EMOTIONAL-COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION

Comparing the Effectiveness of Couple-oriented Emotional-Cognitive-Behavioral Intervention and Patient-oriented Cognitive-Behavioral Intervention on Improving the Quality of Marital Relationship in Women with Rheumatoid Arthritis: A Pilot Study

MohammadAli Besharat
Professor of Dept. of Health Psychology, Faculty of Psychology and Education, Univ. of Tehran (UT), Tehran, Iran

Maryam Salehi
* Ph.D. Candidate in Health Psychology, Faculty of Psychology and Education, Univ. of Tehran (UT), Tehran, Iran (Corresponding author) m1_salehi@yahoo.com

Abdulrahman Rostamian
Associate Professor, Dept. of Rheumatology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.

Nima Ghorbani4
Associate Professor, Faculty of Psychology and Education, Univ. of Tehran (UT), Tehran, Iran

Received: 09 March 2015
Accepted: 05 June 2015

ABSTRACT

Background and objective: Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic autoimmune disorder. Besides its physical effect on the body, it could also cause depression and anxiety which could affect spouse and the rest of the family. The aim of this study was to design and test the effectiveness of a couple-oriented emotional-cognitive-behavioral intervention model and compare it with a patient-oriented cognitive-behavioral intervention model on improving the quality of the relationship between couples in women suffering from rheumatoid arthritis.

Methods: The research design was quasi-experimental with a pre-test, a post-test and 3 months of follow-up. The research samples consisted of 90 women with rheumatoid arthritis participated in this study through judgmental sampling. They were assigned to three groups including couple-oriented group, patient-oriented group and control group. The data was gathered through Golombok -Rust Inventory of Marital State (GRIMS) that was filled by participations at the pre-test, post-test and follow-up after 3 months. The inflammatory marker CRP levels were also measured through blood tests before and after interventions. The experimental groups participated in couple-oriented intervention (7 sessions with couples) and patient-oriented (7 sessions only with patients) and the control group remained on the waiting list. Data was analyzed using repeated measures multivariate analysis of variance (MANOVA) and Post hoc test through SPSS16.

Results: Despite the effectiveness of both types of intervention, the couple-oriented intervention had more effect size (d = 0.20) compared with patient-oriented intervention (d=0.06) on the quality of the marital relationship even in three-month follow-up. Despite the reduction of inflammatory marker CRP levels in posttest, still there was no significant difference ($F_{(2,87)} = 0.33$; $p<0.71$) in the levels of the inflammatory marker in pre and posttests of the 3 groups.

Conclusion: The couple-oriented emotional cognitive-behavioral-intervention can be used as an effective intervention to improve marital state in patients with rheumatoid arthritis.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Couples-oriented intervention, Patient-oriented intervention, Marital relationship, Tehran.

▶ **Citation:** Besharat MA, Salehi M, Rostamian A, Ghorbani N. Comparing the Effectiveness of Couple-oriented Emotional-Cognitive-Behavioral Intervention and Patient-oriented Cognitive-Behavioral Intervention on Improving the Quality of Marital Relationship in Women with Rheumatoid Arthritis: A Pilot Study. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. Summer 2015; 3 (2): 95-104.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

مداخله شناختی ـ رفتاری ـ هیجانی

مقایسه اثربخشی مداخله شناختی ـ رفتاری ـ هیجانی زوج‌محور و مداخله بیمارمحور بر کیفیت رابطه زوجین در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید: یک مطالعه مقدماتی

محمدعلی بشارت
استاد گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
مریم صالحی
* دانشجوی دکترای روان شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
(نویسنده مسئول) salehi@yahoo.com_m۱
عبدالرحمن رستمیان
استادیار گروه روماتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نیما قربانی
دانشیار گروه روان شناسی ، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن خودایمنی است که علاوه بر عوارض جسمی می‌تواند منجر به تجربه افسردگی و اضطراب شود و اثرات آن می‌تواند به همسر و اعضای خانواده نیز گسترش یابد. هدف این پژوهش طراحی و آزمون اثربخشی یک الگوی مداخله شناختی-رفتاری-هیجانی زوج‌محور و مقایسه آن با یک الگوی شناختی- رفتاری بیمارمحور بر کیفیت رابطه زوجین در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع شبه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. تعداد ۹۰ نفر از زنان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید از طریق نمونه‌گیری قضاوتی در این پژوهش شرکت کردند و به صورت تصادفی به سه گروه مداخله زوج‌محور، مداخله بیمارمحور و یک گروه کنترل اختصاص یافتند. مقیاس وضعیت زناشویی گلومبک- راست (GRIMS) پیش، پس و نیز سه ماه پس از مداخله توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد و شاخص آنزیم التهاب (CRP) از طریق انجام آزمایش خون پیش و پس از مداخله سنجیده شد. گروه‌های آزمایش در برنامه مداخله زوج‌محور (۷ جلسه با حضور زوجین) و برنامه مداخله بیمارمحور (۷ جلسه صرفا حضور شخص بیمار) شرکت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری با رویکرد اندازه‌گیری مکرر همراه با آزمون تعقیبی و از طریق SPSS۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: علیرغم مؤثر بودن هر دو نوع مداخله، مداخله زوج‌محور (d=۰/۲۰) در مقایسه با مداخله بیمارمحور (d =۰/۰۶) دارای اندازه اثر بیشتری در کیفیت رابطه زناشویی بود و این تفاوت در پیگیری سه ماهه نیز پایدار بود. علیرغم کاهش آنزیم التهابی (CRP) در پس‌آزمون، تفاوت معناداری (۰/۳۳) (F= (۲,۸۷ ؛ p >۰/۷۱) بین سه گروه وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: مداخله شناختی – رفتاری - هیجانی زوج‌محور به عنوان مداخله‌ای مؤثر می‌تواند جهت بهبود کیفیت رابطه زوجین در بیماران آرتریت روماتوئید به کار گرفته شود.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه ها: آرتریت روماتوئید، مداخله زوج محور، مداخله بیمار محور، رابطه زناشویی، تهران.

