل، ويمكن تحديد الأعراض العامة للمرض في تيبس المفاصل، وعدم القدرة علي تحريكها في الصباح لمدة لا تقل عن ساعة كما يؤدي الروماتويد إلي ألم، وتورم بالمفاصل المتماثلة علي جانبي الجسم في وقت واحد، ويصيب الروماتويد المفاصل الصغيرة بالكفين، والقدمين، والرسغين كما يصيب مفاصل الفخذين، والركبتين، والكاحل، والكتف، والكوعين، وقد يصيب فقرات العنق.(Jayson, 1994, 509)

ومن خلال العرض السابق يمكن القول أن روماتويد المفاصل يعتبر من الأمراض المناعية التي تتميز بوجود التهاب مزمن في الغشاء المحيط بالمفصل وغالبا ما يعاني مرضى روماتويد المفاصل من ألم وضعف في المفاصل ويكون المرض نشطا في المراحل المبكرة منه ويرتبط بزيادة عالية في مستوي الألم والأسباب المرضية له غير معروفة حتى الآن ولكن هناك اتجاه قوي يؤكد ارتباطه بوجود خلل في النظام المناعي لذلك يتجه العلاج في البداية إلي إعطاء كميات مكثفة من العقاقير التي تمنع حدوث تلف في المفاصل كما انه يعد من أكثر التهابات المفاصل ارتباطا بالعوامل النفسية .

## الدراسات السابقة :

أجريت دراسات عديدة تناولت فعالية التدخلات النفسية، والاجتماعية لدي عينات من المرضى الذين يعانون من روماتويد المفاصل وناقشت هذه الدراسات عدداً متنوعاً من الأسئلة المتعلقة بكفاءة العلاج ومن هذه الدراسات دراسة سافيلكول وآخرون (2001, Savelkoul et al) والتي هدفت إلى التعرف على تأثير التدريب علي بعض الاستراتيجيات التي تهدف إلي تعليم المرضى الذين يعانون من أمراض روماتيزمية التغلب بشكل فعال علي مشكلاتهم وذلك على عينة مكونة من (168) مريضاً يعانون من اضطرابات روماتيزمية مزمنة تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات مجموعة التدريب علي بعض مهارات التغلب، ومجموعة المساندة المشتركة أو التدعيم المتبادل، ومجموعة قائمة الانتظار. اشتركت المجموعة الأولي في برنامج لمدة ثمانية أسابيع تلقت فيه تدريبات علي استراتيجيات التغلب المباشرة، وأساليب حل المشكلات وبعض التمرينات المنزلية. أما مجموعة الدعم المشترك فقد تلقت الرعاية الصحية التقليدية بالإضافة إلي تدريبهم علي المساندة المتبادلة بواسطة اثنين من المرضى تم تدريبهم علي هذا الأسلوب. أجريت القياسات قبل العلاج وبعد 13 أسبوع و6 أشهر من المتابعة. تضمن التقييم كل من العجز، والحالة النفسية، والاكتئاب، والقلق، وبروفيل تأثير المرض، والتغلب، وأظهرت نتائج البحث وجود تحسن بعد العلاج في التغلب، والحالة النفسية، والحالة الصحية الوظيفية، ولكن هذا التحسن لم يظهر بعد ستة أشهر من المتابعة.

ونظرا لزيادة التأكيد علي أهمية التدخل الطبي المبكر مع مرضى روماتويد المفاصل فقد اتجه الباحثون إلي اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في المرحلة الأولى من المرضى ومن هذه الدراسات دراسة شارب وآخرون (2001, Sharpel et al) والتي حاولت من خلالها تحديد ما إذا كان تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في العام الأول من المرض يؤدي إلي تقليل مستوي العجز، والكدر النفسي، وبعض المؤشرات الطبية الأخرى أم لا، وذلك علي عينة مكونة من (53) مريضا بروماتويد المفاصل تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين : مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الطبي، وعددها (27)، ومجموعة العلاج الطبي فقط، وعددها (26)، تلقت المجموعة الأولي برنامجا علاجيا مكونا من (8) جلسات بمعدل ساعة كل أسبوع في جلسات فردية، واشتمل البرنامج معلومات عن روماتويد المفاصل وتدريب علي مهارات الإدارة الذاتية والاسترخاء وتشنت الانتباه ووضع الأهداف، والتدرج في إدارة المهام، وحل المشكلات، وإعادة الصياغة المعرفية، ومهارات التوكيدية والاتصال، وكيفية التعامل مع الانتكاسات، والمواقف شديدة الخطورة. أجري التقييم قبل، وبعد العلاج، وبعد (6-12) اشهر من المتابعة، واشتمل علي القلق، والاكتئاب، واستراتيجيات التغلب، والألم، والعجز، ووظائف المفاصل، والبروتين الفعال(ج)، وسرعة الترسيب، وأظهرت نتائج البحث وجود فروق إحصائية دالة بين المجموعتين بعد العلاج، وبعد ستة أشهر من المتابعة في أعراض الاكتئاب، و بينما أظهرت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي انخفاضا في أعراض الاكتئاب كما وجدت زيادة في نفس هذه الأعراض لدي مجموعة العلاج الطبي فقط، كما أظهرت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط بعد العلاج انخفاضا في مستوي البروتين الفعال (ج)، وتحسنا بعد ستة أشهر من المتابعة في وظائف المفاصل مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما أجرت إيفرس وآخرون أيضا (Evers et al, 2002) دراسة في نفس الاتجاه السابق حاولت من خلالها تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي علي عينة من مرضى روماتويد المفاصل حديثي المرض تم اختيارهم بناء علي ارتفاع درجاتهم علي بروفيل الخطر النفسي والاجتماعي، تكونت عينة البحث من (59) مريضا تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين: مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط، تلقت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي برنامجا علاجيا مكونا من (10) جلسات بمعدل ساعة كل أسبوع اشتمل علي تدريبات الاسترخاء التصاعدي، وتشتيت الانتباه، والتمرينات الطبيعية، والتدرج في النشاط، وحل المشكلات، ووضع الأهداف، وإعادة الصياغة المعرفية، ومنع حدوث الانتكاسة، وكان العلاج يتم في جلسات فردية. أما المجموعة الضابطة فقد تلقت الرعاية الطبية التقليدية، اجري التقييم قبل وبعد العلاج وبعد ستة أشهر من المتابعة واشتمل التقييم علي قياس كل من نشاط المرض، والعجز الوظيفي، والوظائف النفسية، والقلق، والاكتئاب، والمزاج السلبي، والوظائف الاجتماعية، والتغلب علي الضغوط، والتغلب علي الألم، والشكوى من الألم، وأظهرت النتائج تحسنا إحصائيا دالا في كل من الوظائف الاجتماعية، والنفسية، والطبيعية لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، وقد كان مقدار تأثير العلاج بالنسبة للإجهاد (0.55) بعد العلاج (0.48) بعد المتابعة وبالنسبة للاكتئاب فقد كان (0.51) بعد العلاج، (0.55) بعد المتابعة إما بالنسبة للمزاج السلبي، والقلق، وإدراك المساندة فقد كان التأثير يتراوح ما بين (0.44 ، 0.43) بالنسبة للمزاج السلبي، (0.57 ، 0.28) بالنسبة للقلق، (0.16 ، 0.38) بالنسبة لإدراك المساندة، وذلك بعد العلاج، والمتابعة.

واجري فريمان وآخرون (Freman et al, 2002) دراسة في نفس الاتجاه السابق لمعرفة مدي تأثير برنامج معرفي سلوكي تعليمي عن روماتويد المفاصل علي الحالة الصحية لعينة من المرضى حديثي المرض، تكونت العينة من (54) مريضا تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين: تلقت المجموعة الأولى برنامجا تعليميا يعتمد علي النموذج المعرفي السلوكي لمدة أربع أسابيع بمعدل ساعتين أسبوعيا كما تلقت المجموعة الثانية برنامجا تعليميا مقننا عن روماتويد المفاصل، أجريت الجلسات للمجموعتين بمعدل ساعتين كل أسبوع لمدة (4) أسابيع، واجري التقييم قبل البرنامج، وبعد (3، 6) اشهر من المتابعة واشتمل التقييم علي الوظائف الطبيعية، وسرعة الترسيب، ووظائف المفاصل، والألم، والحالة النفسية، أظهرت مجموعة البرنامج التعليمي المقنن عن روماتويد المفاصل مستوي افضل بشكل دال في القدرات الوظيفية، ومستويات منخفضة من العجز المدرك، وذلك قبل التدخلات، واستمرت هذه الاختلافات بين المجموعتين بدون تغيير لمدة ثلاثة اشهر من المتابعة، وبعد ستة اشهر من المتابعة لم توجد فروق بين المجموعتين في أي مقياس من المقاييس المستخدمة في الدراسة.

وفي مراجعة لإنتاج الفكر النفسي المتعلق بالدراسات التي تناولت أسلوب تحليل التحليل قام مكراسكين وتيرك (McCracken & Turk, 2002) بمراجعة نتائج الدراسات التي تناولت هذا الأسلوب مع العلاج السلوكي، والمعرفي السلوكي، وأظهرت نتائج هذه المراجعة أن العلاج السلوكي، والمعرفي السلوكي كان لهما تأثير فعال في تقليل الألم، والكدر، وسلوك الألم، وتحسن الوظائف اليومية للمرضى، كما لوحظ أن العلاج يكون فعالا مع بعض المرضى دون البعض الآخر فالمرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الكدر، والذين ينظرون إلي آلامهم بأنها لا يمكن التحكم فيها. يحصلون علي فوائد أكثر من العلاج بالمقارنة بالآخرين، كما وجد أيضا أن العلاج يقلل من الاستجابات الانفعالية السلبية للألم، ويقلل إدراك العجز.

