

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر نگرانی از تصویر بدن و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک

عالمه دهنی

حمید رادسپهر

دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

زمینه و هدف: افراد مبتلا به لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک رویکرد انعطاف‌پذیری در مواجهه با استرس نداشته و در به‌کارگیری مهارت‌های شناختی ضعف دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش استرس ادراک‌شده از تصویر بدن و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک انجام پذیرفت.

روش اجرا: در این پژوهش، ۲۴ نفر از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های منتخب روماتولوژی مشهد در سال ۹۵-۱۳۹۴ انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه درمانگری شناختی - رفتاری) و کنترل قرار گرفتند. قبل و بعد از انجام مداخلات، پرسش‌نامه‌های استرس و نگرانی از تصویر بدن (Body image concern inventory [BICI])، انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive flexibility inventory [CFI])، رضایت‌مندی مراجع (client satisfactory questionnaire [CSQ]) و شاخص بهبود کلی بالینی (Global improvement scale [CGI]) پر شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل و تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANOVA) در نرم‌افزار SPSS ۱۹ با سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: گروه درمانی شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه شاهد، کاهش معنادار استرس و نگرانی از تصویر بدن و بهبود بیشتر انعطاف‌پذیری شناختی داشتند ($P < 0/001$). آزمون‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد میزان رضایت از درمان و بهبودی کلی خود را به‌طور معناداری بالاتر ارزیابی کردند و بهبودی آن‌ها در تمام متغیرهای پژوهش بیشتر از گروه شاهد بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش نگرانی از تصویر بدن و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی شناختی - رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی، لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک، نگرانی از تصویر بدن

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۲۵

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۶، دوره ۸ (۳): ۱۴۶-۱۵۵

نویسنده‌ی مسئول:

حمید رادسپهر

جنب فرمانداری، شبکه بهداشت داورزن،
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
پست الکترونیک:

h.radsepehr@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

ترکیبی از عوامل ژنتیکی، هورمونی و محیطی به‌وجود می‌آید^۱. این بیماری در زنان شایع‌تر بوده و بیشترین موارد گزارش شده آن در دهه‌های دوم، سوم و چهارم زندگی است^۲. SLE می‌تواند بر همه‌ی سیستم‌های بدن تأثیر بگذارد ولی مشکلات دستگاه عضلانی - اسکلتی، انواع مختلف علائم پوستی و تظاهرات عصبی

لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک (systemic lupus erythematosus [SLE]) یک اختلال خودایمنی است که باعث تولید بیش از حد برخی از اتوآنتی‌بادی‌ها می‌شود. این اختلال به‌علت

طیف وسیعی از مداخلات غیردارویی جهت درمان اختلال روان‌شناختی در بیماران مبتلا به SLE وجود دارد از جمله درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس، درمان حمایتی - بیانی کوتاه‌مدت، آموزش‌های روان‌شناختی، بیوفیدبک و درمان‌های شناختی - رفتاری این درمان‌ها در بهبود توانایی مقابله‌ای و سلامت عمومی بیماران مبتلا به SLE اثربخش بوده‌اند^{۱۸-۱۳}. از بین این درمان‌ها گروه درمانی شناختی - رفتاری (CBGT) عمدتاً شامل استانداردهای طلایی مداخله می‌باشد. در این درمان بیماران به‌ندرت درمان را رها می‌کنند و این مورد رابطه‌ای با متغیرهای جمعیت شناختی بیماران ندارد. درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی - رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد^۹. ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده‌ی بیماری لوپوس و نیز وجود مسائلی مانند آرتريت، خستگی، کاهش وزن، ریزش مو، ناتوانی در امور روزمره و مسائل روانی مانند افسردگی و تغییر تصویر ذهنی فرد از خود می‌توانند به شکل مستقیم یا غیرمستقیم بر استرس و نگرانی از تصویر بدن و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیرگذار باشند و سبب اختلال روانی و انزوای فرد شود، لذا هدف از انجام پژوهش پاسخ به این سؤال بود که آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری (CBGT) بر استرس و نگرانی از تصویر بدن و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE) تأثیر دارد؟

روش اجرا

این پژوهش از جمله طرح‌های آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران سرپایی مبتلا به SLE (۳۲۰ نفر در طول ۶ ماه)، مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی در

