

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۲۱  
تاریخ بررسی مقاله: ۹۱/۱۱/۲۱  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۹/۳۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۲  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۰-۳، شماره‌ی ۲  
صص: ۱۹۳-۲۱۶

## اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی پسونریازیس

کیهان فتحی \*

مهناز مهربابی زاده هنرمند \*\*

یدالله زرگر \*\*\*

ایران داودی \*\*\*\*

نریمان شهبان \*\*\*\*\*

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری گروهی بر ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی پسونریازیس در بیماران زن مبتلا به پسونریازیس شهر اهواز بود. در این پژوهش برای انتخاب شرکت کنندگان، از نمونه در دسترس استفاده گردید، بدین صورت که از ۵۱ نفر داوطلب جهت شرکت در پژوهش، ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و گواه) ۱۶ نفری گماشته شدند. همه‌ی شرکت کنندگان به پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری، شاخص کیفیت زندگی اسکیندکس ۱۶، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی و شاخص وسعت و شدت پسونریازیس پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش مدیریت

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران (نویسنده مسئول)  
ke.fathi@gmail.com

\*\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران  
m\_mehrabizadeh@yahoo.com

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران  
Zargar\_y@scu.ac.ir

\*\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران

\*\*\*\*\* پزشک متخصص پوست و مو

استرس به شیوه شناختی- رفتاری گروهی قرار گرفت و سپس در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری مانکوا و آنکوا مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری گروهی به طور معنی‌داری ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت روان و علائم بالینی افراد گروه آزمایش را در مقایسه با گروه گواه، بهبود بخشیده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مدیریت استرس به شیوه شناختی- درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در کمک به بیماران مبتلا به پسوریازیس در کنترل علائم بالینی بیماری و همچنین کاهش پیامدهای بیماری پسوریازیس سودمند باشد.

**کلید واژگان:** مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی، علائم بالینی، پسوریازیس

## مقدمه

پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن، غیر قابل پیش‌بینی و دارای دوره عود کنندگی است (پتی، باکلریشنن، رپ، فلاشر و فلدمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). علائم و ضایعات پسوریازیس شامل پلاک‌های قرمز و پوسته‌دار با حاشیه مشخص است. اغلب با ضایعات، درد و خارش نیز همراه است. شیوع پسوریازیس در جهان بین ۱٪ تا ۳٪ گزارش شده، که در گروه‌های قومی مختلف، متفاوت است (مایرز، گوتلیب و میز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات با تکیه بر ارزیابی پراکندگی و شیوع بیماری پسوریازیس نشان داده‌اند که کشورهای اروپای غربی و اسکانندیناوی بیشترین شیوع پسوریازیس و کشورهای آسیای جنوب شرقی به خصوص ژاپن کمترین شیوع را دارا هستند (کریستوفرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). به طوری که در افراد سفید پوست (حدود ۲/۵ درصد) شایعتر از گروه‌های نژادی دیگر است. در ایالات متحده آمریکا و اروپا ۲٪ از افراد، مبتلا به این بیماری هستند و در چین فقط ۰/۳ درصد افراد مبتلا هستند (مایر و شتس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). یکی از پردردسرتین و رنج‌آورترین جنبه بیماری احساس فقدان کنترل بیماری توسط بیمار است، از این رو ضرورت دارد این بیماری با نگرشی جامع از نظر جسمی و روانی مورد بررسی قرار گیرد (لمب، فراید<sup>۵</sup> و فلدمن، ۲۰۰۴).

- 1- Pettey, Balkrishnan, Rapp, Fleischer, & Feldman
- 2- Myers, Gottlieb & Mease
- 3- Christophers
- 4- Meier & Sheth
- 5- Lamb & Fried

برخی از عواملی که باعث راه اندازی<sup>۱</sup> و تشدید پسوریازیس می‌شوند و همچنین در سبب شناسی آن مورد توجه قرار گرفته‌اند، شامل آسیب فیزیکی، عفونت، نژاد، محیط زیست، سبک زندگی، استرس، الکل، مواد مخدر، آب و هوا و غیره می‌باشد. برخی از تحقیقات رابطه قوی بین استرس و شدت پسوریازیس را نشان داده‌اند (فری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از ولدت و کالای<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). استرس یکی از مهم‌ترین عواملی است که هم در راه اندازی و تشدید پسوریازیس نقش دارد و هم به عنوان پیامد بیماری (ناشی از مشکلات درون فردی، برون فردی، شدت و طبیعت بیماری) در نظر گرفته شده است (ریچاردز، فورچون، گریفیث و مین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). بسیاری از داده‌ها اثر تعدیل کننده عوامل روانی را بر روی کارکرد سیستم عصبی مرکزی و سیستم ایمنی نشان می‌دهند (هارت، گیلر، کاسنیر و تاسک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). مکانیسم احتمالی که از طریق آن ممکن است استرس باعث تشدید علائم شود، به این صورت است که استرس باعث تغییر در عملکرد سیستم هموستاتیک<sup>۶</sup> می‌شود، در نتیجه مانع کنترل گسترش سیستم اپیدرمی<sup>۷</sup> خواهد شد (فری، ۲۰۰۴، به نقل از ولدت و کالای، ۲۰۱۰). همچنین ممکن است ترشح نوروپپتیدها<sup>۸</sup>، عملکرد سلول‌های ایمنی و کراتینوسیت‌های<sup>۹</sup> پوست را تحت تأثیر قرار دهد (پاپادوپولوس و والکر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از والکر و پاپادوپولوس، ۲۰۰۵). پیشنهاد شده است که علاوه بر شدت بیماری، ادراکات شناختی بیمار (باورهایی که به صورت ارزیابی منفی هستند و باورهای بیمار در مورد ارتباط بین استرس و تشدید بیماری) و تلاش برای رویارویی با بیماری (مانند مقابله اجتنابی و سرکوب احساسات) می‌تواند پسوریازیس را تحت تأثیر قرار دهد. تحقیقات در ارتباط با بیماری‌های مزمن دیگر نشان می‌دهند که پیامدهای روانشناختی و پزشکی تحت تأثیر باورهای بیماران در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماری‌شان همراه با سبک‌های مقابله‌ای آنها، می‌باشد

- 1- trigger
- 2- Fry
- 3- Vlaudt & Kallay
- 4- Richards, Fortune, Griffiths, & Main
- 5- Harth, Gieler, Kusnir, & Tausk
- 6- neuropeptides
- 7- epidermal
- 8- neurohormones
- 9- keratinocyte
- 10- Papadopoulos & Walker