◀ **استناد:** بشارت م ع، صالحی م، رستمیان ع، قربانی ن. مقایسه اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری-هیجانی زوج‌محور و مداخله بیمارمحور بر کیفیت رابطه زناشویی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید: یک مطالعه مقدماتی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. تابستان ۱۳۹۴؛۳ (۲): ۹۵-۱۰۴.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

مقدمه

آرتریت روماتوئید،[1] یک بیماری مزمن خودایمنی است که با حمله سلول‌های ایمنی به مفاصل، زردپی و استخوان‌ها منجر به التهاب و تورم بافت‌های مفصلی و تخریب آن‌ها می‌شود. در مراحل پیشرفته این بیماری، قلب، عروق و ریه‌ها نیز درگیر می‌شوند (۱). این بیماری، پس از بیماری‌های قلبی دومین عامل ناتوانی شغلی در آمریکا است (۲). میانگین امید به زندگی در این بیماران ۳ تا ۷ سال کمتر از دیگر افراد است (۳). بیماری آرتریت روماتوئید به عنوان یک بیماری مزمن، علاوه بر درد، محدودیت های حرکتی و ناتوانی، می تواند منجر به تجربه افسردگی و اضطراب شود و اثرات آن می تواند به همسر و اعضای خانواده نیز گسترش یابد (۴).

در واقع شروع یک بیماری مزمن و کاهش سلامت جسمانی، تهدیدی بالقوه برای کیفیت زندگی زناشویی زوجین است. احتمال دارد بیماری، تعادل زوجی را متاثر سازد و زوجین را به بازنگری مجدد درباره ساختار و محتوای رابطه وادار کند (۵). زوجینی که با یک بیماری پیچیده مواجه هستند، ممکن است از طریق بازسازی مجدد نقش های زوجی و تعامل مشارکتی در نگهداری تعادل رابطه موفق شوند، اما مشکلات مراقبت می تواند منجر به تعارضات زوجی و ناکامی گردد (۶). در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید به دنبال ناتوانی در ایفای نقش‌ها و مسئولیت‌های سابق احساسات ناامنی همراه با شرمندگی و احساس گناه افزایش می یابد و احساس بی‌کفایتی و نیاز مداوم به عذرخواهی، در یک چرخه معیوب رشد می‌کند (۷). مطالعه ۳۳ فرد مبتلا به آرتریت روماتوئید و همسرشان نشان داد که این بیماران و همسرانشان نگرانی های مشابهی داشتند مثل خستگی، نگرانی از آینده، نگرانی از مسوولیت مراقبت از بیمار و تقاضاهایی که از همسر بیمار وجود دارد (۸).

چندین الگوی مداخله شناختی-رفتاری به صورت بیمارمحور و نیز خانواده/زوج محور جهت کاهش تأثیرات بیماری در ابعاد روان‌شناختی و خانوادگی برای افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید مطرح شده است. در الگوهای بیمارمحور، که صرفا به آموزش فرد بیمار می پردازد، اغلب مداخلات شناختی-رفتاری عمدتاً بر هدف‌گذاری، مدیریت استرس و درد، کنترل افکار منفی، حل مساله، انحراف توجه، نگرش‌های ناکارآمد و مهارت‌های مقابله و آرامش‌آموزی (۹)، فرایند ایجاد خودکارآمدی، تسلط بر مهارت، الگوسازی، تفسیر مجدد نشانگان و ترغیب انجام رفتار خودمدیریتی (۱۰) تاکید کرده اند. بسیاری از مداخلات شناختی- رفتاری بیمارمحور نشان داده اند که در بهبود کارآمدی مقابله، کاهش درد و ناتوانی و افسردگی مؤثر ند و دارای پیامدهای مثبتی برای افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید هستند (۱۱-۱۵). علیرغم دستاوردهای مثبت مداخلات بیمارمحور، سایر مطالعات نشان داده اند که سازگاری و مقابله کارآمد در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید با نگرش همسر و حمایتی بودن آنان مرتبط است. در افراد دارای همسران خرده‌گیر رفتارهای مقابله ناکارآمد بیشتر مشاهده می‌شود (۱۶) و پاسخ های همدلانه همسر به عنوان سپری در مقابل اثرات منفی افسردگی همسر، بر پیامدهای عملکردی و زناشویی برای بیماران آرتریت روماتوئید اثرگذار است (۱۷). بنابراین، بیماری آرتریت روماتوئید علاوه بر ظرفیت عملکرد و توانایی های فردی بیمار، می تواند روابط بین فردی و کیفیت زندگی زناشویی را به صورت تعاملی متاثر سازد و بایستی به مداخلات خانواده‌محور و یا زوج‌محور توجه شود.