— روانی در SLE شایع‌تر است^۴. از عواقب هشداردهنده‌ای که در بیماران مبتلا به لوپوس باید مورد توجه قرار گیرد اختلال در تصویر ذهنی از خود، درک از خود و هم‌چنین کاهش اعتمادبه‌نفس است^۵. نتایج پژوهش Savel و همکاران حاکی از آن بود که تغییر در ظاهر به‌علت بیماری و عوارض جانبی درمان از قبیل مشکلات پوستی، افزایش وزن، ریزش مو و درد مفاصل، تصویر ذهنی فرد از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هم‌چنین اختلال در تصویر ذهنی با خستگی، علائم افسردگی و احساس عدم جذابیت جسمی مرتبط است^۶. Jolly و همکاران بر روی تصویر بدن بیماران لوپوس پژوهشی انجام دادند که نتایج نشان داد تصویر بدنی منفی می‌تواند باعث بدتر شدن علائم بیماری از جمله بیماری پوستی، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی بیماران شود^۷. بررسی‌های Bricou و همکاران نشان داد که بیماری لوپوس با تأثیر بر سیستم عصبی مرکزی، منجر به پریشانی قابل توجهی در این بیماران می‌گردد و پیشنهاد کردند که مداخلات درمانی مناسب برای کاهش اضطراب روانی این بیماران و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها انجام گردد^۸. Murray و همکاران به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی گروهی، سازگاری بیماران مبتلا به لوپوس را تسهیل می‌بخشد^۹.

در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعریف انعطاف‌پذیری شناختی یا سنجش آن وجود ندارد. به‌طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است^{۱۰}. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می‌کنند، به‌صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری دارند^{۱۱،۱۲}.

شهر مشهد در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام گرفت. از بین بیماران مراجعه‌کننده، ۲۴ نفر که ملاک‌های ورود در تحقیق را داشتند، به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل سن حداقل ۱۸ سال تمام، داشتن نشانه‌های استرس متوسط به بالا که با پرسش‌نامه‌ی مربوط اندازه‌گیری می‌شد و سابقه‌ی بیش از یک سال ابتلا به بیماری SLE که با تشخیص توسط روماتولوژیست و براساس معیارهای ACR (American college of rheumatology) بود. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از داشتن سابقه‌ی بستری در بخش روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌پزشکی.

فهرست تجدیدنظرشده‌ی استرس و نگرانی از تصویر بدن (BICI) و پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی (cognitive flexibility inventory)، طی دو مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون توسط پژوهشگر بر روی آنان اجرا شد. به منظور تأیید اصل هم‌تا بودن گروه آزمایش و کنترل، از آزمون t گروه‌های مستقل و نیز مقایسه‌ی نمرات پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی، در دو گروه استفاده شد. مداخله‌ی شناختی - رفتاری مدیریت طی ۱۰ جلسه‌ی هفتگی و به مدت سه ماه در درمانگاه روماتولوژی توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بر روی گروه آزمایش انجام شد. جهت تنظیم پروتکل درمانی از درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس انتونی و همکاران استفاده شد^{۲۰}. شرکت‌کنندگان آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده و آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری را دریافت کردند. آموزش شناختی - رفتاری شامل روش‌هایی از جمله حل مسأله برای مقابله با علائم SLE و مشکلات بین فردی، آموزش بازسازی شناختی و تغییر الگوهای تفکر ناسازگارانه خودکار که می‌تواند منجر به استرس شود، بود. هم‌چنین این مداخله دارای تکالیف خانگی به منظور