(اسشارلو، کاپتین، ویزمن، برگمن، ورنر و روجینمنز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). به عنوان نمونه، نتایج پژوهش فورچون، ریچاردز، گریفیث و مین (۲۰۰۲) نشان داد که ادراک بیماری<sup>۲</sup> قویترین متغیر پیش‌بین استرس، کیفیت زندگی و پریشانی‌های مربوط به بیماری پسوریازیس است. پسوریازیس ممکن است حوزه‌های مختلفی از عملکرد بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. در ارتباط با آسیب‌های مربوط به عملکرد جسمانی می‌توان از درد و ناراحتی‌های جسمانی نام برد، که باعث اختلال در فعالیت‌های روزانه مثل استحمام، خواب، کار و روابط اجتماعی می‌گردد (کیمبال، جاکوبسن، وایز، ویرلند و وو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). در بیماری پسوریازیس مشکلات مربوط به کارکرد روانی اغلب با مفاهیم بهداشت روانی، سلامت هیجانی و تصویر خود ارتباط دارد. اغلب واکنش‌های هیجانی که بیماران پسوریازیس تجربه می‌کنند عبارتند از اضطراب، افسردگی، احساس شرم و گناه و درماندگی، که منشاء آنها به اشتغال ذهنی شدید و نگرانی در مورد بیماری مربوط است (کورت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از ولدت و کالای، ۲۰۱۰). علائم افسردگی در بیماران پسوریازیس با ناامیدی، انزوای اجتماعی و گرایش به خودآسیبی همراه است (ریچاردز و فورچون، ۲۰۰۶). از سوی دیگر مطالعات بر اثر مثبت تعاملات اجتماعی مناسب، ابراز هیجانی در مورد بیماری و پیامدهای آن به واسطه کاهش فشار منفی بیماری و استرس اجتماعی تأکید دارند (لری<sup>۵</sup>، رپ، هرست، اگزم<sup>۶</sup> و فلدمن، ۱۹۹۸). از نقطه نظر کارکرد اجتماعی، تحقیقات تغییرات منفی در کیفیت روابط اجتماعی، روابط جنسی و دوستی‌های صمیمانه و کاری را گزارش داده‌اند. عملکرد اجتماعی مربوط به زندگی شغلی فرد ممکن است به شدت تحت تأثیر بیماری قرار بگیرد که منجر به غیبت از کار، بیکاری، تبعیض به دلیل بیماری و حتی مشکلات مالی قابل توجه می‌گردد (هونگ و کو و کو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸).

در ارتباط با شکل‌های مزمن پسوریازیس که فشار روانی و ناراحتی قابل توجهی به همراه دارد، درمان‌های روان‌شناختی، به عنوان یک درمان مکمل درمان پزشکی، مؤثر و مفید است (هارت و همکاران، ۲۰۰۸؛ کیت-زین، ویلر، لایت، اسکلینگ شافر و

- 1- Scharloo, Kaptein, Weinman, Bergman, Vermeer, & Roojimans
- 2- illness perception
- 3- Kimball, Jacobson, Weiss, Vreeland, & Wu
- 4- Korte
- 5- Leary
- 6- Herbst & Exum
- 7- Hong, Koo, & Koo

همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). این درمان‌ها شامل مراقبه، هیپنوتیزم، تن آرامی<sup>۲</sup>، مدیریت استرس<sup>۳</sup> (به ویژه درمان شناختی-رفتاری) و تصویرسازی ذهنی (فورچون و همکاران، ۲۰۰۲)، حساسیت زدایی منظم<sup>۴</sup>، تصویر هدایت شده<sup>۵</sup>، نقش بازی کردن، الگو برداری، بیوفیدبک<sup>۶</sup> و آموزش مهارت‌های اجتماعی و ابراز گری<sup>۷</sup> می‌باشد (والکر و پاپادوپلوس، ۲۰۰۵). به طور نمونه تحقیقات نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری به طور قابل توجهی باعث کاهش استرس روانشناختی و بهبود شرایط بالینی بیماری می‌شود (پرایس، موتاهدن و مایو<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱؛ زکریا، آستر، بیجرینگ و کرگبال<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶). بنابراین هنگام مواجهه با بیمارانی که از بیماری‌های پوستی مقاوم به درمان رنج می‌برند، درمان روانشناختی به صورت مدیریت استرس، موسیقی درمانی و ورزش اغلب مفید می‌باشد. در این میان درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس هم از اساس نظری قوی برخوردار بوده و هم پژوهش‌های متعددی اثربخشی آن را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف تأیید کرده است (لچنر، آنتول و لیدستن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از نشاط دوست، نیلفروش زاده، دهقانی و مولوی، ۱۳۸۸).

فورچون و همکاران (۲۰۰۲) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را برای بیماری پسوریازیس آزمودند. گروه آزمایش تحت درمان پزشکی و درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه تنها درمان پزشکی را دریافت کردند. در پایان درمان، شدت علائم بالینی بیماری، اضطراب، افسردگی، احساس ناتوانی و استرس‌های مرتبط با بیماری به طور معنی‌داری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت. در تحقیقی دیگر فورچون، ریچاردز، کربی<sup>۱۱</sup>، مین و گریفیث (۲۰۰۴) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر ادراک بیماری افراد مبتلا به پسوریازیس بررسی کردند. در پایان درمان، شدت ادراک بیماری بطور

- 1- Kabat-Zinn, Wheeler, Light, Skillings, Scharf, & et al.
- 2- relaxation
- 3- stress management
- 4- Systematic desensitisation
- 5- guided imagery
- 6- biofeedback
- 7- assertiveness
- 8- Price, Mottahedin, & Mayo
- 9- Zachariae, Oster, Bjerring & Kragballe
- 10- Lechner, Antonl, & Lydston
- 11- Kirby

معنی‌داری در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت. زکریا و همکاران (۱۹۹۶) درمان شناختی- رفتاری را بر روی ۲۲ بیمار به کار بردند. نتایج کاهش معنی‌داری در شدت علائم بیماری و استرس‌های مرتبط با بیماری در مقایسه با گروه گواه نشان داد. ریچاردز (۱۹۹۷)، به نقل از فورچون و همکاران، (۲۰۰۴) برنامه درمانی شناختی-رفتاری را تحت عنوان "برنامه مدیریت علائم" بر گروهی از بیماران پسوریازیس بکار برد. در پایان درمان، استرس‌های مرتبط با بیماری پسوریازیس به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت. سنگ و نی<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) اثربخشی گروه درمانی مدیریت استرس را بر روی تعدادی از بیماران پسوریازیس مورد بررسی قرار دادند. برنامه شامل مدیریت استرس، آموزش احساس پذیرش و سازگاری با زندگی روزانه بود. در پایان درمان، آزمودنی‌ها دانش بیشتری در ارتباط با بیماری‌شان کسب کردند، همچنین چگونگی سازگاری با زندگی، تقویت اعتماد به نفس و مدیریت استرس را آموختند.