مداخلات خانواده/زوج‌محور اندکی در حیطه بیماری آرتریت روماتوئید طراحی شده است که اجرای پروتکل درمان شناختی-رفتاری بیمارمحور همراه با حضور همسر یا یکی از اعضای خانواده (۱۸) آموزش رفتاردرمانی و توجه مشروط اعضای خانواده هنگام بروز رفتارهای درد در بیمار و ارائه حمایت اجتماعی (۱۹) از جمله این مداخلات است. هرچند که فراتحلیل ۲۵ مطالعه درباره نتایج مداخلات زوج محور در بیماری‌های مزمن جسمی ازجمله آرتریت روماتوئید نشان می‌دهد که این مداخلات اثر مثبت معناداری بر نشانگان افسردگی بیمار، کارکرد زناشویی و نیز درد داشته است و مؤثرتر از مداخلات روانی اجتماعی برای صرفا فرد بیمار است (۲۰)، باید گفت که نتایج

1. Rheumatoid Arthritis (RA)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

مطالعات مداخلات خانواده محور /زوج محور درباره بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید همخوانی ندارد. به عنوان مثال، ریمسما و همکاران (۲۱) در تحقیق خود روی ۲۱۸ نفر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان دادند که شرکت اطرافیان مهم بیمار در دوره آموزشی نه تنها مثبت نیست بلکه در مقایسه با گروه گواه و گروه مداخله بیمارمحور اثر منفی دارد و موجب افزایش خستگی و کاهش خودکارآمدی بیمار می‌شود. مطالعه دیگری نشان داد که شرکت همسر فرد مبتلا به آرتریت روماتوئیددر جلسات آموزشی گروه درمانی شناختی- رفتاری، در مقایسه حضور بیماران به تنهایی در جلسات، نه تنها مفید نیست بلکه پس از پایان مداخله موجب کاهش میزان حمایت اجتماعی دریافتی بیماران کمتر شده است؛ هرچند که در پیگیری شش ماه بعد، گروهی که با همسران خود در جلسات حضور یافته بودند، صرفا، از نظر ارتباط با همسر درباره مسائل بیماری شان، وضعیت بهتری داشتند (۲۲). از طرف دیگر، مداخلات زوج‌محور اندازه اثر پایینی دارند. بنابر این، باید در چنین مداخلاتی تأثیر همسر بر رفتارهای سلامت بیمار، تعارضات ارتباطی، حمایت زوجی یا کیفیت زناشویی تمرکز شود. جهت گیری تحقیقات آینده نیز باید، مقایسه مداخلات زوج محور با مداخلات بیمارمحور مبتنی بر شواهد، و ارزیابی مکانیزم‌های تغییر باشد (۲۰).

نبودن تعریف عملیاتی مداخله مطابق ساختار نظری مناسب، کم توجهی به تأثیر بیماری بر روابط و نقش های زوجی، الگوهای تعاملی و نیز مشکلات احتمالی در حوزه روابط جنسی از جمله خلاهای پژوهشی موجود در حوزه مداخلات روان شناختی برای افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید و خانواده های آنان است و توجه به جنبه های شناختی – رفتاری – هیجانی در زوجین و بررسی اسنادهای زوجین، تعاملات رفتاری منفی، چگونگی ابراز هیجانات مرتبط با بیماری و نیز حوزه هایی از زندگی مشترک که تحت تأثیر بیماری قرار گرفته اند (مثل کیفیت زندگی، نقش ها و مسوولیت ها و در مجموع رضایت زناشویی) ضروری است. بنابر این، هدف پژوهش حاضر، طراحی و آزمون اثربخشی یک مداخله شناختی-رفتاری-هیجانی زوج‌محور بر کاهش مشکلات زناشویی و افزایش کیفیت رابطه زوجی در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید است. فرضیه های پژوهش حاضر به شرح ذیل هستند:

۱. میزان اثربخشی الگوی شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور در مقایسه با الگوی مداخله شناختی-رفتاری بیمار محور در بهبود کیفیت رابطه زوجین بیماران آرتریت روماتوئید بیشتر است.

۲. میزان اثربخشی الگوی شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور در مقایسه با الگوی مداخله شناختی-رفتاری بیمار محور در کاهش آنزیم التهابی CRP بیماران آرتریت روماتوئید بیشتر است.

مواد و روش‌ها

نوع پژوهش: این مطالعه به دلیل بررسی تأثیر دو روش مداخله شناختی – رفتاری – هیجانی زوج‌محور و مداخله شناختی-رفتاری بیمارمحور، کاربردی و نیز از نوع شبه‌آزمایشی است. به این معنا که در آن انتخاب شرکت‌کنندگان تصادفی نبوده است بلکه صرفاً گمارش آن‌ها به گروه‌های آزمایشی و گواه به صورت تصادفی انجام شده است. برای کارآزمایی بالینی در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه استفاده شد.

شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از:

الف) دریافت تشخیص آرتریت روماتوئید توسط متخصص روماتولوژی؛ ب) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ج) متأهل بودن؛ د) داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل؛ و هـ) نداشتن بیماری روانپزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. معیارهای اخلاقی مد نظر در این پژوهش عبارت بودند از رازداری، توجه به آسیب‌ندیدن شرکت‌کنندگان بر اثر مداخله، قطع مداخله به محض بروز احتمال آسیب و نهایتاً مجاز بودن شرکت‌کنندگان به انصراف.