كما اجري استون وآخرون (Astin et al, 2002) مراجعة أخرى استخدم فيها أسلوب تحليل التحليل لفحص كفاءة التدخلات النفسية (الاسترخاء، والعائد الحيوي، والعلاج المعرفي السلوكي) في علاج الأعراض المرتبطة بروماتويد المفاصل، واشتمل التحليل علي (50) دراسة، أظهرت نتائج هذه المراجعة أن هناك تأثيرا إيجابيا ملحوظا للعلاجات النفسية على الألم (0.22)، والعجز الوظيفي (0.27)، والحالة النفسية (0.15)، والتغلب (0.46)، والفعالية الذاتية (0.35)، أما بعد (8) أشهر من المتابعة وجد تأثيرا دالا للعلاج في كل من الألم المتعلق بتحسن المفصل (0.33)، والحالة النفسية (0.30)، والتغلب (0.52) كما وجد أن التدخلات النفسية المبكرة مع المرضى بروماتويد المفاصل تكون فعالة بشكل أكبر عنه حينما تجري هذه التدخلات بعد فترات طويلة من المرض، كما أظهرت المقارنة بين أنواع العلاج المختلفة أن العلاج المعرفي السلوكي كان أكثر فعالية من التدخلات الأخرى فيما يتعلق بتقليل الألم، والعجز، والاكتئاب، والقلق.

ونظرا لقلة الدراسات التي تناولت النتائج طويلة المدى للعلاج المعرفي السلوكي فقد أجرت شارب وآخرون (Sharpe et al, 2003) دراسة لفحص الفعالية طويلة المدى للعلاج المعرفي السلوكي مع مرضى روماتويد المفاصل حديثي المرض، وذلك علي عينة مكونة من (53) مريضا بمتوسط عمري (55.1)، وانحراف (14.1)، ومدة استمرار المرض عامين فأقل، تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الطبي، وعددها (27)، ومجموعة الرعاية الصحية التقليدية، وعددها (26) تلقت المجموعة الأولى (العلاجية) برنامجا علاجيا مكونا من (8) جلسات بمعدل ساعة لكل جلسة، واشتمل البرنامج علي معلومات عن روماتويد المفاصل، وتدريب الاسترخاء، ووضع الأهداف، وتدريب تشتيت الانتباه، وإعادة البنية المعرفية، وتدريب التوكيدية، أما المجموعة الثانية فلم تتلق إلا العلاج الطبي فقط. اجري التقييم قبل، وبعد العلاج، وبعد (18) شهراً من المتابعة، واشتمل علي قياس كل من القلق، والاكتئاب، واستراتيجيات التغلب علي الألم، والحالة الصحية، وسرعة الترسيب، والبروتين الفعال (ج)، وأظهرت النتائج وجود فروق إحصائية دالة بين المجموعتين في أعراض الاكتئاب بعد العلاج وبعد (6) اشهر من المتابعة كما أظهرت المجموعتين تحسنا في وظائف المفاصل، وذلك لمدة (6 ، 18) شهرا من المتابعة كما وجدت فروق دالة إحصائية بعد (18) شهراً من المتابعة في العجز، والقلق لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي. تشير هذه النتائج إلي أن العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الطبي له فوائد في تحسن الوظائف الطبيعية، والنفسية علي المدى البعيد.

وفي مراجعة لتراث الفكر النفسي المتعلق بالبرامج التعليمية لروماتويد المفاصل قام بها ريمسما وآخرون (Riemsma et al, 2005)، واستخدم فيها أسلوب تحليل التحليل لتقييم تأثير هذه البرامج علي الحالة الصحية (الألم، العجز الوظيفي، الرضا النفسي، ونشاط المرض) لمرضى روماتويد المفاصل، واشتملت هذه المراجعة علي (50) دراسة تناولت في مجملها برامج العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي السلوكي، والتدريب علي مهارات التغلب، وبرامج الإدارة الذاتية، وبرامج تقليديه أوضحت نتائج التحليل وجود تأثير إيجابي دال لهذه البرامج بعد العلاج علي العجز، وألم المفاصل، والحالة النفسية، والاكتئاب. أما بعد المتابعة فلم يوجد تأثير دال لهذه البرامج.

وإجرى de Oliveira et al (2013) دراسة حالة لاختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي لدى مريضة تعاني من روماتويد المفاصل والسمنة وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في الحد من اكتئاب المريض وقلقها. بالإضافة إلى ذلك ، قلل العلاج المعرفي السلوكي من معتقدات المريض المختلة ، وساعدها في التحكم في الأفكار الانتحارية والمشاعر الشديدة مما قلل من الألم الجسدي وزاد العلاج المعرفي السلوكي من تحفيز المريضة ، مما أدى إلى تحسن حالتها والتزامها بالعلاج بشكل أفضل.

وإجرى Rasouyar et al (2014) دراسة يهدف أثر العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في التقليل من أعراض التوتر وتحسن جودة حياة المريضات المصابات بالتهاب المفاصل الروماتويدي. وتضمنت الدراسة (56) امرأة تم تشخيص إصابتهن بالتهاب المفاصل الروماتويدي وتم اختيارهن عشوائياً ووضعهن في مجموعتين للاختبار وتم إجراء جلسات العلاج السلوكي المعرفي خلال ثمانين جلسة مدة كل منها ساعتان ، وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج الجماعي ، مع اتباع نهج سلوكي معرفي في تقليل مستوى التوتر وتحسين نوعية حياة النساء المصابات بالتهاب المفاصل الروماتويدي

وفى مراجعة بعدية للتدخلات النفسية مع مرضى روماتويد المفاصل قام بها (Sharpe (2016) هدفت إلى التعرف على: (1) ما هي أنواع التدخلات التي تدعمها الأدلة العلمية بقوة؟ (2) هل يستفيد المرضى المختلفون من الأساليب المختلفة للتدخل؟ (3) ما هو أفضل وقت للتدخل؟ (4) ما هي أفضل الأساليب لإدارة التدخل؟ (5) ما هو نموذج الرعاية الذي يجب أن نقترحه والذي سينتج عنه تطبيق واسع النطاق مع مرضى المفاصل؟ وخلصت هذه المراجعة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو العلاج الأكثر فعالية لإدارة الألم في التهاب المفاصل الروماتويدي. ومع ذلك ، هناك مؤشرات على أن اليقظة الذهنية قد تكون لها فوائد خاصة للمرضى الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب. يكون العلاج السلوكي المعرفي أكثر فعالية عند تناوله في وقت مبكر من مسار المرض. ومع ذلك ، هناك القليل من الأدلة في الوقت الحالي لتأكيد ما إذا كانت التدخلات النفسية والاجتماعية فعالة أم لا للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية مرضية.

ولاختبار فعالية التدخلات النفسية ومن بينها العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض الوظيفية والنفسية لدى مرضى الروماتويد أجرى Prothero et al, (2018). تحليلاً بعدياً لعدد ثمانين دراسة تناولت التدخلات النفسية مع مرضى روماتويد المفاصل وأشارت النتائج إلى وجود تحسن ولكن بدرجة متوسطة في الإعاقة الوظيفية ، والألم ، والتعب ، والقلق والاكتئاب. واستمر التحسن في الاكتئاب والتكيف والنشاط البدني بعد (8.5-14 شهرًا) من المتابعة.

وإجرى شان وآخرون (Shen et al (2020) دراسة هدفت هذه إلى إجراء تحليل بعدي للدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل وذلك للتعرف على آثار العلاج السلوكي المعرفي على الصحة النفسية والفسيولوجية لمرضى التهاب المفاصل الروماتويدي. وأظهرت نتائج التحليل أن العلاج المعرفي السلوكي يقلل وبشكل كبير من مستويات القلق والاكتئاب ، ويخفف أعراض التعب في مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي.

واختبر بلاني وآخرون (Blaney et al (2021) فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي عبر الإنترنت في التأثير على الوظائف الجسمية ومستوى القلق والاكتئاب لدى عينة مكونة من (28) مريضة بروماتويد المفاصل معظمهم من النساء (86%) ومتوسط العمر 57 (ع= 13). وقد أشارت النتائج إلى وجود تحسن ذو دلالة احصائية في القلق والاكتئاب والتعب بعد البرنامج وبعد ثلاثة أشهر من المتابعة، مع أحجام تأثير صغيرة إلى كبيرة (d = 0.39-0.81).