علی‌رغم این که تحقیقاتی در زمینه کاربرد درمان روانشناختی (به عنوان درمان مکمل درمان طبی) در خارج از کشور انجام شده است، اما متأسفانه بررسی‌های انجام گرفته در زمینه تحقیقات قبلی در ایران در مورد بیماری پسوریازیس نشان داد که پژوهشی در زمینه درمان روانشناختی این بیماری صورت نگرفته است. لذا به نظر می‌رسد با توجه به عوارض و اثرهای سوء این بیماری بر زندگی و سلامت روان مبتلایان، همه‌گیری شناسی بیماری و خلاء پژوهشی در خصوص کاربرد درمان‌های روانشناختی، به ویژه درمان شناختی-رفتاری-که در پژوهش‌های خارجی اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است- لازم است در داخل کشور اثربخشی این شیوه درمانی مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مشخص کردن تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی در بیماران زن مبتلا به پسوریازیس شهر اهواز است و با توجه به هدف پژوهش، مساله تحقیق حاضر این است که آیا مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی بیماران زن مبتلا به پسوریازیس تأثیر دارد؟

- 1- symptom-management programme
- 2- Seng & Nee

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری پوستی پسوریازیس در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال شهر اهواز است. در این پژوهش برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، به این صورت که برای انتخاب نمونه از جامعه زنان مبتلا به بیماری پوستی پسوریازیس، یک فراخوان عمومی در بسیاری از داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها، مطب پزشکان و کلینیک‌های درمانی و نیز اماکن پر رفت و آمد شهر اهواز، توزیع گردید. در فراخوان مذکور از زنان مبتلا به پسوریازیس دعوت به عمل آمد که جهت اعلام آمادگی برای شرکت در کلاس آموزش مدیریت استرس که به منظور درمان بیماری پسوریازیس و ارتقاء بهداشت روانی، در بیمارستان نفت اهواز برگزار می‌گردد، به تلفن همراه درج شده در فراخوان، کلمه "پسوریازیس" را پیامک نموده تا پژوهشگر با آنان تماس حاصل نماید. در مدت چهار هفته با ۱۱۷ نفر مصاحبه تلفنی انجام شد. سپس از ۶۲ نفر واجد شرایط اولیه، جهت معاینه و ارزیابی پزشک متخصص پوست دعوت به عمل آمد تا در بیمارستان نفت اهواز حاضر شوند، که از افراد مدعو، تعداد ۵۱ نفر در روزهای مقرر حاضر شدند. در ابتدا متخصص پوست جهت تایید بیماری پسوریازیس، افراد را در مورد بررسی قرار داد. همچنین به منظور درجه‌بندی شدت و وسعت علائم بالینی به وسیله مقیاس شاخص شدت و وسعت پسوریازیس<sup>۱</sup>، که توسط پزشک متخصص نمره‌گذاری می‌شود، سه روز متوالی مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل بیماران زن با دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص بیماری پوستی پسوریازیس و وجود ضایعات پوستی با تایید پزشک متخصص پوست، مدرک تحصیلی حداقل سیکل و اقامت در شهر اهواز و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به بیماری‌های خاص جسمی مانند آسم، دیابت و غیره، ابتلا به اختلال روانپریشی و سوء مصرف مواد، مصرف هرگونه داروی روانپزشکی و عدم همکاری برای شرکت در جلسات درمانی مدیریت استرس بیش از دو هفته پی در پی، در طول مطالعه بود. از بین ۵۱ نفر متقاضی شرکت در پژوهش، ۴ نفر به بیماری پوستی دیگری مبتلا و ۶ نفر ضایعات پوستی نداشتند، که از تحقیق حذف شدند. همچنین ۱ نفر از همکاری انصراف داد. در نهایت ۴۰ نفر

1- Psoriasis Area Severity Index (PASI)

که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند وارد تحقیق شدند. این ۴۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. سپس گروه‌های آزمایشی و گواه به طور تصادفی مشخص شدند. اما دو بیمار از گروه آزمایشی در فرآیند درمان و سه بیمار از گروه گواه قبل از مرحله پس‌آزمون از ادامه همکاری خودداری کردند. همچنین دو نفر از گروه آزمایشی و یک نفر از گروه گواه هنگام بررسی داده‌های پرت از گروه حذف شد. بنابراین در نهایت داده‌های دو گروه ۱۶ نفری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. شایان ذکر است، کلیه ۴۶ نفری که بیماری پسوریازیس آنها توسط پزشک متخصص تایید شد، آزمون‌های پژوهش حاضر را تکمیل نمودند و کل این داده‌ها جهت بررسی ویژگی‌های روانسنجی آزمون‌ها، استفاده گردید.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری.** پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری<sup>۱</sup> یک مقیاس ۹ ماده‌ای کوتاه است که بازنمایی عاطفی و شناختی فرد از بیماری‌اش را مورد سنجش قرار می‌دهد (برادبنت، پتری، مین و وینمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). سؤال‌ها به ترتیب پی آمدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه‌ی نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سوال قرار می‌دهد. نمرات پایین‌تر نشان دهنده ادراک بهتر بیماران از بیماری‌شان می‌باشد. شایان ذکر است که سؤال مربوط به طول مدت بیماری با توجه به ماهیت بیماری پسوریازیس به عنوان یک بیماری مزمن، همچنین به علت انتخاب گزینه "تا آخر عمر" توسط همه افراد مورد مطالعه و نیز ماده نهم (علت بیماری) به دلیل باز پاسخ بودن مورد تحلیل قرار نگرفت. برادبنت و همکاران (۲۰۰۶) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ گزارش کردند. و به روش بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ برآورد شد. بزازیان و بشارت (۱۳۸۹) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۵۳ گزارش کردند. در تحقیق کنونی ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه ادراک بیماری بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به پسوریازیس ۰/۶۹ به دست آمد که نشان از همسانی درونی قابل قبول این پرسشنامه در نمونه

1- Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)

2- Broadbent, Petrie & Weinman



مورد بررسی است.