جامعه آماری و نمونه: جامعه آماری شامل کلیه بیماران آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران و نیز دو مطب خصوصی در شهر تهران (واقع در شمال شرقی و نیز مرکز شهر) بود. نمونه‌گیری

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

به شیوه قضاوتی انجام شد. نمونه اولیه شامل ۱۵۰ نفر بود که تعداد ۴۱ نفر به دلیل انطباق نداشتن ساعت کلاس با برنامه آنان، دوری مسیر، رضایت‌نداشتن همسر جهت شرکت در دوره و غیره از شرکت در پژوهش انصراف دادند. تعداد ۱۹ نفر نیز به دلیل شرکت نکردن در همه جلسات، پاسخ ناقص به پرسشنامه و یا دسترسی‌نداشتن به آنان در مرحله پیگیری از تحلیل آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونهٔ پژوهش به ۹۰ نفر تقلیل یافت و به صورت تصادفی به سه گروه اختصاص داده شدند: دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه. گروه آزمایشی اول (مداخله زوج محور) شامل ۳۰نفر، گروه آزمایشی دوم شامل (مداخله بیمارمحور) ۲۹ نفر و گروه گواه شامل ۳۱ نفر بود. جلسات مداخله برای گروه زوج‌محور به صورت ۱۴ تا ۱۶ نفره برگزار گردید و جلسات گروه بیمارمحور بین ۱۴ تا ۱۵ نفره اجرا شد. گروه‌ها عبارت بودند از:

۱. **گروه آزمایشی مداخله شناختی-رفتاری-هیجانی زوج‌محور:** شرکت در ۶ جلسه مداخله شناختی-رفتاری-هیجانی زوج‌محور توسط بیمار و همسر و به دلیل رعایت حریم افراد و مسایل فرهنگی، یک جلسه به صورت جداگانه برای زنان و مردان تشکیل شد تا افراد بتوانند بدون دغدغه و شرم از حضور جنس مخالف به طرح نظر و سوالات خود درباره مشکلات جنسی بپردازند.

۲. **گروه آزمایشی مداخله شناختی-رفتاری بیمارمحور:** شرکت در ۷ جلسه مداخله شناختی-رفتاری صرفا توسط شخص بیمار و بدون حضور همسر.

۳. **گروه گواه:** دوبار تماس تلفنی و احوال‌پرسی (جهت کنترل سوگیری حمایت اجتماعی.

محتوای آموزشی: مداخله شناختی-رفتاری- هیجانی زوج‌محور شامل این موارد بود: ۱) آشنایی با بیماری آرتریت روماتوئید، ۲) شناسایی الگوهای تعاملی ناکارآمد زوجین در حیطه بیماری و ایجاد الگوهای تعاملی انطباقی؛ ۳) مهارت شناسایی و مدیریت هیجان‌های منفی مرتبط با بیماری؛ و ۴) بهبود کیفیت رابطه جنسی. محتوای جلسات گروه آزمایشی زوج محور در جدول ۱ نشان داده شده است. محتوای دوره شناختی - رفتاری بیمارمحور برگرفته از برنامه خودمدیریتی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (۱۴) است که تأثیرات مثبت این مداخله حتی تا پنج سال نیز حفظ شده است. محتوای دوره شامل: ۱) مهارت حل مساله، ۲) مهارت جرئت ورزی، ۳) آرامش‌آموزی، ۴) فنون مدیریت درد و انحراف توجه، ۵) چالش با شناخت و باورهای ناکارآمد، و ۶) مدیریت زمان است. محتوای جلسات در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱. طرح مداخله شناختی-رفتاری- هیجانی زوج‌محور

جلسه	محتوا
۱	آشنایی با بیماری آرتریت روماتوئید؛ آموزش منطق درمان شناختی - رفتاری - هیجانی
۲	تأثیر بیماری بر ارتباط زوجین و نقش‌ها؛ بررسی الگوهای تعاملی زوجین؛ علیت چرخشی در تعارضات زناشویی
۳	اهمیت رابطه جنسی؛ تغییرات رابطه جنسی بعد از بیماری؛ شناسایی نگرش‌های مشکل‌ساز نسبت به فعالیت جنسی: موضوع زنانگی-مردانگی، ایفای نقش ناتوان یا بیمار؛ نگرانی درباره جذابیت؛ پیش‌بینی درد
۴	بررسی جنبه های مثبت و جنبه های منفی رابطه زناشویی و نیز روابط جنسی و هیجانات مربوطه؛ چالش با انتظارات و اسنادهای ناکارآمد زوجین
۵	آموزش خیال‌پردازی، آرامش‌آموزی؛تصور بدنی مثبت
۶	آموزش فنون سکس‌تراپی (این جلسه به صورت تک جنسیتی برگزار شد)
۷	جمع‌بندی، مدیریت عود

جدول ۲. برنامه مداخله درمان‌شناختی - رفتاری بیمارمحور

جلسه	محتوا
۱	آشنایی با بیماری روماتوئید آرتریت؛ آموزش منطق درمان، هدف‌گذاری، رابطه هیجانات با درد
۲	آرامش‌آموزی مختصر، فنون انحراف توجه، تغییر شکل تصوری درد
۳	چالش با باورهای ناکارآمد مرتبط با بیماری، خودگویی مثبت مقابله‌ای
۴	مهارت حل مساله
۵	شناخت‌درمانی، افکار خودآیند، مدیریت زمان. برنامه‌ریزی برای فعالیت لذت‌بخش درجه‌بندی‌شده
۶	شناسایی نگرش‌های مشکل‌ساز، مهارت جرئت‌ورزی
۷	جمع‌بندی، مدیریت عود