#### التعليق علي الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يمكن أن نستخلص عددا من النقاط المهمة في هذا الصدد نفضلها علي النحو التالي:-

- معظم الدراسات التي تناولت تقييم العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل ركزت علي ثلاثة نقاط أساسية هي :
  - مقارنة العلاج المعرفي السلوكي بمجموعات ضابطة.
  - اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع العلاجات الأخرى، ومقارنته بها.
  - تحديد ما إذا كان العلاج المعرفي السلوكي فعالاً في تخفيف الأعراض النفسية والاضطرابات العضوية المصاحبة للمرض.
- اشتملت معظم برامج العلاج المعرفي السلوكي في الدراسات التي تم عرضها علي مكونات تعليمية تتعلق بتعريف بالمرض، والجوانب المؤثرة فيه، كذلك مكونات معرفية تتعلق بتعليم المرضى بعض الاستراتيجيات المعرفية للتعامل مع المرض، وأعراضه، كذلك مكونات سلوكية مثل تدريبات الاسترخاء، مهارات الاتصال، التوكيدية.
- استخدمت هذه الدراسات عينات من أعمار مختلفة، وبتاريخ مرضى مختلف كما تناولت بعض الدراسات تطبيق العلاج المعرفي السلوكي علي الألم المزمن المتعلق بمرض بعينه بينما تناولت دراسات أخرى تطبيق العلاج علي عينات من تشخيصات مختلفة.
- أوضحت نتائج الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر فعالاً في تقليل الاضطراب النفسي المصاحب للمرض (القلق والاكتئاب)، ومستوي العجز، وزيادة الفعالية الذاتية، وتحسين وظائف المفاصل وأساليب التغلب، وكذلك بعض المؤشرات البيولوجية للمرض وتحسن اعتقادات المرضى في قدرتهم علي إدارة الأعراض، وتقليل تكاليف الرعاية الصحية.
- أشارت الدراسات الحديثة في مجال العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل إلي أهمية التدخلات المبكرة مع المرضى وأهمية ذلك في الحصول علي فوائد إيجابية طويلة المدى من العلاج.

**سابعاً: فروض البحث**

في ضوء ما تم عرضه من دراسات سابقة تم صياغة فروض البحث كما يلي:

**الفرض العام:**

يؤدي العلاج المعرفي السلوكي إلي تحسين الأعراض النفسية (القلق والاكتئاب)، مع زيادة كفاءة هذا التحسن واستمراريته لفترة زمنية بعد العلاج لدي عينة من مرضى روماتويد المفاصل الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلي العلاج الطبي بالمقارنة بمجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً طبياً فقط.

وينبثق من هذا الفرض العام عدداً من الفروض النوعية والتي تسعى البحث إلي التحقق منها، ويمكن صياغتها علي النحو التالي:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية علي مقاييس الدراسة (القلق والاكتئاب) بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلي العلاج الطبي والمرضى الذين تلقوا علاجاً طبياً فقط بعد انتهاء البرنامج العلاجي.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية علي مقاييس الدراسة (القلق والاكتئاب) بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلي العلاج الطبي والمرضى الذين تلقوا علاجاً طبياً فقط بعد المتابعة.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في الأداء علي الأدوات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتابعة.

**ثامناً : المنهج وتصميم البحث**

ينتمي هذا البحث إلي فئة الدراسات التجريبية في المجال الإكلينيكي، فهو يهدف إلي التحقق من فروض تتعلق بكفاءة العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من بعض الأعراض النفسية المصاحبة لمرض الروماتويد مثل القلق والاكتئاب .

**1- التصميم التجريبي:**

استخدم في هذه الدراسة تصميم المحاولات العيادية العشوائية؛ حيث يتيح هذا التصميم الفرصة لاختبار مدي فعالية علاج نفسي في مقابل عدم تقديم هذا العلاج لمجموعة ضابطة، ولقد روعي قدر الإمكان في هذه الدراسة ضبط المتغيرات الدخيلة التي قد تؤثر علي شكل النتائج مثل العجز، والجنس، ومستوي التعليم، والتشخيص الدقيق للمرضى المشتركين في الدراسة.

**2- عينة البحث:**

تم سحب عينة البحث من جمهور مرضى روماتويد المفاصل المترددين علي المركز الطبي لعلاج أمراض المفاصل والروماتيزم بمركز أبو قرقاص محافظة المنيا.

ولقد تم تحديد عدد من المحكات لاختيار وقبول الحالات المشاركة في التجربة الحالية وذلك بهدف إحداث الضبط التجريبي لعدد من المتغيرات الدخيلة التي يتوقع أن تؤثر علي نتائج التجربة أو تتدخل مع مؤشرات التحسن أو مع العمليات المسؤولة عن حدوثه وتتضمن هذه المحكات ما يلي:

- تم تحديد المدى العمري للأفراد العينة بحيث يتراوح ما بين 20-50 عاماً وهي الفترة الشائعة التي يظهر فيها المرض في أغلب الأحيان.
- روعي أن لا تكون الحالة متزامنة مع اضطراب عقلي واضح أو مشكلات طبية أخرى أو أن درجة المرض متقدمة بحيث لا تسمح بتنفيذ إجراءات العلاج.

• التشخيص: يعد التشخيص من أهم المحكات التي تم التأكيد عليها أثناء اختيار الحالات حيث أن جميع أفراد العينة تم تشخيصهم بواسطة أخصائي أمراض روماتيزمية وجميعهم يتلقى العلاج بالمركز وتوجد لديهم ملفات بها جميع الفحوصات والتحليلات المعملية والإشاعات التي تم في ضوءها تشخيص المرض.

بلغ العدد الإجمالي للمرضى في بداية الدراسة (40) مريضاً بمتوسط عمري (34.52) وانحراف معياري (11.50) منهم (90%) إناثاً، (10%) ذكورا (75%) منهم متزوجاً. أما بالنسبة للمستوي التعليمي فقد تنوع بين أفراد العينة حيث بلغت نسبة الأميين (10%)، من يقرءون ويكتبون (30%)، ومن ترك الدراسة في المرحلة الإعدادية (12%)، ومن أكمل التعليم المتوسط (20%)، وفوق المتوسط (10%)، والتعليم العالي (7%). أما بالنسبة لمتوسط استمرار المرض، قد بلغ (8.30) وانحراف معياري (5.11) وقد تم تقسيم أفراد العينة (ن = 40) إلي مجموعتين، مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي (ن = 20) ومجموعة العلاج الطبي فقط (ن = 20)، واستبعد من التحليلات الإحصائية (10) مرضى منهم (7) من المجموعة التجريبية، (3) من المجموعة الضابطة وذلك لأسباب تتعلق بعوامل اجتماعية واقتصادية بالإضافة إلي عدم التزام بعض المرضى بالجلسات وإنهاء إجراءات التطبيق وبالتالي أصبح العدد الإجمالي لأفراد العينة (30) مريضاً منهم (13) بمجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي، (17) مريضاً بمجموعة العلاج الطبي فقط. ويوضح الجدول التالي مواصفات المتغيرات الديموغرافية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.



## جدول رقم (1)

مواصفات المتغيرات الديموغرافية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

المجموعات	المتغيرات	المجموعة التجريبية ن= (13)	المجموعة الضابطة ن= (17)
	1- العمر	35.30 * (10.02)**	31 * (9.93)**
	2- مدة المرض	5.25 * (3.04)**	6.80 * (4.71)**
	3- النوع ذكور إناث	2 11	2 15
	4- الحالة الاجتماعية أعزب متزوج أرمل	2 11 -	3 11 3
	5- المستوى التعليمي جامعي فوق متوسط متوسط إعدادي يقرأ ويكتب أمي	2 2 3 1 3 2	1 2 5 2 4 3

\* المتوسط الحسابي \*\* الانحراف المعياري

## 3- أدوات البحث

- تم استخدام عدد من الأدوات التي يمكن من خلالها التحقق من فروض وأهداف البحث الراهن وتشمل هذه الأدوات :
- مقياس القلق والاكتئاب.
  - برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة.

## (1) مقياس القلق والاكتئاب :

استخدم في هذه الدراسة لقياس القلق والاكتئاب مقياسين فرعيين مشتقين من قائمة الأعراض النفسية والعقلية ذات التسعين عبارة المعدلة (SCL - 90R) وهما مقياسي القلق والاكتئاب، ولقد أعد هذه القائمة ديروجيتس وآخرون ( Derogatis et al, 1973; Derogatis & Kathryn, 2000) وقام بنقلها إلي العربية (البحيري, 2005) وهذا المقياس عبارة عن قائمة تقدير إكلينيكي ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدي المرضى المترددين علي العيادات النفسية وتشتمل هذه القائمة علي ( 90 ) عبارة تعكس (9) أبعاد للأعراض الأولية والتي يعتقد أنها تشتمل غالبية الأعراض السلوكية التي تلاحظ لدي هذه الفئة من المرضى ويمكن تصنيف أبعاد هذه القائمة كما يلي:

- 1- الأعراض الجسمية.
- 2- الوسواس القهري.
- 3- الحساسية التفاعلية.
- 4- الاكتئاب.
- 5- القلق.
- 6- العداوة.
- 7- قلق الخوف.
- 8- البارانويا التخيلية.
- 9- الذهانية.

ويتكون مقياس القلق من (10) عبارات تعكس مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الوجهة الإكلينيكية ومن هذه الأعراض الضيق، التملل، العصبية، التوتر، بالإضافة إلي العلامات الجسمية أما مقياس الاكتئاب فيتكون من (13) عبارة تعكس مدى واسع من العلامات المصاحبة لزمرة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب حيث تشمل أعراض المزاج البأس، وعلامات الانسحاب، عدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية، فقدان الطاقة والحيوية، بالإضافة إلي مشاعر اليأس وعدم النفع، وملازمات الاكتئاب الأخرى المعرفية والجسمية والأفكار الانتحارية.

## طريقة تقدير الدرجات:

يتم الاستجابة علي بنود المقياس من خلال متصل يشتمل علي خمسة بدائل للإجابة تمتد ما بين (مطلقا، نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما) ويتم تصحيح كل مقياس فرعي بالقائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس كما هو موضح بمقياس التصحيح وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من (0) إلي (4).