تمرین و فراگیری روش‌های آرام‌سازی و تکمیل برگه‌ی کار به منظور شناسایی استرسورها و مهارت‌های حل مسأله بود که طرح کلی جلسات در زیر توضیح داده شده‌اند. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و کنترل تحت درمان دارویی قرار داشتند. جلسه‌ی اول؛ آشنایی، آگاهی از استرس‌زها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای و آگاه‌شدن از تأثیرات استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱ گروه ماهیچه‌ای. جلسه‌ی دوم؛ درک ارتباط بین افکار و احساسات و درک چرخه‌ی افکار و هیجانات تنفس، تصویرسازی و آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای. جلسه‌ی سوم؛ بررسی انواع مختلف تفکر منفی و تحریفات شناختی، تنفس، تصویرسازی و آموزش آرمیدگی تدریجی منفعل و بررسی انواع مختلف تفکر منفی و تحریفات شناختی، تنفس، تصویرسازی و آموزش آرمیدگی تدریجی منفعل. جلسه‌ی چهارم؛ آموختن گام‌های جایگزینی افکار منطقی و تمرین افکار منطقی به جای افکار تحریف‌شده، آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما و تعریف مقابله و آموزش انواع آن، آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی. جلسه‌ی پنجم؛ تعریف مقابله و آموزش انواع آن، آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی و آموختن و تمرین گام‌های مقابله‌ای مؤثر، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای. جلسه‌ی ششم؛ آموختن مدیریت خشم، ارائه‌ی اصول مدیریت زمان و اجرای مراحل آن، آموزش آرمیدگی، مراقبه‌ی سانترا و آموختن مدیریت خشم، ارائه‌ی اصول مدیریت زمان و اجرای مراحل آن، آموزش آرمیدگی، مراقبه‌ی سانترا. جلسه‌ی هفتم؛ آموزش ابرازگری، آموزش آرمیدگی، مراقبه‌ی شمارش تنفس و بررسی شبکه‌های حمایت اجتماعی، ایجاد یک برنامه‌ی مدیریت استرس شخصی. جلسه‌ی هشتم؛ آشنایی با مهارت خودآگاهی و تأثیرات آن، شناسایی احساسات، چگونگی دیدن فرد

و رفتار انسان‌ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسش‌نامه در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند که این پرسش‌نامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است. روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) برابر با 0.739 - و روایی هم‌گرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین 0.75 بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب 0.91 ، 0.91 و 0.84 و با روش بازآزمایی به ترتیب 0.81 ، 0.75 و 0.77 به دست آوردند. هم‌چنین CFI از روایی عاملی، هم‌گرا و هم‌زمان مطلوبی در ایران برخوردار است. در نسخه‌ی فارسی، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد. روایی هم‌گرای آن با پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری برابر با 0.67 و روایی هم‌زمان آن با پرسش‌نامه‌ی BDI-II برابر با 0.50 - بود.^۱

پرسش‌نامه‌ی رضایتمندی مراجع (CSQ): این مقیاس که برای سنجش میزان رضایت مراجع از خدماتی که طی درمان دریافت کرده توسط لارسن طرح‌ریزی شد، دارای ۸ سؤال است و هر سؤال ۴ پاسخ دارد که پاسخ‌ها براساس درجه‌ی مثبت یا منفی بودنشان نمره‌ای بین ۱-۴ می‌گیرند (۴= بسیار مثبت، مثبت، منفی، بسیار منفی = ۱) و بر این اساس حداکثر و حداقل نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس کسب می‌کند به ترتیب ۸ و ۲۴ است. نمره‌ی بالاتر رضایت بیشتر از درمان را نشان می‌دهد. بررسی‌ها پایایی و روایی این پرسش‌نامه را تأیید می‌کنند. در تحلیل

توسط خودش و شناسایی نقاط ضعف خود. جلسه‌ی نهم؛ توانایی تجسم بصری علائق و استعدادها، ایجاد خودآگاهی، شناسایی عوامل تأثیرگذار، نوشتن اهداف شخصی. جلسه‌ی دهم؛ نوشتن افتخارات شخصی فرد، دوست سری، نامه‌ی مثبت و مرور کل برنامه. پس از اتمام دوره‌ی درمان در هر دو گروه، رضایتمندی مراجع (Client satisfaction questionnaire) و مقیاس بهبود کلی بالینی (Clinical global improvement) به عنوان پس‌آزمون اجرا شدند و نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل و وابسته و تحلیل کواریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای پژوهش در زیر توضیح داده شده‌اند.