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

ابزار سنجش: اولین ابزار مورد استفاده پرسشنامه وضعیت زناشویی گلومبوک- راست[1] بود. این پرسشنامه (۲۳) یک مقیاس ۲۸ سؤالی است. پرسش‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از نمره صفر تا سه در زمینه میزان حساسیت[2] و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد،[3] وفاداری،[4] مشارکت،[5] همدردی،[6] ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت[7] و همدلی زوجین می‌سنجد. حداقل نمرهٔ آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۸۴ است. نمره بالا به معنی شدت مشکلات زناشویی و نمره پایین به معنی پایین بودن میزان مشکلات زناشویی و خوب بودن کیفیت رابطه زناشویی است. فرم فارسی این پرسشنامه نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای نمونه‌ای از زن‌ها و ۰/۹۴ برای شوهرها محاسبه شد که نشانهٔ همسانی درونی بالای پرسشنامه است (۲۴). ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی با در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی با r = ۰/۷۷، آزمودنی‌های زن r ۰/۷۳ = و آزمودنی‌های مرد r = ۰/۷۵ نشانهٔ پایایی باز آزمایی خوب پرسشنامه است. ابزار دیگر شامل سنجش شاخص پاراکلینیکی میزان میزان پروتئین واکنشی سی[8] از طریق آزمایش خون است. سرم CRP یکی از پروتئین‌های مرحله حاد[9] است که عمدتاً توسط کبد در پاسخ به اینترلوکین شش (IL-۶) ساخته می‌شود (۲۵) و مفیدترین نشانگر بیوشیمیایی برای ارزیابی فعالیت التهابی (۲۶) و فعالیت بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به شمار می‌رود (۲۷). کلیه شرکت‌کنندگان در سه زمان به پرسشنامه ها پاسخ دادند و نیز جهت بررسی شاخص التهاب یعنی آنزیم CRP از کلیه شرکت‌کنندگان پیش و پس از مداخله آزمایش خون به عمل آمد.

روش تجزیه‌وتحلیل آماری: به دلیل داشتن سه گروه نمونه و وجود سه نوبت اندازه‌گیری (پیش‌آمون، پس‌آزمون و پیگیری) تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری با رویکرد اندازه‌گیری مکرر همراه با آزمون تعقیبی و از طریق SPSS۱۶ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سن کل آزمودنی‌ها ۴۴/۵ سال با انحراف معیار ۶/۷ بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی هر سه گروه نمونه در جدول ۳ آورده شده است. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض برقرار بودن کرویت (یعنی برابر بودن واریانس تفاوت تمام زوج‌های اندازه‌گیری مکرر) با انجام آزمون موخلی بررسی شد. معنادارشدن آماره موخلی ($\chi 2= 298.834; df= 2; P>0.001$) نشان داد که پیش‌فرض کرویت برقرار نیست و بنابر این درجات آزادی تعدیل شده گرین هاووس- گیسر، مبنای گزارش مقدار F قرار گرفت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سه گروه بر حسب سن، مدت ازدواج و بیماری

متغیر	بیمارمحور		زوج محور		کنترل			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۳/۲۴	۷/۹۶	۴۷/۲	۸/۶۳	۴۳/۲۲	۳/۶۴
مدت ازدواج	۲۱/۶۵	۶/۸۴	۲۴/۷	۸/۵	۲۱/۹	۵/۱۹
مدت بیماری	۴/۷۹	۳/۱۹	۵/۵۳	۵/۱	۵/۴۵	۲/۶۱

جدول ۴ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر دروضعیت زناشویی را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه نشان می‌دهد. بر این اساس، بین نمرات وضعیت زناشویی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ($F_{(1.04,90.66)} = 6.02; p<0.05$)بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنادار وجود دارد. هم چنین روند تغییر نمرات وضعیت زناشویی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری (تعامل زمان و گروه) در سه گروه زوج محور، بیمارمحور و گواه تفاوت معناداری ($F_{(2.08,90.66)} =10.73 \quad p<0.05$) داشته است.

1. Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS)
2. sensitivity
3. commitment
4. loyalty
5. cooperation
6. sympathy
7. intimacy
8. C-Reactive Protein (CRP)
9. Acute Phase Proteins

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

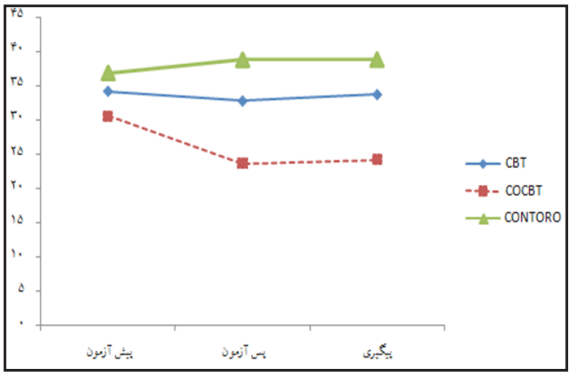
جدول ۴. میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در کیفیت رابطه زناشویی سه گروه زوج محور، بیمار محور و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
	M	SD	M	SD	M	SD								
بیمارمحور	۳۴/۲	۱۳/۱۷	۳۲/۷۹	۱۲/۹۵	۳۳/۷۲	۱۲/۰۵	زمان	۲۲۱/۴	۱/۰۴	۲۱۲/۵۱	۶/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۶۵	۰/۶۹۲
زوج محور	۳۰/۵۶	۱۱/۲۵	۲۳/۶۶	۸/۲۴	۲۴/۱۳	۸/۴۷	تعامل زمان و گروه	۷۸۹/۵	۲/۰۸	۳۷۸/۸۳	۱۰/۷۳	۰/۰۰	۰/۲۰	۰/۹۹۰
گواه	۳۶/۸۳	۸/۱۲	۳۸/۸	۶/۲۲	۳۸/۸۳	۶/۲۱	خطا (زمان و تعامل با گروه)	۳۲۰۰/۵	۹۰/۶۶	۳۵/۳				
کل	۳۳/۹	۱۱/۱۷	۳۱/۸۲	۱۱/۳	۳۲/۲۸	۱۰/۹۶								