ثبات وصدق مقياس القلق والاكتئاب:

تم تقدير ثبات القائمة من خلال (Derogatis et al,1973; Derogatis & Kathryn,2000) وأشارت النتائج إلي ارتفاع معاملات ثبات وصدق القائمة بشكل عام أما فيما يتعلق بمقياس القلق والاكتئاب فقد بلغت معدلات ثباتهما علي التوالي (0.86، 0.90) أما فيما يتعلق بالصدق فقد حسبت معاملات الارتباط بين درجات الأفراد علي اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه وقائمة الأعراض المرضية ووجد أن هناك ارتباط مرتفع ودال، وفي الصورة العربية للقائمة بلغت معدلات ثبات القائمة باستخدام معامل ألفا للمقياسين علي التوالي (0.70 ، 0.68).

### صدق وثبات المقياس في البحث الحالي:

#### صدق المقياس:

تم التحقق من صدق مقياس القلق ومقياس الاكتئاب في البحث الحالي عن طريق مؤشرات الاتساق الداخلي والصدق المرتبط بالمحكيات وذلك من خلال تطبيق المقياس علي عينة مكونة من (58) مريضا بروماتويد المفاصل وألم أسفل الظهر والركبة والرقبة ممن يترددون علي العيادة الخارجية بقسم الروماتزم والتأهيل بمستشفى المنيا الجامعي وكذلك المترددين علي المركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل والروماتزم بمركز أبو قرقاص بمحافظة المنيا وفيما يلي وصفا لإجراءات التحقق من الصدق المقياس.

#### صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الاتساق الداخلي كمؤشر للصدق من خلال حساب الارتباط بين الدرجة علي البند والدرجة الكلية للمقياس وذلك بالنسبة لمقياس القلق ومقياس الاكتئاب ويوضح جدول رقم (2) معاملات الاتساق الداخلي للمقياسين.

### جدول رقم (2)

#### الارتباط بين البند والدرجة الكلية في مقياس القلق والاكتئاب

مقياس القلق		مقياس الاكتئاب	
الارتباط	رقم البند	الارتباط	رقم البند
0.61	1	0.68	1
0.62	2	0.70	2
0.78	3	0.68	3
0.71	4	0.62	4
0.68	5	0.51	5
0.74	6	0.78	6
0.71	7	0.77	7
0.65	8	0.65	8
0.75	9	0.80	9
0.75	10	0.65	10
		0.74	11
		0.44	12
		0.70	13

يتبين من الجدول السابق ان جميع قيم معاملات الارتباط كانت دالة ومرضية عند مستوى دلالة (0.01) ويشير ذلك إلى معاملات صدق جيدة للمقياسين.

#### صدق الارتباط بالمحك:

تم حساب معاملات الارتباط بين مقياس القلق ومقياس الاكتئاب في الدراسة الحالية ومقياس قلق واكتئاب المستشفى ترجمة (نمر، أحمد، 2022) ( وبلغت قيمة معاملات الارتباط بالنسبة لمقياس القلق (0.60) ومقياس الاكتئاب (0.68) ) وهي دالة عند مستوى (0.01) ويشير ذلك إلى معاملات صدق محكي مرتفعة بالنسبة للمقياس.

#### ثبات المقياس:

تم تقدير ثبات المقياس على نفس عينة الصدق باستخدام معامل الفاكرونباخ وقد بلغت قيمة معامل ألفا بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب علي التوالي (0.88 ، 0.90) وتشير هذه النسبة إلي ارتفاع معامل ثبات المقياسين

### ( 2 ) برنامج العلاج المعرفي السلوكي

#### خطوات تصميم البرنامج :-

تم الاطلاع علي الدراسات التي اهتمت ببناء برامج العلاج المعرفي السلوكي للأمراض المزمنة ومن بينها روماتويد المفاصل للوقوف على افضل صياغة للبرنامج العلاجي المستخدم في البحث ومن هذه الدراسات ( shen et al 2020;Blaney et al 2021;Sharpe et al 2016;Keefe et al 2005) ( و بعد الاطلاع على هذه الأبحاث تم تصميم البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية وبعد ذلك تم عرض البرنامج علي مجموعة من المحكمين من

أجل الوقوف علي أفضل صياغة له وتلافي أوجه القصور أو النقص الذي يمكن أن ترد فيه. وتم بعد ذلك إجراء عدد من التعديلات علي بعض جوانب البرنامج بناء علي توجيهات المحكمين وذلك فيما يتعلق ببعض التفصيلات الخاصة ببعض الإجراءات النوعية وتحسين الشكل النهائي للبرنامج ويوضح الجدول التالي التصور النهائي للبرنامج ومحتوياته وعدد جلساته .

### جدول رقم ( 3 )

#### برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتحسين الأعراض النفسية لدى مرضى الروماتويد

الموضوع	الجلسة
تعريف بمنطقية البرنامج وطبيعته، عرض مختصر ومبسط لنظرية التحكم بالبوابة.	الجلسة الأولى
تدريبات الاسترخاء التصاعدي - تدريبات الاسترخاء المختصر.	الجلسة الثانية
ممارسة التمرينات والتقدم في النشاط.	الجلسة الثالثة
جدولة الأنشطة السارة.	الجلسة الرابعة
أساليب تحويل (تشتيت) الانتباه .	الجلسة الخامسة
إعادة الصياغة المعرفية ( تحديد وتغيير الأفكار السلبية )	الجلسة السادسة
حل المشكلات والحديث الذاتي	الجلسة السابعة
مراجعة البرنامج وخطه المتابعة ومنع الانتكاسة.	الجلسة الثامنة

ومن خلال ملاحظة الجدول السابق يمكن أن نحدد الملامح الأساسية للبرنامج علي النحو التالي:

يبدأ البرنامج بعرض وجهة نظر جديدة لتفسير روماتويد المفاصل تختلف عن وجهة نظر المريض التقليدية ويتم ذلك من خلال شرح مبسط ومختصر للمرض والعوامل المؤثرة فيه وهذه الوجهة تساعد المريض في فهم كيف أن العقل والجسم يعملان سوياً للتأثير علي مستوى الأعراض التي يعاني منها كما تساعد في التعرف علي أهمية التدريب علي مهارات المعرفي السلوكي والتي تؤدي إلي تغير الأفكار والسلوكيات والمشاعر المرتبطة بالمرض وبالتالي التأثير علي مستوى الأعراض.

وبعد عرض هذه الوجهة التعليمية يتم تدريب المريض علي ثلاثة مهارات أساسية ويبدأ التدريب علي كل مهارة باتباع الخطوات الآتية:

- 1- مراجعة اللواجبات المنزلية.
- 2- إعطاء تعليمات متعلقة بالمهارة.
- 3- إعطاء تدريبات موجهة حول هذه المهارة.
- 4- إعطاء واجبات منزلية.

- أول مهارة يتم تعلمها هي تدريبات الاسترخاء، ويوجد أسلوبين للاسترخاء هما تدريبات الاسترخاء التصاعدي، وتدريبات الاسترخاء المختصر ويجبر البدء بتدريبات الاسترخاء لأنها تساعد وبشكل واضح في استرخاء العضلات وبالتالي تؤثر علي مستوى الألم وهذا يعطي للمريض دفعة للاستمرار في البرنامج . كما أن إعطاء تدريبات الاسترخاء المختصرة تساعد المريض في تقييم استخدام مهارة الاسترخاء في المواقف اليومية حيث يمكن أن يظهر الألم كمشكلة أساسية للمريض.
  - أما المجموعة الثانية من المهارات فيتم تطبيقها في الجلسات من الثالثة إلي الرابعة وتهدف هذه المهارات إلي تحقيق تحكم أفضل في الأعراض من خلال تغيير الأنشطة والتمرينات وجدولة الأنشطة السارة. حيث يتم تشجيع المريض علي ممارسة الأنشطة اليومية ولكن بشكل جزئي وذلك من خلال تقسيم النشاطات إلي أجزاء صغيرة ثم التقدم بعد ذلك واخذ الراحة عقب الانتهاء من النشاط وليس عند الشعور بالألم وذلك يساعد وبشكل كبير في عودة كثير من المرضى تدريجياً إلي النشاطات التي يعتقدون أنهم لا يستطيعون ممارستها بسبب المرض.
  - أما بالنسبة للأنشطة السارة فيتم تدريبها حيث أنها تساعد وبشكل كبير في تشتت الانتباه بعيداً عن الأعراض ويتم تعليمها للمرضى من خلال تحديد الهدف من النشاط وبعد ذلك يتم التخطيط لممارسة وتحديد وقت لممارسة هذا النشاط كل أسبوع ويتم الاستعانة بقوائم الأنشطة السارة لكي تساعد المريض في التعرف علي النشاط الذي يفضله.
  - أما المجموعة الثالثة من المهارات والتي يتم تطبيقها في الجلسة الخامسة فتهدف أيضاً إلي زيادة قدرة المريض في التحكم في أعراض القلق والاكتئاب وذلك من خلال تشتيت الانتباه باستخدام الصور الذهنية السارة ( الاسترخاء البصري، المناظر السارة، واستراتيجيات العد) بالإضافة إلي تدريبات الاسترخاء التصاعدي والمختصر.
  - أما الجلسات السابعة والثامنة فيتم فيهما تعليم المريض كيفية إعادة الصياغة المعرفية للتعامل مع الأفكار اللاتوافقية السلبية حيث تساعد هذه العملية في تغير سلبية المريض وأفكاره المأساوية التي تساهم في تفاقم أعراض القلق والاكتئاب. ويتم في البداية تعليم المريض كيفية تحديد هذه الأفكار وبعد ذلك شرح كيفية مواجهتها ودحضها.
  - أما الاستراتيجية الأخيرة التي يتم تعلمها فهي أسلوب حل المشكلات. وحل المشكلات أسلوب يساعد المريض وبشكل فعال في تطبيق المهارات التي تعلمها في المواقف الصعبة . ويتم ذلك من خلال ثلاثة خطوات أساسية هي :-
- 1- يطلب من المريض أن يصف المشكلة.
  - 2- تحديد الصعوبات التي يمكن أن تواجهه في هذا الموقف.
  - 3- يطلب من المريض أن يختار مجموعة من المهارات التي تناسبه لحل هذه المشكلة.
- أما الجلسة الأخيرة من التدريب فيتم من خلالها مراجعة المهارات التي تم تعلمها ومناقشة كل مهارة علي حده وتقديم خطة لكيفية منع حدوث الانتكاسة ومناقشة كيفية تطبيق المهارات وخاصة في المواقف الصعبة التي يمكن أن تحدث في المستقبل.