پرسش‌نامه‌ی استرس و نگرانی از تصویر بدن (BICI): این پرسش‌نامه حاوی ۱۹ آیتم است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره‌ی ظاهرش می‌پردازد. این ابزار ۲ عامل دارد که عامل اول نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واری کردن و مخفی کردن نقایص ادراک‌شده را دربرمی‌گیرد و عامل دوم میزان تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد. Littlton و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای کل سؤال‌ها، عامل اول و عامل دوم به ترتیب 0.93 ، 0.96 و 0.76 گزارش کردند.^{۲۱}

پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی (CFI): این پرسش‌نامه که توسط دنیس و وندروال ساخته شده است یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه‌ی نمره‌گذاری آن براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی

برگردانده شد که روایی محتوایی آن توسط روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان مورد تأیید قرار گرفت و در یک نمونه‌ی ۲۳ نفری از بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی پایایی آن به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی اعضاء گروه نمونه 27 ± 4.7 سال و میانگین طول مدت بیماری در بیشتر آن‌ها 3.7 ± 2 سال بود. با توجه به آنکه تحلیل کوواریانس از جمله آزمون‌های پارامتریک است، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف) برقرار بود. میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون در جدول ۱ آمده است. در مرحله‌ی پیش‌آزمون میانگین‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه تقریباً باهم برابرند و در مرحله‌ی پس‌آزمون میانگین‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت وجود دارد که معناداری این تفاوت در بخش آمار استنباطی بررسی می‌گردد.

نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه (با حذف اثر پیش‌آزمون) در جدول شماره‌ی ۲ آورده شده است که نشان می‌دهد گروه

عاملی یک عامل برای این پرسش‌نامه به دست آمده است. هم‌سانی درونی بسیار عالی براساس نتایج آلفای کرونباخ از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ و روایی همگرایی بالا براساس همبستگی با متغیرهایی مثل تکمیل برنامه‌ی درمانی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است. این پرسش‌نامه توسط شماره از طریق ترجمه و ترجمه‌ی مجدد به فارسی برگردانده شد که روایی محتوایی آن توسط روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان مورد تأیید قرار گرفت و در یک نمونه‌ی ۲۳ نفری از بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۹ به دست آمد^{۲۲-۲۴}.

مقیاس بهبود کلی بالینی (CGI): این مقیاس که دومین خرده مقیاس پرسش‌نامه‌ی برداشت کلی مراجع از درمان است^{۲۵} برای سنجش میزان پاسخ به درمان در انتهای درمان توسط مراجع تکمیل می‌شود و دارای یک سؤال با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت است که براساس آن مراجع نمره‌ای بین ۱-۷ می‌گیرد (۱= بهبود بسیار زیادی یافته‌ام، ۲= بهبود زیادی یافته‌ام، ۳= کمی بهبود یافته‌ام، ۴= تغییری نکرده‌ام، ۵= کمی بدتر شده‌ام، ۶= بسیار بدتر شده‌ام، ۷= بسیار زیاد بدتر شده‌ام). بنابراین، حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱ و ۷ است که نمرات بالاتر نشانه‌ی بهبود کم‌تر خواهد بود. این پرسش‌نامه توسط شماره^{۲۶} از طریق ترجمه و ترجمه‌ی مجدد به فارسی

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر شاخص	گروه		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
استرس و نگرانی از تصویر بدن	۷۶،۰۸	۱۱،۸۷	۷۶،۵	۱۲،۵	۴۶	۷۶،۱۷
انعطاف‌پذیری شناختی	۸۲،۰۲	۵،۳۵	۷۹	۴،۸۹	۱۲۹،۱۱	۷۲،۸۳
ادراک کنترل	۳۰،۲۶	۲،۴۵	۳۱،۱۹	۲،۳۹	۴۷،۷۴	۳۲،۸۳
ادراک چندین راه حل	۳۹،۵۸	۳،۱۱	۳۷،۶۴	۲،۲۳	۶۱،۶۶	۴۰،۲۰
ادراک توجیحات	۷،۲۱	۰،۹۶	۷،۱۸	۰،۷۸	۱۲،۱۵	۶،۹۵

گروه بود.

براساس نمرات پرسش‌نامه‌ی CGI و CSQ، آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از درمان رضایت داشته و بهبود خود را مطلوب گزارش نموده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد رضایتمندی و بهبودی کلی همراه با مقایسه‌ی آن‌ها در دو گروه براساس آزمون t گروه‌های مستقل در جدول شماره‌ی ۴ آمده است.

نتایج بیانگر رضایتمندی و بهبودی کلی بیشتر و معنادار آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ($P < 0.001$). لازم به ذکر است نتایج آزمون لوین حاکی از تساوی واریانس‌های دو گروه بود.