برادبنت و همکاران (۲۰۰۶) این پرسشنامه را با فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه ادراک از بیماری<sup>۱</sup> بر گروهی از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماری کلیوی همبسته کردند. نتایج روایی همزمان نشان دهنده همبستگی همه مؤلفه‌های پرسشنامه به جز مؤلفه کنترل شخصی، از ۰/۳۲ تا ۰/۶۴ بود. بنابراین، برای بررسی مؤلفه کنترل شخصی از مقیاس خود کارآمدی استفاده شد. همبستگی نمرات مؤلفه مذکور با مقیاس خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. همچنین روایی افتراقی از طریق محاسبه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر روایی محتوای<sup>۲</sup> پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری بررسی گردید. به این منظور از نسبت روایی محتوا<sup>۳</sup> (لاوشه<sup>۴</sup>، ۱۹۷۵) که به اختصار CVR خوانده می‌شود، استفاده گردید. پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری همراه با توضیحات مختصر در مورد سازه مورد بررسی و همچنین تعریف آن برای ۲۰ نفر از روانشناسان در چند شهر از جمله تهران، اهواز، اصفهان و ساری فرستاده شد و درخواست شد که در مورد تک تک ماده‌های پرسشنامه با پاسخ بله یا خیر روشن سازند که آیا سازه مورد نظر را می‌سنجد یا خیر. مقدار نسبت روایی هر ماده با توجه به پاسخ‌های ۱۶ نفر از افرادی که به تقاضای محقق جواب دادند محاسبه گردید. تحلیل نهایی نشان داد که روی تناسب اکثر ماده‌های این پرسشنامه برای سنجش ادراک بیماری توافق بالایی وجود دارد. یک ماده را همه متخصصان تأیید کرده‌اند (CVR=۱) و فقط ماده شماره ۵ (۰/۲۵) از نسبت روایی پایینی برخوردار می‌باشد. میانگین نسبت روایی کل ماده‌ها نیز ۰/۶۹ است. در مجموع داده‌ها حاکی از روایی خوب کل پرسشنامه ی کوتاه ادراک بیماری است.

**شاخص کیفیت زندگی اسکیندکس ۱۶.** برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس از شاخص کیفیت زندگی بیماران پوستی چرن، لازک، سهی و سندز<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) که

1- Illness Perception Questionnaire- Revised (IPQ-R)

2- content validity

3- content validity ratio

4- Lawshe

5- Chern, Lasek, Sahay & Sands

با نام اختصاری اسکیندکس ۱۶<sup>۱</sup> معروف می‌باشد، استفاده شد. این ابزار خود سنجی دارای ۱۶ سوال است و به منظور بررسی نظرات افراد در سه بعد علائم بالینی بیماری، عواطف و عملکرد اجتماعی، توسط شرکت کنندگان تکمیل می‌گردد. دامنه نمرات بین ۱ تا ۸۰ متغیر است که نمره کمتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. همسانی درونی این آزمون توسط چرن و همکاران (۲۰۰۱) با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. ارزش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های علائم بیماری، عواطف و کارکرد اجتماعی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی مناسبی است. همچنین پایایی این شاخص را با فاصله دو هفته محاسبه کردند. ضریب همبستگی بدست آمده بین دو نوبت اجرای آزمون در دامنه‌ای بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ بدست آمده است. در پژوهش حاضر به منظور مشخص نمودن ضرایب پایایی آزمون مذکور در بیماران پوستی پسوریازیس، این آزمون را بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به پسوریازیس اجرا شد که ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های علائم بیماری، عواطف و کارکرد اجتماعی و کل شاخص کیفیت زندگی اسکیندکس ۱۶ با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ می‌باشد، که نشان دهنده پایا بودن این ابزار است.

روایی محتوا و سازه این آزمون توسط سازندگان پرسشنامه (چرن و همکاران، ۲۰۰۱) مورد تایید قرار گرفت. چرن و همکاران (۲۰۰۱) جهت بررسی روایی افتراقی، میانگین نمره‌های گروهی از افراد مبتلا به بیماری پوستی التهابی را با میانگین نمرات افراد مبتلا به سرطان پوست که به علت ضایعات پوستی ایزوله شده بودند مورد مقایسه قرار دادند. نتایج تحقیق حاکی از تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه‌ها بود. در پژوهش حاضر نیز ضریب روایی همزمان، از طریق محاسبه ضریب همبستگی شاخص کیفیت زندگی با شاخص کیفیت زندگی بیماران پوستی<sup>۲</sup> برابر ۰/۸۵ ( $p=0/001$ ) به دست آمد، که حاکی از روایی رضایت بخش آن است. شاخص کیفیت زندگی بیماران پوستی، نخستین بار در ایران توسط آقایی، سودافی، جعفری، مظهري نیا و فینلی<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای به منظور مشخص نمودن روایی و پایایی نسخه فارسی آن مورد استفاده قرار گرفته است.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی. پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط

- 
- 1- Skindex-16
  - 2- Dermatology Life Quality Index (DLQI)
  - 3- Aghaei, Sodaifi, Jafari, Mazharinia, & Finlay

گلدبرگ و هیلی یر<sup>۱</sup> (۱۹۷۲) تنظیم گردید. فرم اصلی آن دارای ۶۰ سؤال است و فرم‌های کوتاهی از آن، به صورت ۱۲ و ۲۸ سؤالی، نیز تهیه و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روان‌سنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است. آزمون، علائم مرضی فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون مورد ارزیابی خودسنجی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس بوده که نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد (گلدبرگ و هیلی یر، ۱۹۷۹، به نقل از چانگ و اسپیرز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴).

در خصوص پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، مطالعات متعددی صورت گرفته است. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸، به نقل از تقوی، ۱۳۸۰) پایایی تصنیفی<sup>۳</sup> برای این پرسشنامه را ۰/۹۵ را گزارش کردند. در ایران تقوی (۱۳۸۰) برای آزمودن پایایی این پرسشنامه، ۷۵ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز را بررسی کرد، ضرایب پایایی این پرسشنامه، با سه روش بازآزمایی، تصنیف و آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل شد. در پژوهش حاضر محقق به منظور مشخص نمودن ضرایب پایایی پرسشنامه مذکور در بیماران پوستی پسوریازیس، این مقیاس را بر روی ۴۶ بیمار مبتلا اجرا نمود که ضرایب همسانی درونی، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای چهار خرده‌مقیاس آن، یعنی علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۵۶ و ۰/۹۲ به دست آمد. گلدبرگ و هیلی یر (۱۹۷۹) روایی این پرسشنامه را ۰/۸۹ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) گزارش کرده‌اند. تقوی (۱۳۸۰) برای مطالعه روایی پرسشنامه از روش روایی همزمان و همبستگی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل استفاده کرده است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس<sup>۴</sup> انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه، با نمره‌ی کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. در پژوهش حاضر برای تعیین روایی پرسشنامه سلامت عمومی، از روش روایی همزمان آن با فرم تجدیدنظر شده فهرست علائم روانی ۲۵ ماده‌ای<sup>۵</sup> استفاده شد. ضریب همبستگی کل پرسشنامه با فهرست علائم روانی

- 
- 1- Goldberg & Hillier
  - 2- Cheung & Spears
  - 3- split half
  - 4- Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)
  - 5- Symptom Checklist- 25 (SCL-25)

۲۵ ماده‌ای، ۰/۸۳ به دست آمد.