## تاسعا - إجراءات تطبيق البحث:

- طبق برنامج العلاج المعرفي المستخدم في الدراسة الحالية في الفترة من (2- 2022 إلى 5- 2022) ويمكن تحديد إجراءات تطبيق البحث في النقاط التالية:
- إعداد وتجهيز أدوات البحث بحيث تكون صالحة للتطبيق الميداني وذلك من خلال إجراءات تقدير الثبات والصدق كما ورد ذلك في جزء وصف الأدوات بعد أن تم التأكد من ملائمة أدوات البحث للتطبيق والتأكد من ثباتها وصدقها وعرض البرنامج علي مجموعة من أساتذة علم النفس وتعديل الملاحظات التي أقرها السادة المحكمين تم اختيار العينة التي سيتم تطبيق البرنامج عليها.
  - تم اختيار العينة من المرضى المترددين علي المركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل والروماتزم بمركز أبو قرقاص بمحافظة المنيا.
  - تم الاطلاع علي ملفات المرضى وتحديد المرضى الذين يمكن أن يشاركون في الدراسة وذلك بمشاركة مدير المركز وذلك لمعرفة معرفته بالمرضى وظروفهم . حيث كان يتم مراعاة قرب المريض من المنطقة التي يوجد بها المركز وذلك لسهولة الاتصال به بالإضافة إلي توافر المحكات التي تم عرضها سابقا من حيث السن وعدم وجود إعاقة صحية أخرى أو أي ظرف صحي يعيق تطبيق البرنامج.
  - بعد أن تم استيفاء العدد المطلوب لأفراد العينة تم تقسيمهم إلي مجموعتين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي، ومجموعة العلاج الطبي فقط، ومن الجدير بالذكر أن المجموعتين كانتا تتلقيان علاج طبي قبل خوض التجربة، وتم الاتفاق مع المركز بعدم تغيير العلاج الطبي أثناء التجربة إلا إذا استدعت الضرورة لأي من المجموعتين.
  - تم التطبيق في غرفة مجهزة بالمركز بالدور الثاني حيث كان يتم التطبيق في أغلب الأحيان في الفترة ما بين الساعة الثالثة عصرا وحتى الساعة التاسعة مساء وفي بعض الأحيان كان يتم التطبيق من الساعة العاشرة صباحا وحتى الثانية عشر ظهرا.
  - بعد أن تم تحديد أفراد مجموعة العلاج المعرفي السلوكي كان يتم عرض منطوق العلاج النفسي المعرفي السلوكي عليهم لتحديد مدى تقبلهم ودافعهم للعلاج، حيث ابدي معظم أفراد هذه المجموعة استعدادا كبيرا للمشاركة في البرنامج بل أن بعضهم قرر أنه كان يبحث على من يقدم له هذه الخدمة، وتم استبعاد حالتين رفضتا المشاركة في البرنامج بسبب عدم قدرتهم علي الالتزام بمواعيد الجلسات لبعدها المكان الذي يقطنان فيه ( القاهرة ، بني مزار)، أما مجموعة العلاج الدوائي منفردا فلم تعرض عليهم فكرة العلاج المعرفي السلوكي، بل تم تقييم المتغيرات موضع الدراسة أثناء مقابلتهم قبل التقسيم وبعد انتهاء فترة العلاج لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي ومع المتابعة.
  - تلقي أفراد مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي الجلسات العلاجية بواقع جلستين أسبوعيا حسب ظروف الحالة. وكان زمن الجلسة يتراوح من ساعة إلي ساعة ونصف ، بنفس ترتيب الجلسات الموضحة سابقا. أما مجموعة العلاج الدوائي فقد استمرت في تناول الأدوية المقررة لها من قبل الطبيب المعالج ( مدير المركز) مع الالتزام قدر الإمكان بعدم تغيير هذا الدواء أثناء فترة إجراء التجربة، اشتملت الأدوية التي كانت مقررة لأفراد المجموعتين علي مضادات الالتهاب الروماتيزمية، الميثوتركسات، الهيدروكسيكلوروكين، الازاثيوبرين، الذهب، سلازوبيرين، لوفلوناميد.
  - لم يتم إدراج بيانات حالات التسرب ضمن النتائج الحالية للدراسة وذلك نظرا لعدم تلقيهم عدد مناسب من الجلسات العلاجية وعدم إجراء جلسات المتابعة وعدد هذه الحالات 10 حالات: ( سبعة من المجموعة العلاجية وثلاثة من المجموعة الضابطة).
  - كان يتم تطبيق البرنامج بشكل فردي وفي بعض الأحيان في حضور أحد الأشخاص المقربين من المريض ( الأشخاص المهمين بالنسبة له) وبعد الانتهاء من البرنامج يتم تطبيق المقاييس مرة أخرى.
  - بعد الانتهاء من البرنامج بشهر ونصف تم التطبيق مرة أخرى ويسمي هذا التطبيق بإجراء المتابعة.

## عاشرا : نتائج البحث وتفسيرها

## 1- نتائج الفرض الأول .

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس الأعراض النفسية ( القلق والاكتئاب ) بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً طبياً فقط بعد تطبيق البرنامج (المقياس البعدي)".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتنى للتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقياس الدراسة في القياس القبلي والبعدي وذلك على النحو التالي :

1) حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتنى للتعرف على طبيعة الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقياس الدراسة (القلق و الاكتئاب) في القياس القبلي وذلك لكي يتسنى لنا متابعة مقدار التحسن بين المجموعتين في المراحل التالية للعملية العلاجية.

يوضح جدول رقم (4) قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتنى لدلالة الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في أدائهم على مقياس الأعراض النفسية ( القلق والاكتئاب ) قبل تطبيق البرنامج . جدول رقم (4) نتائج اختبار مان ويتنى للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقياس الأعراض النفسية ( القلق والاكتئاب ) مقياس الدراسة في التطبيق الأول (القبلي)

متغيرات الدراسة	مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي		مجموعة العلاج الطبي فقط		z قيمة	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف		
القلق	23.46	6.53	23.35	2.52	-0.653	غير دالة
الاكتئاب	31.53	8.92	32.29	6.09	-0.483	غير دالة

من خلال هذا الجدول يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء علي مقياس الدراسة (القلق و الاكتئاب) في القياس القبلي (خط الأساس) ويشير ذلك إلي التكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات موضع الدراسة مما يجعلنا نفترض تساوي خط الأساس للمجموعتين وبالتالي يكون هناك اطمئنان في إرجاع ما قد يوجد من فروق بين المجموعتين في القياسات التالية إلى تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي .

(2)- حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار " مان ويتنى " للتعرف على طبيعة الفروق بين المجموعتين في القياس البعدي. يوضح الجدول التالي قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار " مان ويتنى " للفروق بين المجموعتين في القياس البعدي .

جدول رقم ( 5 ) نتائج اختبار " مان ويتنى " للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقياس الأعراض النفسية (القلق و الاكتئاب) في التطبيق الثاني (البعدي )

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي فقط		مجموعة العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الطبي		متغيرات الدراسة
		التطبيق لثاني البعدي		التطبيق الثاني البعدي		
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.01	3.127-	1.57	22.64	5.72	14.15	1- القلق
0.01	3.168-	5.74	32.70	11.38	20.38	2- الاكتئاب

ومن خلال استعراض الجدول السابق يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 في مقياس القلق والاكتئاب وكانت هذه الفروق في اتجاه تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي مقارنة بمجموعة العلاج الطبي.

## 2- نتائج الفرض الثاني .

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية علي مقياس الأعراض النفسية (القلق و الاكتئاب) بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً طبيياً فقط بعد فترة المتابعة" .

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتنى للتعرف على الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقياس الدراسة (القلق و الاكتئاب) في فترة المتابعة ويوضح الجدول رقم ( 6 ) قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار " مان ويتنى " للفروق بين المجموعتين في القياس البعدي .