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر کاهش نگرانی ادراک‌شده از تصویر بدن و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام پذیرفت. تحلیل نتایج نشان داد که به‌دنبال درمان میزان استرس و نگرانی ادراک شده از تصویر بدن کاهش و انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن بهبود قابل توجهی داشتند.

نیسانی و همکاران پژوهشی در زمینه‌ی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر استرس ادراک‌شده انجام دادند. درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس طی هشت جلسه بر روی گروه آزمایش انجام شد. یافته‌ها

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد رضایتمندی و بهبودی کلی و مقایسه‌ی دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون t	سطح معناداری
رضایتمندی از درمان (CGI)	مداخله شاهد	۱/۱۶	۰/۳۸	-۷/۹۴	۰/۰۰۱
بهبودی کلی (CSQ)	مداخله شاهد	۱۲/۳۳	۲/۶۷	۱۱/۲۹	۰/۰۰۱

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات متغیرهای پژوهش در پایان درمان پس از حذف اثرات پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	ارزش F	سطح معناداری	اندازه‌ی اثر
استرس و نگرانی از تصویر بدن	۵۴۷۶/۲۵۶	۱	۴۵/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۴۵۲/۳۶	۱	۴۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸
ادراک کنترل	۳۲۸/۸۳	۱	۳۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
ادراک چندین راه‌حل	۳۸۴/۶۳	۱	۴۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
ادراک توجهیات	۱۵۶/۱۷	۱	۱۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱

درمانی شناختی - رفتاری مدیریت استرس باعث کاهش معنادار استرس و نگرانی از تصویر بدن زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک و انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن در مقایسه با گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است. اندازه‌ی تأثیر متوسط به بالا این نتایج را به لحاظ بالینی تأیید می‌کنند. درصد بهبودی متغیرهای پژوهش همراه با مقایسه‌ی آن‌ها در دو گروه براساس آزمون t گروه‌های مستقل، در جدول شماره‌ی ۳ آمده است. نتایج بیانگر بهبودی بیشتر و معنادار آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در تمام متغیرهای پژوهش بود ($P < 0.001$). لازم به ذکر است در مورد تمام متغیرها نتایج آزمون لوین حاکی از تساوی واریانس‌های دو

جدول ۳: مقایسه‌ی میانگین درصد‌های بهبودی دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون t	سطح معناداری
استرس و نگرانی از تصویر بدن	مداخله شاهد	۰/۴۱۸	۰/۲۲	۴/۰۱	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی	مداخله شاهد	۰/۵۲۱	۰/۱۵	۷/۱۲	۰/۰۰۱
ادراک کنترل	مداخله شاهد	۰/۴۳۶	۰/۱۴	۵/۰۹	۰/۰۰۱
ادراک چندین راه‌حل	مداخله شاهد	۰/۴۰۲	۰/۱۶	۶/۲۷	۰/۰۰۱
ادراک توجهیات	مداخله شاهد	۰/۴۲۶	۰/۱۸	۴/۴۸	۰/۰۰۱

حاکمی از آن بود که میانگین نمرات استرس در گروه آزمایش به طور معنی داری نسبت به گروه شاهد کاهش پیدا کرد ($P < 0.001$) که نشان دهندهی اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش میزان استرس بیماران زنان مبتلا به SLE بود.^{۱۸} Jolly و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.^۹ همان طور که نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داد میانگین تعدیل شده‌ی نمرات نگرانی از تصویر بدن بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است که حاکمی از اثربخشی معنادار مداخله‌ی شناختی - رفتاری گروهی بر نگرانی از تصویر بدن بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک می باشد.

Ramierz و Jeemenz در مطالعات خود که با هدف اثبات تأثیر مدیریت استرس به شیوه‌ی مایکن بام بر بهبود روانی و نتایج بالینی بیماران مبتلا به لوپوس انجام دادند، مدیریت استرس به شیوه‌ی مایکن بام را بر روی بیماران دارای ملاک‌های SLE اجرا کردند. نتایج نشان داد که بیمارانی که روند درمان را ادامه دادند، نمره‌ی معنی دار پایین تری در میزان استرس مزمن، افسردگی و اضطراب داشتند. نتایج فوق با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به کاررفته قابل تبیین است.^{۱۳،۱۴}