**شاخص شدت و وسعت پسوریازیس.** در این پژوهش برای تعیین شدت و وسعت علائم بیمار از شاخص شدت و وسعت پسوریازیس<sup>۱</sup> فردریکسون و پترسون<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) استفاده شد. ابزار اندازه‌گیری شدت و وسعت پسوریازیس، ابزاری است که به طور گسترده برای اندازه‌گیری شدت پسوریازیس استفاده می‌شود. شاخص شدت و وسعت پسوریازیس معمولاً در مطالعات بالینی برای ارزیابی بهبود و یا پیشرفت بیماری پسوریازیس بکار می‌رود. در این مقیاس از چهار عامل مختلف برای اندازه‌گیری استفاده می‌گردد که شامل ضخامت<sup>۳</sup>، پوسته‌ریزی<sup>۴</sup>، قرمزی<sup>۵</sup> و سطح<sup>۶</sup> و یا مساحت ضایعات پوستی در نواحی مختلف (سر، تنه، اندام فوقانی و اندام تحتانی) می‌باشد. نمره‌های شاخص، از صفر (بدون علائم) تا ۷۲ (حداکثر علائم) متغیر است (جاکوبسن و کیمبال<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).

در تحقیقی فریا، آرو، جیمنز، سیلوا و اولیریا<sup>۸</sup> (۲۰۱۰) پایایی شاخص شدت و وسعت پسوریازیس را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه ۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس که از یک مرکز درمانی پسوریازیس انتخاب شده و توسط سه ارزیاب به طور جداگانه، از نظر شدت و وسعت علائم بیماری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحقیق توافق بالایی را ( $ICC=/.۹۵$ ) بین ارزیابان نشان داد. همچنین در پژوهش فورچون و همکاران (۲۰۰۲) شدت و وسعت علائم بالینی ۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس توسط ۴ پزشک متخصص پوست به طور مستقل، به وسیله شاخص شدت و وسعت پسوریازیس مورد ارزیابی قرار گرفت. در این تحقیق پایایی بین ارزیابان، قوی ( $ICC=/.۹۵$ ) گزارش شد. در پژوهش حاضر، شدت و وسعت علائم بالینی پسوریازیس توسط پزشک متخصص پوست نمره‌گذاری و برآورد شد.

## روش اجرای پژوهش

مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری گروهی که در این پژوهش از آن استفاده شد،

- 1- Psoriasis Area Severity Index (PAS I)
- 2- Fredriksson & Pettersson
- 3- thickness
- 4- desquamation (scaling)
- 5- erythema
- 6- surface area
- 7- Jacobson, & Kimball
- 8- Faria, Araao, Jimenez, Silva & Avelleira

جدول ۱. عناوین اصلی مطالب جلسات درمانی

جلسه اول	بیان رئوس کلی و ساختار برنامه، بررسی فشارزاهای، آگاهی بخشی در مورد ماهیت بیماری پسوریازیس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت و آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
جلسه دوم	آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای، استرس و آگاهی (آگاهی از افکار خودکار و تنش جسمی) و تمرین افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس (آموزش تمرین بررسی ذهنی-بدنی و تمرین تصویر سازی)
جلسه سوم	آموزش تنفس دیافراگمی، تمرین تصویرسازی، ارزیابی ارتباط بین افکار و احساسات، شناسایی افکار منفی افراطی و غیر واقع بینانه در مقابل افکار منفی واقع بینانه و ادراکات درست از موقعیت پر استرس و معرفی فرایند ارزیابی افکار
جلسه چهارم	آموزش تنفس دیافراگمی همراه با تصویرسازی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی افکار منفی و تحریفات شناختی، معرفی انواع تفکر منفی و تحریفات شناختی و تأثیر افکار منفی بر رفتار و احساس
جلسه پنجم	اجرای تمرین خودزاد برای سنگینی و گرما، تمرین شناسایی خودگویی منطقی و غیرمنطقی، به چالش کشیدن خودگویی منفی، بازسازی و تغییر افکار منفی غیرمنطقی و نشان دادن اثرات تفکر تجدید نظر شده و تمرین جایگزینی افکار منطقی
جلسه ششم	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، تعریف مقابله و انواع مقابله آن، توضیح در مورد راهبردهای مقابله‌ای و چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در دوره‌های پر استرس
جلسه هفتم	ارائه منطبق آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی، خودالقائی، تمرین خودزادها همراه با تصویرسازی، خودالقائی مثبت، مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی گام‌های مقابله‌ای مؤثر و تمرین مقابله کارآمد
جلسه هشتم	آموزش مراقبه مانتره، تعریف مفهوم خشم، نشانه‌های جسمی خشم، شناسایی الگوهای پاسخ در موقعیت‌هایی که خشمگین می‌شوند، شناسایی دیگر عوامل درونی و بیرونی که می‌تواند در یک موقعیت دشوار دخالت کند و آموزش مدیریت خشم
جلسه نهم	آموزش مراقبه شمارش تنفس، تمرین مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی سبک‌های بین فردی، آموزش ابرازگری، توضیح در مورد موانع رفتار ابرازگرایانه، ارائه مؤلفه‌های ارتباط ابرازگرایانه و استفاده از حل مسئله برای تعارضها
جلسه دهم	تمرین تصویرسازی ذهنی، تمرین مراقبه‌ی شمارش تنفس و بحث در مورد برنامه‌های آرمیدگی، بحث در مورد حمایت اجتماعی، فواید حمایت اجتماعی و موانع حمایت اجتماعی، آموزش فنون مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی، مرور کل برنامه درمانی و تأکید به ادامه برنامه جهت حفظ "قابلیت مدیریت استرس" به کمک فنون آموخته شده در این برنامه

شامل ۱۰ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای) بود که از آنتونی و همکاران (۲۰۰۷)، ترجمه آل محمد و همکاران، (۱۳۸۸) اقتباس شده است. هر جلسه دارای دو بخش است که با آموزش آرمیدگی آغاز می‌شود (به غیر از جلسه اول که در بخش اول تکنیک‌های مدیریت استرس و در بخش دوم آموزش آرمیدگی ارائه می‌شود). قسمت دوم هر جلسه به آموزش فنون مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری می‌پردازد که با مسائل مرتبط با سلامت بیماران در آمیخته می‌شود. این برنامه جهت درمان گروهی، طراحی شده است. جدول ۱ عناوین اصلی مطالب، سازمان بندی و مداخلات درمانی را نشان می‌دهد.

### یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی پسوریازیس را در گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی پسوریازیس در شرکت کنندگان گروه‌های آزمایشی و گواه

مراحل	متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	ادراک بیماری	آزمایش	۴۲/۵۰	۴/۸۰
		گواه	۴۴/۵۶	۸/۶۳
	کیفیت زندگی	آزمایش	۵۷	۶/۸۹
		گواه	۶۱/۱۲	۱۲/۸۶
	سلامت عمومی	آزمایش	۳۲/۳۱	۶/۰۶
		گواه	۴۰/۶۸	۱۶/۳۱
	علائم بالینی	آزمایش	۱۲/۵۰	۷/۷۷
		گواه	۹/۶۵	۶/۹۲
پس آزمون	ادراک بیماری	آزمایش	۲۷/۵۶	۱۰/۴۱
		گواه	۴۲/۸۱	۸/۱۳
	کیفیت زندگی	آزمایش	۳۸	۱۵/۸۷
		گواه	۵۴/۸۸	۱۱/۷۲
	سلامت عمومی	آزمایش	۱۴/۷۵	۵/۱۰
		گواه	۳۸/۶۸	۱۷/۸۴
	علائم بالینی	آزمایش	۱/۷۳	۲/۳۵
		گواه	۵/۱۱	۴/۷۲

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های ادراک بیماری گروه آزمایشی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۴۲/۵۰ (۴/۸۰)، ۲۷/۵۶ (۱۰/۴۱) و گروه گواه به ترتیب ۴۴/۵۶ (۸/۶۳)، ۴۲/۸۱ (۸/۱۳)، میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های کیفیت زندگی گروه آزمایشی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۵۷ (۶/۸۹) و ۳۸ (۱۵/۸۷) و گروه گواه به ترتیب ۶۱/۱۲ (۱۲/۸۶) و ۵۴/۸۷ (۱۱/۷۲)، میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های سلامت عمومی گروه آزمایشی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۳۲/۳۱ (۶/۰۶) و ۱۴/۷۵ (۵/۱۰) و گروه کنترل به ترتیب ۴۰/۶۸ (۱۶/۳۱) و ۳۸/۶۸ (۱۷/۸۴) و میانگین (و انحراف معیار) نمره‌های علائم بالینی پسوریزیس گروه آزمایشی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۲/۱۲ (۷/۷۷) و ۱۷/۳۳ (۲/۳۵) و گروه کنترل به ترتیب ۹/۶۵ (۶/۹۲) و ۵/۱۱ (۴/۷۲) می‌باشد.

پیش از تحلیل داده‌ها، آزمون لوین، به منظور بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای دو گروه در متغیرهای پژوهش انجام شد. جدول ۳ نتایج آزمون همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته‌ی دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های همگنی واریانس‌های لوین

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
ادراک بیماری	۳/۹۲	۱	۳۰	۰/۰۶
کیفیت زندگی	۱/۶۶	۱	۳۰	۰/۲۱
سلامت عمومی	۰/۰۱۶	۱	۳۰	۰/۸۹
علائم بالینی	۳/۳۰	۱	۳۰	۰/۰۸

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون لوین در متغیرهای تحقیق معنی‌دار نیستند. بنابراین، واریانس گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای تحقیق به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. چون در این پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد، نتایج حاصل از همگنی چندگانه و تک متغیری شیب رگرسیون میان پیش آزمون‌ها و پس آزمون‌ها محاسبه گردید، که در جدول ۴ و ۵ ارایه شده است.

همان طوری که در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود، تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل معنی‌دار نیست. بنابراین فرض همگنی چندگانه و

جدول ۴. خلاصه نتایج بررسی همگنی چندگانه‌ی شیب رگرسیون میان نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	سطح معنی داری
گروه	اثر پیلاپی	۰/۳۲۴	۱/۰۶۴	۸	۴۴	۰/۱۶۲	۰/۴۰۵
	لمبدای ویلکز	۰/۶۹۳	۱/۰۵۵	۸	۴۲	۰/۱۶۷	۰/۴۱۲
	اثر هتلینگ	۰/۴۱۷	۱/۰۴۲	۸	۴۰	۰/۱۷۲	۰/۴۲۲
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۴۳	۱/۸۷۷	۴	۲۲	۰/۲۵۵	۰/۱۴۸

جدول ۵. خلاصه نتایج بررسی همگنی تک متغیری شیب رگرسیون میان نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
ادراک بیماری	۴۴/۰۸۹	۲	۲۲/۰۴۵	۰/۳۸۲	۰/۶۸۶
کیفیت زندگی	۰/۷۳۵	۲	۰/۳۶۸	۰/۰۰۳	۰/۹۹۷
سلامت عمومی	۱۵۳/۹۹۴	۲	۷۶/۹۹۴	۱/۸۵۵	۰/۱۷۸
علائم بالینی	۱۲/۰۷۷	۲	۶/۰۳۹	۰/۴۳۱	۰/۶۵۵

تک متغیری شیب رگرسیون برقرار است.

به منظور بررسی مقایسه گروه آزمایش و کنترل از نظر نمره‌های پس آزمون ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی پسوریزیس، با کنترل پیش آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش، از تحلیل کواریانس استفاده شد. جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل پیش آزمون‌ها

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۰/۶۲۹	۹/۷۵	۴	۲۳	۰/۶۳	۰/۹۹۸	$\leq 0/001$
لمبدای ویلکز	۰/۳۷۱	۹/۷۵	۴	۲۳	۰/۶۳	۰/۹۹۸	$\leq 0/001$
اثر هتلینگ	۱/۶۹	۹/۷۵	۴	۲۳	۰/۶۳	۰/۹۹۸	$\leq 0/001$
بزرگترین ریشه روی	۱/۶۹	۹/۷۵	۴	۲۳	۰/۶۳	۰/۹۹۸	$\leq 0/001$



مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه، از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی بین گروه آزمایشی و گواه، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۷ ارائه شده است. علاوه بر این ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۶۳ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. توان آزمون نیز برابر ۹۹۸٪ می‌باشد که حاکی از دقت آماری بالای این آزمون است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل پیش آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
ادراک بیماری	۹۷۵/۰۵۳	۱	۹۷۵/۰۵۳	۱۷/۷۵۱	۰/۴۱	۰/۸۳	$\leq ۰/۰۰۱$
کیفیت زندگی	۱۰۵۱/۴۷۶	۱	۱۰۵۱/۴۷۶	۹/۰۳۲	۰/۲۶	۰/۹۸	۰/۰۰۶
سلامت عمومی	۱۷۹۵/۶۶۹	۱	۱۷۹۵/۶۶۹	۴۰/۵۹۵	۰/۶۱	۱	$\leq ۰/۰۰۱$
علائم بالینی	۷۱/۶۹	۱	۷۱/۶۹	۵/۳۷	۰/۱۸	۰/۶۱	۰/۰۲

نتایج مندرج در جدول ۷ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متغیرهای ادراک بیماری ( $F= ۱۷/۷۵$  و  $p \leq ۰/۰۰۱$ )، کیفیت زندگی ( $F= ۹/۰۳$  و  $p= ۰/۰۰۶$ )، سلامت عمومی ( $F= ۴۰/۵۹$  و  $p \leq ۰/۰۰۱$ ) و علائم بیماری ( $F= ۵/۳۶$  و  $p= ۰/۰۲$ )، معنی‌دار می‌باشند. بنابراین، بر این اساس می‌توان بیان داشت که بین شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه گواه از نظر ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر

ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی زنان مبتلا به پسوریازیس شهر اهواز بود. یافته‌ها نشان دادند که این روش درمانی در بهبود ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی بیماری پسوریازیس مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق فورچون و همکاران (۲۰۰۴)، فورچون و همکاران (۲۰۰۲)، زکریا و همکاران (۱۹۹۶)، سنگ و نی (۱۹۹۷) و پرایس و همکاران (۱۹۹۱) هم خوانی دارد.