جدول رقم ( 6 ) نتائج اختبار " مان ويتنى " للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقياس الدراسة في التطبيق الثالث (المتابعة)

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي فقط		مجموعة العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الطبي		متغيرات الدراسة
		التطبيق الثالث المتابعة		التطبيق الثالث المتابعة		
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.01	3.360-	1.98	23.05	5.71	16.15	1- القلق
0.01	3.588-	5.74	32.94	8.88	19.15	2- الاكتئاب

من خلال استعراض الجدول السابق يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 في مقياس القلق والاكتئاب وكانت هذه الفروق في اتجاه استمرار تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي مقارنة بمجموعة العلاج الطبي.

## نتائج الفرض الثالث.

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية داخل كل مجموعة على حدا في الأداء على الاختبارات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة اختبار " فريدمان " لتحليل التباين لمعرفة الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي خلال التطبيقات الثلاثة ( قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة) ويعرض الجدول التالي نتائج اختبار " فريدمان " للمقارنة بين مواقف التطبيق الثلاثة لكل متغير من متغيرات الدراسة لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي .

جدول رقم ( 7 ) الفروق داخل المجموعة الأولى عبر المراحل العلاجية باستخدام اختبار فريدمان

مستوي الدلالة	قيمة كا	المتابعة		القياس البعدي		القياس القبلي		متغيرات الدراسة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.01	12.81	5.71	16.15	5.72	14.15	6.53	23.46	2- القلق
0.01	15.71	8.88	19.15	11.38	20.38	8.92	31.53	3- الاكتئاب

وباستعراض النتائج الواردة في الجدول السابق يمكن القول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين الأداءات عبر المراحل العلاجية علي المقاييس التي تمثل متغيرات الدراسة والتي تشمل القلق والاكتئاب (2) ولتحديد اتجاه الفروق بين القياسات المختلفة داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي تم إجراء مقارنات ثنائية باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن اتجاه الفروق بين التطبيقات الثلاثة .  
يوضح الجدول رقم (8) والجدول رقم (9) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياس قبل تطبيق البرنامج والقياس بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة.  
**جدول رقم (8) نتائج اختبار (ويلكوكسون) للمقارنة الثنائية بين درجات الأفراد في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج علي مقياس القلق والاكتئاب.**

مستوي الدلالة	Z قيمة	القياس القبلي		القياس البعدي		القياسات متغيرات الدراسة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.01	2.67-	5.72	14.15	6.53	23.46	2- القلق
0.05	2.52-	11.38	20.38	8.92	31.53	3- الاكتئاب

وباستعراض الجدول السابق يمكن القول أن هناك فروق دالة إحصائية بين القياس قبل تطبيق البرنامج والقياس بعد تطبيق البرنامج في مقياس القلق والاكتئاب وكانت الفروق لصالح تحسن أداء الأفراد بعد فترة العلاج.

**جدول رقم (9) نتائج اختبار " ويلكوكسون " للمقارنة الثنائية بين درجات الأفراد في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة علي مقياس القلق والاكتئاب .**

مستوي الدلالة	Z قيمة	القياس البعدي		المتابعة		القياسات متغيرات الدراسة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.05	2.02-	5.71	16.15	5.72	14.15	1- القلق
غير دالة	1.4-	8.88	19.15	11.38	20.38	2- الاكتئاب

يشير الجدول السابق إلي وجود فروق دالة بين القياسات بعد تطبيق البرنامج والقياس في فترة المتابعة في مقياس القلق بينما لم توجد فروق في مقياس الاكتئاب.

## تفسير ومناقشة نتائج البحث

### 1- الفروق بين المجموعتين في خط الأساس .

أشارت النتائج إلي عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين في القياس القبلي (خط الأساس) في الأداء علي الاختبارات التي تمثل متغيرات الدراسة ( الماساوية والقلق والاكتئاب والكدر الوجداني) وتشير هذه النتيجة إلي تكافؤ المجموعتين في الوظائف النفسية وبناء علي ذلك يكون نوع العلاج هو المتغير المستقل الحاسم فيما يتعلق بالفروق بين المجموعتين ومستوي التحسن وبالتالي يمكن أعزاء الفروق التي تظهر بين المجموعتين إلي نوع العلاج الذي تلقته إحدى المجموعتين ولم تتلقاه المجموعة الأخرى.

### 2- الفروق بين المجموعتين في القياس البعدي والمتابعة.

جاءت نتيجة الفرض الأول والثاني لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01 ، 0.05) في القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالأداء علي مقياس القلق والاكتئاب وتشير هذه النتيجة إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدي مرضى الروماتويد

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة التي تناولت أثر التدخلات النفسية في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدي مرضى روماتويد المفاصل ومن هذه الدراسات دراسة استون (Astan et al, 2002) والتي قام فيها بمراجعة وتحليل نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال وتوصل إلي أن التدخلات النفسية ومن بينها العلاج المعرفي السلوكي كانت فعالة وبشكل دال في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب سواء بعد العلاج أو بعد فترة المتابعة كما اتفقت هذه النتيجة أيضا مع دراسات كل من (Shen et al, 2003; Riemsma et al, 2002; Evers et al, 2001; Sharp et al, 2020; Blaney et al 2021) حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض القلق والاكتئاب لدي مرضى الروماتويد المفصلي ومرضى التهاب المفاصل العظمي أما فيما يتعلق بالمتابعة فقد جاءت نتيجة الدراسة متفقة مع نتائج بعض الدراسات وإن كانت فترة المتابعة في الدراسة الحالية تختلف عن فترة المتابعة في الدراسات الأجنبية حيث أن معظم الدراسات الأجنبية كانت فترة المتابعة فيها كبيرة ومن هذه الدراسات. (Evers et al 2002; Sharp et al 2003; Shen et al, 2020; Blaney et al 2021)

### 4- تفسير نتائج الدراسة في ضوء افتراضات النظرية المعرفية السلوكية للألم المزمن.

في ضوء المبادئ النظرية للعلاج المعرفي السلوكي للأمراض المزمنة يمكن القول أن الأفكار السلبية اللامنطقية تجاه المرض وأحداث الحياة يمكن أن تؤثر بشكل سلبي ودال علي كيفية إدراكنا للأعراض واستجاباتنا الوجدانية لها وما نفعله عندما نشعر بها، فعندما نفكر بشكل سلبي فإننا نكون أكثر ميلا للشعور بالكدر الوجداني والذي يمكن أن يؤدي إلي التوتر العضلي والذي يؤثر بدوره علي الألم والاعراض الأخرى ويؤدي إلي زيادة في مستوى الإثارة في جهازنا العصبي وعبور رسائل الألم في أجسامنا، وبالتالي زيادة المعاناة ، وعندما نفكر بشكل سلبي فأنا نكون أيضا أكثر

ميلًا للمشاركة في سلوكيات الدفاع الذاتي (الخمول وعدم الحركة، العزلة الاجتماعية، زيادة الاعتماد على الأدوية) والذي يؤثر بدوره أيضا الأعراض. وفي أغلب الأوقات فإن الأفكار والصور التي نملكها تجاه المرض وأحداث الحياة ترتبط بمعتقداتنا فكثيرا من مرضى الروماتويد لديهم معتقدات تجاه ممرض علي سبيل المثال "المرض يسيطر علي حياتي" وتجاه أنفسهم "مرض جعلني شخص ضعيف" وتجاه أجسامهم "جسمي يتكسر" وتجاه علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين "الدكتور لا يولي اهتماما لمرضى" وتجاه مستقبلهم "أنا متشائم لأن المرض سيلازمني طوال عمري".

والعلاج المعرفي السلوكي يناقش أهمية المعتقدات الواقعية والاتجاهات والسلوكيات في تقليل المعاناة الجسمية والانفعالية المرتبطة بالمرض ويكون العلاج موجه أيضا نحو تحديد الصعوبات الانفعالية والمعرفية والسلوكية والفسولوجية والبيئية والتي يمكن أن تساهم في التأثير علي المرض وبالرغم من أنه من النادر بالنسبة للمريض أن يتخلص من الأعراض فإن العلاج المعرفي السلوكي يعلم المريض كيفية تقليل الأعراض، وكيفية تقليل الاستجابات الانفعالية السلبية الناتجة عنها.

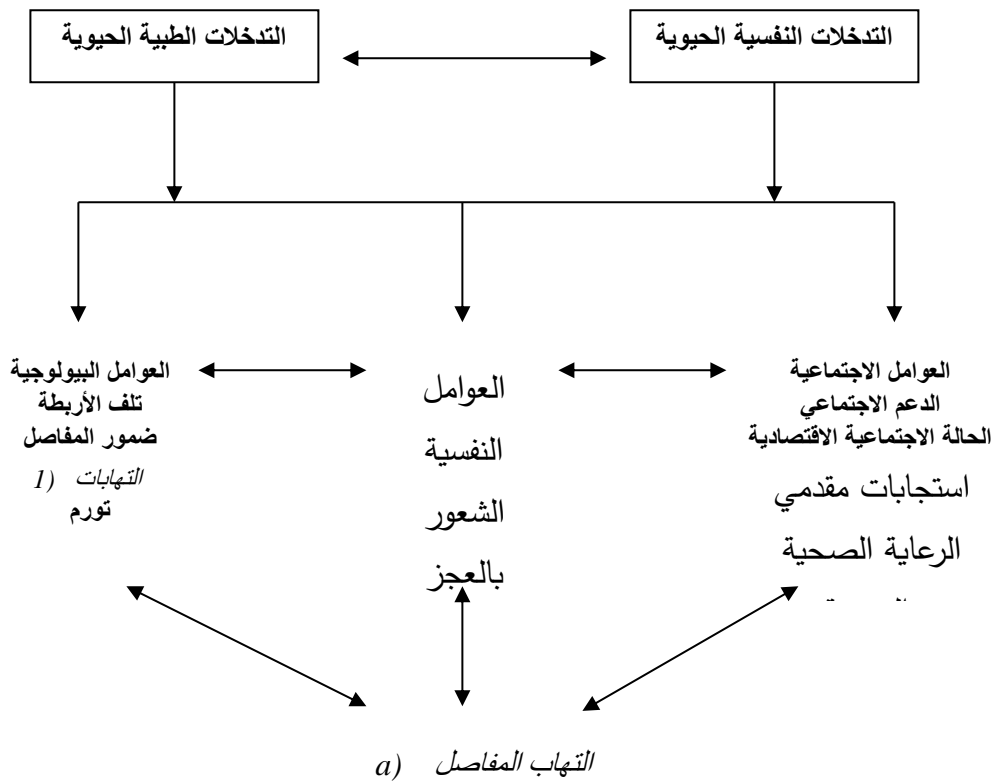
ويكون ذلك من خلال تركيز الجلسات العلاجية في مساعدة المريض علي كيفية التعامل بفعالية مع اعراضهم ومشاكلهم وذلك بتعليمهم:

- أن يفكر بشكل أكثر واقعية تجاه الأعراض وأحداث حياتهم الأخرى.
- أن يكون أكثر استرخاء عن ذي قبل.
- أن يعود إلي ممارسة أنشطتهم التي تركوها بسبب المرض.
- مساعدة المريض في التعرف علي السلوكيات التي تفاقم الأعراض والضغوط وتعليمهم استراتيجيات تعامل جديدة وكذلك سلوكية توافقية جديدة.

وبالتالي فإن معظم المرضى سوف يشعرون بالتحسن بعد انتهاء الجلسات العلاجية التي تتناول هذه الموضوعات وفي ضوء ذلك يمكن تفسير نتائج البحث الحالي حيث أن التغيرات التي حدثت خلال الجلسات العلاجية يمكن إرجاعها إلي تغير في معتقدات وأفكار وسلوكيات المرضى تجاه مرضهم ومصادر ضغوطهم وانعكس ذلك بشكل دال في تحسين الوظائف النفسية.

وفقا للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي قدمه كيبف وآخرون (Keefe et al, 1999) لتفسير التهاب المفاصل والعجز المرتبط به يمكن القول أن العوامل النفسية مثل (الشعور بالعجز، الاكتئاب، الضغوط، التغلب، الفعالية الذاتية) تلعب دورا مهما في فهم الفروق في كيفية اختلاف مرضى التهاب المفاصل في استجاباتهم لمرضهم. كما أنم العوامل الاجتماعية أيضا مثل (الحالة الاجتماعية والاقتصادية، الدعم الاجتماعي) وجد أنها مهمة جدا في فهم العجز والألم المرتبط بالتهاب المفاصل. ويقدم هذا النموذج وجهة نظر منظمة لفهم التهاب المفاصل كما هو موضح بالشكل التالي

شكل رقم (1)  
النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي لالتهاب المفاصل



من خلال الشكل السابق يمكن القول أن التغيرات في أي جزء من النظام يمكن أن تؤدي إلي تغير في الأجزاء الأخرى من النظام فزيادة النشاط المرضي (التغير البيولوجي) يمكن أن يؤدي إلي زيادة القلق والاكتئاب (تغيرات نفسية) وانخفاض في القدرة علي العمل وأداء المهام المنزلية.

(تغيرات اجتماعية) وكل ذلك يؤدي تباعا إلي زيادة الألم والعجز، وفي مقابل ذلك فإن التحسن في الفعالية الذاتية تجاه التحكم في أعراض التهاب المفاصل (تغيرات نفسية) يمكن أن يؤدي إلي تحسن الالتزام بالعلاج (يؤدي إلي تغير بيولوجي) أو زيادة التفاعل مع المقربين والأصدقاء والعائلة (تغير اجتماعي) والذي يؤدي ذلك بدوره إلي تقليل الألم والعجز وبالتالي فإن أساليب العلاج التي تستهدف العوامل النفسية والاجتماعية يمكن أن تكون فعالة في تعديل خبرة التهاب المفاصل.

وفي ضوء هذا النموذج يمكن تفسير التحسن الذي طرأ علي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي في أدائهم علي مقياس القلق والاكتئاب بالتغير في العوامل النفسية من خلال زيادة المشاركة الفعالة في جلسات العلاج المعرفي السلوكي والتي استهدفت بناء معتقدات ايجابية وفعالية تجاه المرض والاعراض.

### ما تنطوي عليه نتائج الدراسة الحالية من دلالات وإمكانية الاستفادة منها علميا.

- 1- في ضوء ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة والدراسات الأخرى من أن إضافة العلاج المعرفي السلوكي إلي العلاج الطبي لدي مرضى الروماتويد يؤدي إلي نتائج ايجابية نوصي بضرورة الاهتمام بتقديم خدمة العلاج النفسي في المستشفيات والمعاهد الصحية والعيادات الخاصة التي تتعامل مع الأمراض المزمنة مثل: الآلام الروماتيزمية، آلام الجهاز العضلي الهيكلي وآلام السرطان والإيدز وذلك من اجل الحصول علي نتائج علاجية قيمة
- 2- في ضوء ما تم التوصل إليه من أن الأفكار والمعتقدات والسلوكيات الخاطئة وكذلك الظروف الاجتماعية والاعتقادات السلبية تؤثر في النتائج المرضية وتؤدي إلي تفاقم وزيادة الأعراض يوصي الباحثان العاملين في مجال الرعاية الصحية لمرضى الروماتويد بضرورة الاهتمام بتقييم هذه العوامل عند التعامل مع هؤلاء المرضى لأن ذلك سوف يساعد بشكل كبير جدا في عملية الالتزام بالعلاج وزيادة فعاليته.
- 3- نظرا لأن كثيرا من مرضى الروماتويد يعانون من اضطرابات نفسية مثل (القلق، الاكتئاب) وأن هذه الاضطرابات تؤدي إلي تفاقم الأعراض وزيادة الألم وأن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلي تقليل هذه الأعراض لدي مرضى الألم المزمن لذلك يجب توجيه الاهتمام أثناء العلاج الطبي إلي هذه المتغيرات والتعامل معها بشكل فعال ، ويمكن أن يتم ذلك من خلال توفير عدد من الأخصائيين النفسيين المؤهلين يعملون جنبا إلي جنب مع أخصائيو الرعاية الطبية التقليدية وذلك سوف يؤدي وبشكل فعال إلي نتائج أفضل.

### ما تثيره نتائج الدراسة من تساؤلات ومشكلات تحتاج لمزيد من الدراسة والبحث (توصيات الدراسة)

- تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي الذي تم إعداده في هذا البحث في مجالات أخرى من مجالات الأمراض المزمنة: ألم أسفل الظهر، الألم العضلي الليفي، التهاب المفاصل العظمي، اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي، داء الذئبة الحمراء الشامل، السرطان، الإيدز وغيرها من الأمراض المزمنة حيث أن هذه المجالات قد نالت قسطا كبيرا من الاهتمام علي المستوى العالمي ومازالت تحو في مجتمعاتنا العربية، وبالتالي نحتاج إلي مزيدا من الدراسات والبحوث في هذه المجالات.
- في ضوء الاتجاهات الحديثة في مجال التدخلات النفسية للأمراض المزمنة نوصي بضرورة إجراء دراسات تتناول فعالية الأساليب العلاجية النفسية القائمة علي التعرض وإخراج الانفعالات في تحسين الأداء النفسي والطبيعي للمرضى.
- كما يحتاج هذا المجال إلي المزيد من الدراسات تتناول موضوعات تتعلق بميكانيزمات عمل العلاجات النفسية وكيفية تأثيرها وما هي أكثر المتغيرات التي تكون فعالة في العملية العلاجية.
- يري الباحثان أن الدراسات في هذا المجال لا يجب أن تتم بشكل فردي حيث يجب أن يتعاون العاملين في مجال الرعاية الصحية التقليدية مع العاملين في مجال التدخلات النفسية أو العلاجات النفسية لإجراء أبحاث أكثر عمقا في هذا المجال تتناول علي سبيل المثال " كيفية ارتباط العوامل المعرفية مثل: الانتباه والمزاج" بالتنشيط العصبي" لدى مرضى الألم المزمن وخاصة في ضوء ما تم التوصل إليه من أن العوامل المعرفية والانفعالات يمكن أن تؤثر في التنشيط العصبي للمخ.
- من المجالات التي تحتاج إلي مزيد من البحث في سياق الحديث عن الأمراض المزمنة إجراء أبحاث تتناول كيفية ارتباط العوامل النفسية بالسياق الاجتماعي للمرضى مع إعطاء أهمية لتأثير السياق الاجتماعي في السلوكيات المتعلقة بالمرض وأساليب التعامل معه حيث أن هذا المجال لم يحظى بالقدر الكافي من الدراسة والبحث .