جدول ۵ تفاوت دو به دوی گروه‌ها را در سه مرحله پیش آزمون، پس آمون و پیگیری نشان می‌دهد. طبق جدول ۵، هر دو نوع مداخله در مقایسه با گروه گواه، تأثیر معنی‌داری در بهبود وضعیت زناشویی داشته اند ولی تنها در مداخله زوج محور این تفاوت معناداردر پیگیری سه ماهه پایدار مانده است. هم چنین، دونوع مداخله هم از پیش آزمون به پس آزمون و هم از پیش آزمون به پیگیری تفاوت معناداری با یکدیگر داشته اندکه بر حسب میانگین ها، این تفاوت به نفع مداخله زوج محور است. اندازه اثر گروه آزمایشی زوج محور (d=۰/۲۰) و گروه بیمارمحور (d=۰/۰۶) بود. به این ترتیب، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه میزان اثربخشی مداخله زوج‌محور در کاهش مشکلات زناشویی بیش از مداخله بیمارمحور است، تأیید می‌شود. نمودار ۱ میانگین نمرات وضعیت زناشویی در سه گروه زوج‌محور، بیمارمحور و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد و مطابق آن، بیشترین کاهش مشکلات زناشویی در مرحله پس آزمون در گروه زوج‌محور بود.

جدول ۵. آزمون مقابله ها جهت مقایسه سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کیفیت رابطه زناشویی

گروه	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
زوج‌محور و بیمارمحور	پیش - پس آزمون	۴۴۳/۸۲۵	۱	۴۴۳/۸۲۵	۶/۱۶۸	۰/۰۱۶
	پیش آزمون- پیگیری	۵۲۲/۱۳۸	۱	۵۲۲/۱۳۸	۶/۸۸۵	۰/۰۱۱
زوج‌محور و گواه	پیش - پس آزمون	۱۱۹۸/۸۹۰	۱	۱۱۹۸/۸۹۰	۲۲/۰۲۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون- پیگیری	۱۰۸۴/۳۰۵	۱	۱۰۸۴/۳۰۵	۱۸/۸۴۲	۰/۰۰۱
بیمارمحور و گواه	پیش- پس آزمون	۱۷۱/۳۳۱	۱	۱۷۱/۳۳۱	۵/۱۰۱	۰/۰۲۸
	پیش آزمون- پیگیری	۹۲/۳۵۹	۱	۹۲/۳۵۹	۲/۷۴۰	۰/۱۰۳



نمودار ۱. میانگین نمرات کیفیت رابطه زناشویی در سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین CRP سه گروه زوج‌محور، بیمارمحور و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین نمرات CRP در پیش‌آزمون، پس‌آزمون (بدون توجه به عامل گروهی) تفاوت معنادار وجود دارد ($F_{(1,87)}$=33.07; p<0.01)ولی تعامل زمان و گروه معنادارنیست ($F_{(2,87)}$ =0.33; p<0.71)در نتیجه تفاوت معناداری بین سه گروه در سه مرحله وجود ندارد. بنابر این، فرضیه اثربخشی بیشتر مداخله زوج‌محور بر آنزیم التهابی CRP تایید نمی شود.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای مقایسه میانگین CRP سه گروه زوج محور، بیمارمحور و گواه و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
	M	SD	M	SD								
بیمارمحور	۸/۹۶	۱۲/۰۱	۳/۸۲	۶/۶۳	زمان	۹۲۱/۰۸	۱	۹۲۱/۰۹	۳۳/۰۷	۰/۰۰	۰/۲۷	۱
زوج‌محور	۷/۱	۸/۱۹	۳/۴۶	۵/۳	تعامل زمان و گروه	۱۸/۶۰	۲	۹/۳	./۳۳۴	۰/۷۱	۰/۰۰۸	۰/۱۰
گواه	۹/۳۸	۱۱/۳۵	۴/۵۸	۵/۶۸	خطا (زمان و تعامل با گروه)	۲۴۲۲/۶	۸۷	۲۷/۸۴۶				
کل	۸/۴۸	۱۰/۵۷	۳/۹۶	۵/۸۴								