در مداخلات شناختی-رفتاری مورد آماج قرار دادن افکار و رفتارهای ناسازگارانه، نقش کلیدی دارد. بر همین اساس، باورهای افراد در مورد بیماری پوستی شان، اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آنها با بیماری اثرگذار است. چنین برداشت‌هایی غالباً نتیجه تحریف در پردازش (همانند خطاهای شناختی) می‌باشد (والکر و پاپادوپولوس، ۲۰۰۵). روش‌های درمان شناختی-رفتاری به نحو فزاینده‌ای در بیماری‌های روان-تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد در قبال حوادث استرس‌زای زندگی بکار می‌رود. این روش‌های درمانی مبتنی بر این مفهوم هستند که ارزیابی شناختی حوادث استرس‌زا و اقدامات مقابله‌ای مرتبط با این ارزیابی‌ها در تعیین پاسخ به استرس نقش مهمی ایفا می‌کنند. هدف درمان شناختی-رفتاری ایجاد تغییر در شیوه‌های ناسازگارانه تفکر، احساسات و رفتار، بواسطه استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری است (والکر و پاپادوپولوس، ۲۰۰۵). با استفاده از تکنیک شناختی سعی می‌شود، افکار غیر منطقی و ناسازگارانه (مانند "دوستانم بخاطر پسوریازیس پوستم مرا دوست ندارند") برانگیزنده هیجانات منفی مرتبط با سلامت روان، شناسایی شوند و بیمار نسبت به نقش آنها بینش یابد و سپس با مشارکت درمانگر افکار منطقی را جایگزین کند. با توجه به اینکه ضایعات پوستی پسوریازیس ممکن است با نازیبایی همراه باشد، اغلب این بیماران دارای تحریفات شناختی متعددی هستند که فعال شدن آنها با کاهش سلامت روان، کیفیت زندگی و احساس استرس ارتباط دارد. بنابراین احتمالاً تغییر در فرآیندهای فکری به واسطه بازسازی شناختی به کاهش پریشانی روانشناختی و در نهایت ارتقاء سلامت روان، کیفیت زندگی و ادراک بیماری می‌گردد.

از سوی دیگر مقابله عاملی مهم برای سازگاری روانشناختی با استرس‌های مرتبط با بیماری جسمی مزمن است. شیوه‌های مقابله فعال مانند حل مسئله، مشورت با دیگران باعث سازگاری بهتر و کاهش علائم روانی و جسمانی می‌شود که در مقابل شیوه‌های نافع‌مانند

اجتناب و انکار باعث انزوای اجتماعی می‌گردد. یافته‌های اغلب مطالعات رابطه مثبتی را بین کاربرد شیوه مقابله‌ای حل مسئله و بهبود کیفیت زندگی نشان می‌دهند (تنسی، میوزیک، گوگ و کتلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). بیماران به واسطه آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای، با انواع شیوه مقابله‌ای ناکارآمد و کارآمد آشنا شده و نسبت به شیوه‌های قدیمی‌تر مقابله و شاید ناکارآمد خود بینش می‌یابند. افراد گروه آزمایش در جریان مداخله آموختند که چگونه شرایط فشارزای زندگی و مرتبط با بیماری را به موقعیت‌های قابل کنترل و غیرقابل کنترل تقسیم کرده و به دو شکل مقابله هیجان مدارکارآمد و مسئله مدار کارآمد با آنها برخورد نمایند. مقابله مؤثر با استرس زها باعث افزایش احساس کارایی و عزت نفس می‌شود که به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی، ادراک بیماری و سلامت روان فرد را تحت تاثیر قرار دهد.

انواع فنون تن آرامی شامل تکنیک‌های مختلفی مانند آرامش عضلانی پیشرونده یا آموزش آرامش خودزاد می‌باشد (پاپادوپولوس و بور<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد فنون تن آرامی نه تنها باعث تغییرات مثبت جسمانی می‌گردد، بلکه باعث نظم فکری شده و ذهن و روان را آرام می‌کند. پس می‌توان گفت احتمالاً تمرینات تن آرامی با ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی و روانشناختی بر بیماران، باعث کاهش استرس و کاهش استرس با تاثیر گذاری بر فرآیندهای فیزیولوژیکی بدن (سیستم ایمنی، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و نوروپپتیدها) که در تشدید علائم بالینی پسوریازیس دخالت دارند، در کاهش علائم بالینی مؤثر بوده است. همچنین از آنجایی که استرس بر نتایج دارودرمانی تاثیر منفی دارد، کاهش استرس ممکن است بطور غیر مستقیم بر اثربخشی دارو درمانی مؤثر باشد. گروه درمانی شرایطی را فراهم می‌آورد که در درمان فردی یافت نمی‌شود. از روش‌های مختلفی همچون آموزش مهارت‌های اجتماعی در گروه درمانی برای بیماران مبتلا به اختلالات پوستی استفاده شده است (راینسون، رومسی و پاتریج<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). تحقیقات نشان داده است بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی مزمن همچون پسوریازیس از گروه درمانی سود برده‌اند و علاوه براین، چنین نوع درمانی اعتماد به نفس آنها در سازگاری با بیماری افزایش داده است (سنگ و نی، ۱۹۹۷؛ فورچون و همکاران، ۲۰۰۲).