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر این بود که گروه درمانی شناختی - رفتاری مدیریت استرس در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار انعطاف پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن (ادراک کنترل، ادراک چندین راه حل و ادراک توجیهات) می شود. این نتایج با شماری از تحقیقات که ارتباط بین انعطاف پذیری شناختی را با اضطراب، افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای و تاب آوری مورد بررسی قرار داده‌اند، همسو می باشد. افراد مضطرب و افسرده نمی توانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی توجیه چندین جایگزین را ندارند و در موقعیت‌های

سخت نمی توانند به راه حل‌های جایگزین فکر کنند. و این سبک شناختی غیرانعطاف پذیر باعث تقویت حالات اضطرابی و افسردگی از طریق ایجاد سوگیری در پذیرش خودکار افکار ناکارآمد می شود؛ در واقع، این نوع درمان با افزایش انعطاف پذیری شناختی در افراد موجب بهبود خلق آن‌ها می شود. اگر فرد قادر باشد موقعیت‌های سخت را قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد توانایی چندین توجیه جایگزین را دارا باشد از اختلالات اضطرابی و خلقی رهایی پیدا خواهد کرد.^{۲۷،۲۸}

در پژوهش حاضر، نتایج نشان داد آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از درمان رضایتمندی بیشتری داشتند و سطح بهبودی خود را بالاتر گزارش نمودند. نتایج مربوط به درصد بهبودی نیز مؤید بهبودی بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می باشد. با توجه به قابلیت انعطاف پذیر این رویکرد، تلفیق آموزش مهارت‌های اجتماعی به گروه درمانی شناختی - رفتاری برای افرادی که در انجام مهارت‌های پایه ضعف دارند مؤثر است و می تواند به بهبود رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری SLE گردد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه این است که این پژوهش بر روی تعداد اندکی از افراد با محدوده سنی ۱۸-۴۵ سال انجام شد، لذا تعمیم نتایج به کل جامعه دشوار است. پیشنهاد می شود مطالعات پیگیری به منظور مشخص کردن پایداری تأثیرات درمانی انجام پذیرد. هم چنین انجام تحقیق با نمونه‌های مردان و سایر مقاطع سنی و به صورت گسترده تر در سایر مناطق جغرافیایی می تواند زمینه ساز بستری مناسب برای مقایسه‌ی بهتر و افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج شود.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد گروه درمانی شناختی - رفتاری از طریق چالش با افکار خودکار ناکارآمد منجر به بهبود انعطاف پذیری شناختی و

کاهش استرس و نگرانی از تصویر بدن در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک شده است.

References

1. Kyogoku C, Tsuchiya N. A compass that points to lupus: genetic studies on type I interferon pathway. *Genes Immun* 2007; 8:445-55.
2. Greenwald RJ, Latchman YE, Sharpe AH. Negative coreceptors on lymphocytes. *Curr Opin Immunol* 2002; 14(3): 391-96.
3. Utz PJ. Multiplexed assays for identification of biomarkers and surrogate markers in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2004; 13(5): 304-11.
4. Junica L, Hinkle H, Kerry H. Brunner and Suddarth's textbook of Medical- Surgical Nursing. 2014. Philadelphia;Lippincott Williams & Wilkinsos,1520-1605.
5. Feldman CH, Bermas B, Zibit M, et al. Designing an intervention for women with systemic lupus erythematosus from medically underserved areas to improve care: a qualitative study. *Lupus* 2013; 22(1): 52-62.
6. Seawell AH, Donoff - Burg S. Body image and sexuality in women with and without systemic lupus erythematosus. *Sex Roles* 2005; 53(11-12): 865-76.
7. Jolly M, Pickard AS, Mikolaitis RA, et al. Body Image in patients with systemic lupus erythematosus. *International Society of Behavior Medicine* 2012; 19(2): 157-64.
8. Bricou O, Taieb O, Baubet T, et al. Stress and coping strategies in systemic lupus erythematosus: a review. *Neuroimmuno Modulation* 2005; 13(5-6): 283-93.
9. Murray SG, Yazdany J, Kaiser R, et al. Cardiovascular disease and cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research* 2012; 64(9): 1328-33.
10. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res* 2010; 34(3): 241-53.
11. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the ready program. *Psychol Health Med* 2010; 15(3): 266-77.
12. Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men (Dissertation). Michigan: The University of Michigan 2011.
13. Jimenez J. Effects of treatment of chronic stress in patients with lupus [online] 2007 [cited 2007 Jun 6]; Available from : URL : <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00483613/>.
14. Ramirez MI, Ortega HR, Navarrete N, Alosa J. Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: chronic patients and healthy people stress: chronic patients and healthy people. *Salud Mental* 2009; 32(3):251-8.
15. Edworthy SM, Dobkin PL, Clarck AE, et al. Group psychotherapy reduces illness intrusiveness in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2003; 30(5): 1011-16.
16. Haupt M, Millen S, Janner M, et al . Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(11):1618-23.
17. Greco CM, Rudy TE, Manzi S. Effects of a stress-reduction program on psychological unaction, pain, and physical function of systemic lupus erythematosus patients: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2004; 51(4): 625-34.
18. Neissiani Habib Abadi F, Taher Neshat Doost H, Molavi H, Seied-Bonakdar Z. The efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on perceived stress of female patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Behavioral Sciences Research* 2011; 9(3): 222-28. (in persian)