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری زوج‌محور در مقایسه با مداخله شناختی-رفتاری بیمارمحور دارای اندازه اثر بیشتری در بهبود کیفیت رابطه زوجین بوده و تأثیرات آن در دوره پیگیری سه ماهه نیز پایدار بوده است. بنابراین، فرضیه اول پژوهش تایید شد. برتری مداخله زوج‌محور با نتایج مطالعات زیر همخوانی دارد. مرور ۳۰ مطالعه و بررسی تأثیر رفتارهای خاص اعضای خانواده و الگوهای ارتباطی بر خودمدیریتی بیماری‌های مزمن و نتایج بالینی آن در بیماری‌های آرتریت، قلبی عروقی، دیابت و کلیه نشان داد که تاکید خانواده بر اتکا به خود،[1] پیشرفت شخصی، انسجام خانوادگی[2] و پاسخ‌های توجه‌آمیز به نشانگان بیماری مرتبط است با پیامدهای بهتر برای بیمار و در مقابل، پاسخ‌های انتقادی، فزون حمایت‌گرانه، کنترل‌گرانه و پرت‌کننده حواس، به مدیریت بیماری، با پیامدهای منفی برای بیمار مرتبط است (۲۸). هم‌چنین، فراتحلیل ۱۲ مطالعه تصادفی کنترل شده درباره بیماران آرتریت روماتوئید نشان داد که در پنج مطالعه رویکرد درمان زوج محور مزایای معناداری در مقایسه با رویکرد درمانی بیمار محور داشت و فقط یک مطالعه برتری مداخله بیمار محور را نشان داد (۲۹). هرچند که در مطالعه دیگری درباره تفاوت درمان زوج‌محور و بیمارمحور و حمایتی در آرتروز زانو، تفاوت معناداری در پیامد درمانی دو گروه به دست نیامد. با این حال، گروه بیمارمحور در شش ماه آینده، بهبودی عملکرد و کاهش درد داشتند و گروه زوج‌محور در ۶ ماه آینده، کاهش افسردگی و نگرش ناخوشایند (تأثیر غیرمستقیم زوج‌درمانی) داشتند. پاسخ حمایتی همسر با خشم و تحریک‌پذیری کمتر زوجین، حمایت زوجی بالاتر و پاسخ انحرافی بیشتر نسبت به درد همراه بود (۳۰). به‌علاوه، نتایج این پژوهش با مطالعات ونلانک‌ولد و همکاران (۲۱) و ریمسما و همکاران (۲۲) مبنی بر تأثیر منفی مداخلات زوج محور در بیماری آرتریت روماتوئید همخوانی ندارد. دلیل احتمالی این ناهمخوانی آن است که در پژوهش‌های مزبور از محتوای آموزشی خاصی برای افراد مهم زندگی بیمار استفاده‌نشده است؛ بلکه همسر یا یکی از اعضای خانواده بیمار، صرفاً در جلسات مربوط به بیمار شرکت کرده است. یکی از تبیین‌های مطرح برای مؤثرتر بودن مداخله زوج‌محور آن است که این مداخله از طریق تغییر میزان برازش[3] بین تقاضاهای روانی اجتماعی این بیماری و سبک عملکرد خانواده منجر به بهبود وضعیت زناشویی شده است که خود تاییدی است بر رویکرد سیستم‌های خانواده – بیماری (۳۱). این الگو مبتنی بر مفهوم تعامل سیستمی بین یک بیماری و خانواده است که در طی زمان نمو می‌یابد و میزان برازش بین تقاضاهای روانی اجتماعی این بیماری، سبک عملکرد خانواده و نیز منابع، تعیین‌کننده اولیه موفقیت در مقابله و یا انطباق ناکارآمد خواهد بود.

از طرف دیگر، از آنجا که حمایت اجتماعی یکی از پیشایندهای مقابله مؤثر با بیماری آرتریت روماتوئید است و بر

1. self - reliance
2. family cohesion
3. fit

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

ارزیابی درماندگی تأثیر می‌گذارد (۳۲) و می‌تواند میزان فعالیت بیماری آرتریت روماتوئیدرا در ۳ تا ۵ سال بعد از تشخیص اولیه بیماری پیش‌بینی کند (۱۱). مداخله زوج‌محور از طریق افزایش حمایت اجتماعی منجر به کاهش احساس درماندگی و بهبود وضعیت زناشویی شده است. تبیین احتمالی دیگر آن است که بهبود رابطه جنسی از طریق توجه به هیجانات و فنون سکس‌تراپی منجر به بهبود وضعیت زناشویی شده باشد. از طرف دیگر، با توجه به این که اندازه اثر مداخله شناختی-رفتاری- هیجانی زوج محور (d=۰/۲۰) در حد کم طبقه‌بندی می‌شود، بایستی از طریق افزایش تعداد جلسات آموزشی و اضافه کردن مهارت های ارتباطی بر میزان اندازه اثر افزود.

از نظر شاخص آنزیم التهابی CRP تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود نداشت؛ که نشان‌دهنده عدم تأثیر دو نوع مداخله روان‌شناختی بر فعالیت دستگاه ایمنی و آنزیم التهابی است؛ بنابر این، فرضیه دوم پژوهش تایید نمی‌شود. با این حال، میزان آنزیم مزبور در همه گروه‌ها در پس‌آزمون کاهش یافته است که حاکی از تأثیر مصرف داروهای تجویزی است.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر مداخله زوج محور از طریق تاکید بر علیت چرخشی و بافت رابطه در مشکلات بین زوجین، کاهش مشکلات جنسی و تصحیح اسنادهای ناکارآمد موجب بهبود کیفیت رابطه زوجین شده است. بنابر این، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره نمود. در سطح عملی و بالینی، تهیه و اجرای برنامه‌های مداخلات شناختی- رفتاری – هیجانی زوج‌محور درباره بیماری آرتریت روماتوئید می‌تواند منجر به بهبود کیفیت رابطه زناشویی این بیماران شده و سازگاری با بیماری را هم در سطح فردی و زوجی افزایش دهد. اجرای چنین مداخلاتی می‌تواند به عنوان درمان الحاقی در کاهش تأثیرات خانوادگی این بیماری مؤثر باشد. در سطح نظری نیز یافته‌های پژوهش حاضر ضمن حمایت از نظریه‌های شناختی – رفتاری بر مؤثر تر بودن رویکردهای زیستی – روانی – اجتماعی و سیستمی تاکید می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی بودن پژوهش و تک‌جنسیتی بودن نمونه آماری پژوهش (زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید) است که می‌تواند مشکلاتی را در تعمیم جنسیتی داده‌ها مطرح می‌کند.