### مراجع البحث:

1. الحديدي، تحسين (2002). الجديد في الروماتيزم، كتاب اليوم الطبي، يصدر عن دار أخبار اليوم، القاهرة، العدد 238.
2. نمر، مصطفى على ، أحمد، أحمد حسنين(2022). نوعية الحياة وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي الغاضعين للغسيل ، مجلة كلية الآداب بقنا ، جامعة جنوب الوادي، 54 ، ج 1 ، ص 18-101، DOI: [10.21608/qarts.2021.87512.1158](https://doi.org/10.21608/qarts.2021.87512.1158)
3. عذب ، حسام الدين محمود (2004). برنامج علاجي لخفض اضطرابات الألم لدي عينة من المعلمين. المجلة المصرية للدراسات النفسية ، تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، المجلد الرابع عشر، العدد 44 ، ص 90 – 127.
4. البحيري ، عبد الرقيب.(2005). قائمة الأعراض المرضية المعدلة (SCL\_90) ، الانجلو المصرية، القاهرة.

### المراجع الأجنبية:

- [1] Amaoewei, E. E. J., Anwar, S., Sridhar, K. K., Shabbir, K., Mohammed, E. H., Bahar, A. R., ... & Qadar, L. T. (2022). Correlation of Depression and Anxiety With Rheumatoid Arthritis. *Cureus*, 14(3). doi:10.7759/cureus.23137
- [2] Astin, J. A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M. C., & Berman, B. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis and rheumatism*, 47(3), 291–302. <https://doi.org/10.1002/art.10416>
- [3] Birnbaum, H., Pike, C., Kaufman, R., Maynchenko, M., Kidolezi, Y. and Cifaldi, M., (2009). Societal cost of rheumatoid arthritis patients in the US. *Current Medical Research and Opinion*, 26(1), .77-90. [doi.org/10.1185/03007990903422307](https://doi.org/10.1185/03007990903422307)



- [4] Beck A. T. (2016). Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy - Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 776–784. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.003>
- [5] Blaney, C., Hitchon, C. A., Marrie, R. A., Mackenzie, C., Holens, P., & El-Gabalawy, R. (2021). Support for a non-therapist assisted, Internet-based cognitive-behavioral therapy (iCBT) intervention for mental health in rheumatoid arthritis patients. *Internet interventions*, 24, 100385. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100385>
- [6] Callhoff, J., Albrecht, K., Schett, G., Zink, A., & Westhoff, G. (2015). Depression is a stronger predictor of the risk to consider work disability in early arthritis than disease activity or response to therapy. *RMD open*, 1(1), e000020. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2014-000020>
- [7] Carson, J. W., Keefe, F. J., Affleck, G., Rumble, M. E., Caldwell, D. S., Beaupre, P. M., Kashikar-Zuck, S., Sandstrom, M., & Weisberg, J. N. (2006). A comparison of conventional pain coping skills training and pain coping skills training with a maintenance training component: a daily diary analysis of short- and long-term treatment effects. *The journal of pain*, 7(9), 615–625. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.02.008>
- [8] Cronan, T. A., Hay, M., Groessl, E., Bigatti, S., Gallagher, R., & Tomita, M. (1998). The effects of social support and education on health care costs after three years. *Arthritis care and research : the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 11(5), 326–334. <https://doi.org/10.1002/art.1790110504>
- [9] Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology bulletin*, 9(1), 13–28.
- [10] Derogatis, L. R., & Kathryn, L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (310-347). Routledge.
- [11] Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Yelin, E. H., Song, J., & Chang, R. W. (2003). The costs of arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 49(1), 101–113. <https://doi.org/10.1002/art.10913>
- [12] Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- [13] Emery, C. F., Keefe, F. J., France, C. R., Affleck, G., Waters, S., Fondow, M. D., McKee, D. C., France, J. L., Hackshaw, K. V., Caldwell, D. S., & Stainbrook, D. (2006). Effects of a brief coping skills training intervention on nociceptive flexion reflex threshold in patients having osteoarthritic knee pain: a preliminary laboratory study of sex differences. *Journal of pain and symptom management*, 31(3), 262–269. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.008>
- [14] Eriksson, J. K., Johansson, K., Askling, J., & Neovius, M. (2015). Costs for hospital care, drugs and lost work days in incident and prevalent rheumatoid arthritis: how large, and how are they distributed?. *Annals of the rheumatic diseases*, 74(4), 648–654. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204080>
- [15] Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2002). Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *The Journal of rheumatology*, 29(11), 2327–2336.
- [16] Freeman, K., Hammond, A., & Lincoln, N. B. (2002). Use of cognitive-behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis. *Clinical rehabilitation*, 16(8), 828–836. <https://doi.org/10.1191/0269215502cr565oa>
- [17] Gilliland, BC. (1990). Arthritis and Periarticular Disorders. In JJ Bonica (ed) The management of pain ,2<sup>nd</sup> ed ,New Yourk ,Churchill livingstone 329-351
- [18] Helmick, C. G., Felson, D. T., Lawrence, R. C., Gabriel, S., Hirsch, R., Kwoh, C. K., ... & National Arthritis Data Workgroup. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part I. *Arthritis & Rheumatism*, 58(1), 15–25.
- [19] Hill, J., Harrison, J., Christian, D., Reed, J., Clegg, A., Duffield, S. J., Goodson, N., & Marson, T. (2022). The prevalence of comorbidity in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *British journal of community nursing*, 27(5), 232–241. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.5.232>
- [20] Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 26(6), 872–878. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0407-y>
- [21] Jayson, MV. (1999). Rheumatoid arthritis. in P D Wall & R Melzack (Eds) Text book of pain 5<sup>th</sup> edition London: Churchill Livingstone 505 – 516.
- [22] Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A., Good, A. B., & Wald, L. H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 81(1-2), 95–104. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00005-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00005-6)
- [23] Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L., Gibson, J., Studts, J. L., & Caldwell, D. S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 640–655. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.640>
- [24] Kraaimaat, F. W., Brons, M. R., Geenen, R., & Bijlsma, J. W. (1995). The effect of cognitive behavior therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00094-z](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00094-z)
- [25] Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A., ... & National Arthritis Data Workgroup. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *Arthritis & Rheumatism*, 58(1), 26–35.
- [26] Lajas, C., Abasolo, L., Bellajdel, B., Hernández-García, C., Carmona, L., Vargas, E., Lázaro, P., & Jover, J. A. (2003). Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: a prevalence-based study. *Arthritis and rheumatism*, 49(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/art.10905>
- [27] Lorig, K., Laurin, J., & Gines, G. E. (1984). Arthritis self-management. A five-year history of a patient education program. *The Nursing clinics of North America*, 19(4), 637–645.
- [28] Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., & Hotopf, M. (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford, England)*, 55(2), 268–278. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>
- [29] McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27(22), 2564–2573. <https://doi.org/10.1097/00007632-200211150-00033>
- [30] Mok, C. C., Lok, E. Y., & Cheung, E. F. (2012). Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian journal of rheumatology*, 41(4), 253–259. <https://doi.org/10.3109/03009742.2012.664648>
- [31] Pollard, L., Choy, E. H., & Scott, D. L. (2005). The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(5 Suppl 39), S43–S52.

- [32] Prothero, L., Barley, E., Galloway, J., Georgopoulou, S., & Sturt, J. (2018). The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review of reviews. *International journal of nursing studies*, 82, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.008>
- [33] Rasouyar, A. R., Khajevand, A., & Aghaei, A. (2014). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reduction of stress symptoms and improving the quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Bull Env Pharmacol Life Sci*, 3(6), 46-54.
- [34] Riemsma, R. P., Kirwan, J. R., Taal, E., & Rasker, J. J. (2003). Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD003688. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003688>
- [35] Ribeiro, N., Schier, A., Marinho, T., Machado, S., Nardi, A., & Silva, A. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Patient With Rheumatoid Arthritis and Obesity. *Journal Of Medical Cases*, 4(7), 443-446. doi: <https://doi.org/10.4021/jmc1275w>
- [36] Savelkoul, M., de Witte, L. P., Candel, M. J., van der Tempel, H., & van den Borne, B. (2001). Effects of a coping intervention on patients with rheumatic diseases: results of a randomized controlled trial. *Arthritis and rheumatism*, 45(1), 69–76. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200102\)45:1<69::AID-ANR86>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200102)45:1<69::AID-ANR86>3.0.CO;2-M)
- [37] Sharpe L. (2016). Psychosocial management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions. *Journal of pain research*, 9, 137–146. <https://doi.org/10.2147/JPR.S83653>
- [38] Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Brewin, C. R., & Allard, S. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain*, 89(2-3), 275–283. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00379-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00379-1)
- [39] Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., & Allard, S. (2003). Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*, 42(3), 435–441. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keg144>
- [40] Shen, B., Li, Y., Du, X., Chen, H., Xu, Y., Li, H., & Xu, G. Y. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, 25(10), 1179–1191. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1736312>
- [41] van den Hoek, J., Boshuizen, H. C., Roorda, L. D., Tjhuis, G. J., Nurmohamed, M. T., Dekker, J., & van den Bos, G. A. (2016). Association of Somatic Comorbidities and Comorbid Depression With Mortality in Patients With Rheumatoid Arthritis: A 14-Year Prospective Cohort Study. *Arthritis care & research*, 68(8), 1055–1060. <https://doi.org/10.1002/acr.22812>
- [42] VanDyke, M. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Johnson, G. E., Slaughter, J. R., & Walker, S. E. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 51(3), 408–412. <https://doi.org/10.1002/art.20474>
- [43] Young, L. D., Bradley, L. A., & Turner, R. A. (1995). Decreases in health care resource utilization in patients with rheumatoid arthritis following a cognitive behavioral intervention. *Biofeedback and self-regulation*, 20(3), 259–268. <https://doi.org/10.1007/BF01474517>