19. Linden TC, Beaumont G, Kenealy PM, et al. Quality of life in severely disabled multiple sclerosis patients: comparison of three Qol measuring using multidimensional. *Journal of life Research* 2001; 10: 371-78.
20. Anthony M, Ironson G, Schneiderman N. Practical guide to cognitive-behavioral stress management. Translation by Al Mohammad J, Jokar S, Taher Neshat Dost H. Isfahan, Jahad University Press 2009.
21. Littleton HL, Axsom D, Pury CLS. Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther* 2005; 43: 229-41.
22. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann* 1979; 2: 197-207.
23. Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann* 1982; 6: 299-314.
24. Shareh H, Farmani A, Soltani E. Reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory in Iranian university students. (Unpublished observations).
25. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology-revised. US: Rockville, MD Publisher. 1976; 218-22.
26. Shareh H. Validation and investigating the Psychometric properties of The Client Satisfaction Questionnaire and Client Clinical Global Index in a sample of patients with Obsessive-Compulsive Disorder. (unpublished manuscript)
27. Meiran N, Diamond GM, Toder D, et al. Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Res* 2011; 185(1-2):149-56.
28. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, et al. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejoohandeh* 2013; 18(2):88-96. (in persian)
29. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995; 33(1):25-39.

The efficacy of cognitive-behavioral group therapy on body image concern and improvement of cognitive flexibility in women with systemic lupus erythematosus

Alemeh Dehnabi, MSc
Hamid Radsepehr, MSc

Sabzevar University of Medical Sciences,
Sabzevar, Iran

Background and Aim: Patients with systemic lupus erythematosus do not have a flexible approach against stress and have difficulty regulating their cognitive skills performance. The aim of our study was to evaluate the impact of cognitive-behavioral group therapy on reducing perceived body image stress and improving cognitive flexibility among women with systemic lupus erythematosus.

Methods: In this research, 24 women referred to rheumatology clinics in Mashhad between the years 2015 and 2016 were selected and randomly assigned into two experimental (cognitive-behavioral group therapy) and control groups. Before and after interventions, Body Image Concern Inventory (BICI), Cognitive Flexibility Inventory (CFI), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) and Clinical Global Improvement Scale (CGI) were filled out for both groups. The data was analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) in SPSS-19 software with the significance level of 0.05. Further, percentages of improvement were calculated.

Results: Cognitive-behavioral group therapy compared to the control group led to a significant reduction in body image concern, and improvement of cognitive flexibility ($P < 0.001$). The level of treatment satisfaction and overall improvement were significantly higher in intervention group and the improvement in all the research variables were more than those of the subjects in the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy was effective in reducing body image concern and improving cognitive flexibility in women with systemic lupus erythematosus.

Keywords: cognitive-behavioral group therapy, cognitive flexibility, systemic lupus erythematosus, body image concern

Received: Nov 18, 2017 Accepted: Dec 16, 2017

Dermatology and Cosmetic 2017; 8 (3): 146-155

Corresponding Author:
Hamid Radsepehr

Davarzan Health Network, Sabzevar
University of Medical Sciences, Sabzevar,
Iran
Email: h.radsepehr@gmail.com

Conflict of interest: None to declare