در تبیین کلی یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی مدیریت استرس به شیوه

- 1- Tuncay, Musabak, Gok & Kutlu
- 2- Bor
- 3- Robinson, Rumsey & Partridge

شناختی-رفتاری روی مبتلایان به بیماری پوستی پسوریازیس در بهبود ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی می‌توان گفت: مؤلفه آموزشی در مورد بیماری پسوریازیس، تمرین‌های آرمیدگی، بازسازی شناختی، آموزش ابرازگری، حل مسئله، آموزش سبک‌های مقابله‌ای از طریق افزایش حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس، مقابله سازگارانه و ارتقاء حمایت اجتماعی بر بهبود ادراک بیماری، افزایش سلامت روان (کاهش اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی و غیره) و ارتقای کیفیت زندگی و موارد ذکر شده نیز بر کاهش برانگیختگی بدن و هورمون‌های استرس مؤثر بوده که پیامد آن، طبیعی شدن مکانیسم‌های فیزیولوژیکی مؤثر بر علائم بیماری پسوریازیس و اثربخشی دارو درمانی می‌باشد که نهایتاً کاهش علائم علائم بالینی را بدنبال داشته است.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن، می‌توان گفت مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان یک شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در کمک به بیماران مبتلا به پسوریازیس در کنترل علائم بالینی بیماری و همچنین کاهش پیامدهای بیماری پسوریازیس سودمند باشد.

نمونه‌گیری در دسترس و کوچک بودن نسبی حجم نمونه از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌روند، که می‌تواند موجب کاهش توان تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهشی شود، لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی حجم نمونه بزرگتری انتخاب گردد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود. همچنین از آنجایی که پژوهش حاضر تنها زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس را مورد مطالعه قرار داده است، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی مردان مبتلا به پسوریازیس نیز مورد بررسی قرار گیرند، تا بتوان به مقایسه و بررسی تفاوت‌های آنها در متغیرهای مورد مطالعه پرداخت.

## منابع

### فارسی

- آنتونی، مایکل، ایرونسون، گیل و اشنایدومن، نیل (۲۰۰۷). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری*. ترجمه سیدجواد آل محمد، سولماز جوکار، و حمیدطاهر نشاط دوست، (۱۳۸۸). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- بزازیان، سعیده و بشارت، محمدعلی (۱۳۸۹). *سبک‌های دلبستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I*. *روانشناسی معاصر*، دوره پنجم، شماره اول، ۳-۱۱.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). *بررسی روائی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q)*. *مجله روان‌شناسی* ۲۰، سال پنجم، شماره ۴، ۳۸۱-۳۹۷.
- داودی، ایران (۱۳۸۶). *بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشار روانی و سابقه خانوادگی به عنوان پیش‌بین‌های ابتلا به اختلال وسواسی اجباری و مقایسه زیر گروه‌های علائم اختلال بر اساس برخی متغیرهای پیش‌بین در شهر اهواز*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- نشاط دوست، حمید طاهر، نیلفروش زاده، محمدعلی، دهقانی، فهیمه و مولوی، حسین (۱۳۸۸). *اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرناتا در مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان*. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، شماره دوم، ۱۲۵-۱۳۳.

### لاتین

- Aghaei, S.H., Sodaifi, M., Jafari, P., Mazharinia, N. & Finlay, A. Y. (2004). DLQI scores in vitiligo: Reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatology*, 4 (1), 8.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631- 637.
- Chern, M. M., Lasek, R. L., Sahay, A. P., & Sands, L. P. (2001). Measurement properties of Skindex-16: A brief quality of life measure for patients with skin diseases. *J of Cutaneous Medicine and Surgery*, 5 (2), 105-10.

- Cheung, P. & Spears, G. (1994). Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item General Health Questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 95-99.
- Christophers, E. (2001). Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*, 26 (4), 314-320.
- Faria, J. R., Aarão, A. R., Jimenez, L. M., Silva, O. H., & Avelleira, J. C. (2010). Inter-rater concordance study of the PASI (Psoriasis Area and Severity Index). *An Bras Dermatol*, 85 (5), 625-9.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E. M. & Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157-174.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, R., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2004). Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *British Journal of Dermatology*, 151, 1219-1226.
- Fredriksson, T., & Pettersson, U. (1978) Severe psoriasis oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, 157, 238 - 44.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A Scaled Version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D., & Tausk, A. F. (2008). *Clinical Management in Psychodermatology*. Springer: Berlin.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21, 54-59.
- Jacobson, C. C., & Kimball, A. B. (2004). Rethinking the Psoriasis Area and Severity Index: the impact of area should be increased. *British Journal of Dermatology*, 151, 2, 381-387.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. S., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kimball, A. B., Jacobson, C., Weiss, S., Vreeland, M. G., & Wu, Y. (2005). The psychosocial burden of psoriasis. *American International Journal of Dermatol*, 6 (6), 383-392.
- Lamb, C. A., Fried, R. G., & Feldman, S. R., (2004). Giving patients 'perceived control' over psoriasis: Advice for optimizing the physician-patient relationship. *Journal of Dermatological Treatment*, 15, 182-4.
- Lawshe, C. H. (1975). A Quantitative approach to control validity. *Personnel Psychology*, 28 (4), 563-575.

- Leary, M. R., Rapp, S. R., Herbst, K. C., Exum, M. L., & Feldman, S. R. (1998). Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: Effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychology, 17*, 530-536.
- Meier, M., Sheth, P. B. (2009). Clinical spectrum and severity of psoriasis. *Curr Probl Dermatol, 38*, 1-20.
- Myers, W. A., Gottlieb, A. B., & Mease, P. (2006). Psoriasis and psoriatic arthritis: clinical features and disease mechanisms, *Clin Dermatol, 24* (5), 438-447.
- Papadopoulos, L., & Bor, R. (1999). *Psychological Approaches to Dermatology*. Leicester, UK: BPS.
- Petty, A. A., Balkrishnan, R., Rapp, S. R., Fleischer, A. B., & Feldman, S. R. (2003). Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: Implications for clinical practice. *Journal of the American Academy of Dermatology, 49*, 271-5.
- Price, M. L., Mottahedin, I., & Mayo, P. R. (1991). Can psychotherapy help what psoriasis? *Clinical and Experimental Dermatology, 16*, 114-117.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 11-15.
- Richards, H. L., & Fortune, D. G. (2006). Psychological distress and adherence in patients with psoriasis. *Journal of European Academy of Dermatology and Venerology, 20*, 33-41.
- Robinson, E., Rumsey, N., & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery, 49*, 281-289
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J., & Roojijmans, H. G. M. (2000). Patients illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: A1 year follow-up. *British Journal of Dermatology, 142*, 899-907.
- Seng, T. K., & Nee, T. S. (1997). Group therapy: A useful and supportive treatment for psoriasis patients. *Clinical and Experimental Dermatology, 36*, 110-112.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes, 6*, 79, 1-9.
- Vladut, C. I., & Kallay, E. (2010). Psychosocial implication of psoriasis-theoretical review - cognition, brain, behavior. *An Interdisciplinary Journal, 14*, 23-35.



- Walker, C., & Papadopoulos, L. (2005). *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. Cambridge University Press.
- Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P., & Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34 (6), 1008-15.