سپاسگزاری

از افرادی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند، از اساتید و کارکنان محترم درمانگاه روماتولوژی مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) و اساتید و متخصصان محترمی که صمیمانه و خالصانه در این پژوهش با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Freeman DL. Harrison›s principles of internal medicine. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2001;286(8):971-2.View Link
2. Chung CP, Sokka T, Arbogast PG, Pincus T. Work disability in early rheumatoid arthritis: higher rates but better clinical status in Finland compared with the US. Annals of the Rheumatic Diseases. 2006; 65 (12): 1653-1657. Abstract
3. Landi F, Liperoti R, Russo A, Capoluongo E, Barillaro C, Pahor M, et al. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. Journal of clinical epidemiology. 2010;63(7):752-9.Abstract/FREE Full Text
4. Gettings L. Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of the literature. Musculoskeletal Care. 2010; 8 (2) : 99-106. Abstract
5. Korporaal M, Van Groenou MI, Tilburg TG. Health Problems and Marital Satisfaction among Older Couples. Journal of Aging and Health. 2013; 25 (8): 1279-1298. Abstract
6. Radcliffe E, Lowton K, Morgan M. Co-construction of chronic illness narratives by older stroke survivors and their spouses. Sociology of Health & Illness. 2013; 35 (7): 993-1007. Abstract/FREE Full Text
7. Sperry L. Treating Patients With Arthritis: The Impact of Individual, Couple, and Family Dynamics. The Family Journal. 2009;17(3):263-6. Abstract
8. Foxall MJ, Kollasch C, McDermott S. Family stress and coping in rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism. 1989;2(4):114-21.Abstract
9. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Allard S. Long-

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]

arthritis. Behavior Therapy. 1993;23(1):13-30.Abstract
21. Martire LM, Schulz R, Helgeson VS, Small BJ, Saghafi EM. Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. Annals of behavioral medicine. 2010;40(3):325-42.Abstract/FREE Full Text
22. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker, HJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Reviews. 2003 (2). Abstract
23. van Lankveld W, van Helmond T, Näring G, de Rooij DJ, van den Hoogen F. Partner participation in cognitive-behavioral self-management group treatment for patients with rheumatoid arthritis. The Journal of rheumatology. 2004;31(9):1738-45.Abstract
24. Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The Golombok Rust inventory of marital state (GRIMS). Sexual and Marital Therapy. 1986;1(1):55-60.Abstract
25. Besharat MA. A preliminary study on the psychometric properties of Golombok-Rust Inventory of Marital Status. Research Report. University of Tehran.
26. Libby P, Ridker PM, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis. Circulation. 2002;105(9):1135-43. Abstract/FREE Full Text
27. Razeghi E, Parkhideh S, Ahmadi F, Khashayar P. Serum CRP levels in pre-dialysis patients. Renal failure. 2008;30(2):193-8. Abstract
28. Yildirim K, Karatay S, Melikoglu MA, Gureser G, Ugur M, Senel K. Associations between acute phase reactant levels and disease activity score (DAS28) in patients with rheumatoid arthritis. Annals of Clinical & Laboratory Science. 2004;34(4):423-6.Abstract
29. Martire LM, Schulz R, Keefe FJ, Rudy TE, Starz TW. Couple-oriented education and support intervention: Effects on individuals with osteoarthritis and their spouses. Rehabilitation Psychology. 2007;52(2):121.Abstract
30. Martire LM, Schulz R, Keefe, FJ, Rudy TE, Starz, TW. Couple-oriented education and support intervention for osteoarthritis: Effects on spouses' support and responses to patient pain. Families, Systems & Health. 2008; 26 (2): 185-195. Abstract
31. Rolland JS. Mastering family challenges in serious illness and disability. Normal family processes. 1993:444-73. Abstract/FREE Full Text
32. Smith CA, Wallston KA. Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. Health Psychology. 1992; 11 (3): 151-162. Abstract
term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. Rheumatology. 2003;42(3):435-41. Abstract
10. Vahedian-Shahroodi M, Elaheh L-m, Esmaily H, Tehrani H, Hamidreza M-H. Prediction of Osteoporosis Preventive Behaviors using the Health Belief Model. Iranian Journal of Health Education & Promotion. 2014;2(3):199.. Abstract/FREE Full Text
11. Evers AW, Kraaimaat FW, van Riel PL, de Jong AJ. Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. Pain. 2002;100(1):141-53. Abstract/FREE Full Text
12. Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, Mcdaniel LK, et al. Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. treatment outcome and six-month followup. Arthritis & Rheumatism. 1987;30(10):1105-14. Abstract
13. Zautra AJ, Davis MC, Reich JW, Nicassario P, Tennen H, Finan P, et al. Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(3):408.Abstract
14. Sharpe L, Allard S, Sensky T. Five-year followup of a cognitive–behavioral intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: Effects on health care utilization. Arthritis Care & Research. 2008;59(3):311-6. Abstract/FREE Full Text
15. Warsi A, LaValley MP, Wang PS, Avorn J, Solomon DH. Arthritis self-management education programs: A meta-analysis of the effect on pain and disability. Arthritis & Rheumatism. 2003; 48 (8): 2207-2213. Abstract/FREE Full Text
16. Manne SL, Zautra AJ. Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. Journal of personality and social psychology. 1989;56(4):608.Abstract
17. Stephenson E, DeLongis A, Esdaile JM, Lehman AJ. Depressive Symptoms and Rheumatoid Arthritis: Spouse Empathic Responding as a Buffer. Arthritis Care & Research. 2014; 66 (4): 532-541. Abstract/FREE Full Text
18. Rosland A-M, Heisler M, Piette JD. The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. Journal of behavioral medicine. 2012;35(2):221-39. Abstract/FREE Full Text
19. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. Arthritis & Rheumatism. 1993;36(4):439-46. Abstract
20. Radojevic V, Nicassio PM, Weisman MH. Behavioral intervention with and without family support for rheumatoid

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-03]