

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد زنان مبتلا به لوپوس

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد زنان مبتلا به لوپوس است.

روش اجرا: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران زن مبتلا به لوپوس تشکیل دادند که برای مشاوره و درمان لوپوس به انجمن لوپوس در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر داوطلب واجد شرایط به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و به تصادف در گروه‌های مداخله و گواه قرار (هر گروه پانزده نفر) گرفتند. ابزارهای استفاده شده در پژوهش پرسش‌نامه نارسایی هیجانی تورنتو بگی و همکاران (۱۹۹۴) بود. گروه مداخله درمان شناختی - رفتاری را طی هشت جلسه، هفته‌ای یک بار دریافت کرد. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ به کمک نسخه ۲۷ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر زمان و اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر نمرات نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد معنادار بود ($P < 0/001$). در گروه مداخله تفاوتی معنادار بین نمرات نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون و پیگیری وجود داشت ($P < 0/001$). در حالی که در متغیرهای مذکور تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی - رفتاری به زنان مبتلا به لوپوس روش مناسبی برای بهبود نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد آنان است.

کلیدواژه‌ها: بیماری لوپوس، نارسایی هیجانی، راهبردهای مقابله با درد، درمان شناختی - رفتاری

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۵

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۴۰۴، دوره ۱۶ (۲): ۹۶-۸۶

مهری سیدموسوی^۱

علی‌رضا همایونی^{۲*}

سیده‌طاهره فائزی^۳

علی‌خانه‌کشی^۱

جمال صادقی^۴

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه

آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد بندر گز، دانشگاه

آزاد اسلامی، بندر گز، ایران

۳. مرکز تحقیقات روماتولوژی، بیمارستان

شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران،

ایران

۴. گروه روان‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه

آزاد اسلامی، بابل، ایران

نویسنده مسئول:

علی‌رضا همایونی

گلستان، شهرستان بندر گز، کیلومتر یک

اتوبان بندر گز به ساری، دانشگاه آزاد

اسلامی بندر گز

پست الکترونیک:

homayouni.ar@iau.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

عصبی می‌تواند سبب بروز عوارض عصبی - روانی ازجمله سردرد، تشنج، سکته، اختلالات خلقی مثل افسردگی، اضطراب، سایکوز، اختلالات شناختی، دلیریوم و دمانس شود.^۲

تشخیص این بیماری به علت درگیری قسمت‌های مختلف بدن و علائم بالینی مختلف، سخت و با سردرگمی زیادی همراه است؛ به شکلی که کالج

بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک یکی از مزمن‌ترین و پیچیده‌ترین اختلالات روان‌تنی در دوران معاصر است.^۱ لوپوس اریتماتوز سیستمیک، بیماری التهابی مزمنی است که به‌صورت درگیری کلیوی، خونی، قلبی، ریوی، عصبی یا ایمن‌شناسی ظاهر می‌شود. در این بیماری ارگان‌های متعدد بدن درگیر می‌شود. در ۷۵ درصد از بیماران درگیری سیستم

روماتولوژی آمریکا این را تحت عنوان بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک یا «فرینده بزرگ» نامیده است.^۳ بیماری فوق بسیار غیرمنتظره و در بیشتر موارد ناتوان کننده است و درمان آن نیازمند تجویز داروهای بالقوه سمی می باشد.^۴ دلیل ایجاد این بیماری همچنان کاملاً مشخص نیست؛ ولی داشتن استعداد ژنتیکی و همچنین برخورد با استرس های محیطی منجر به از تعادل بیرون آمدن سیستم ایمنی بدن، ایجاد آنتی بادی ها و بروز علائم بالینی می شود.^۵ همچنین این بیماری با درگیر کردن اعضای حیاتی و مهم بدن غالباً تأثیر زیان آور و منفی بر سلامت روانی، جسمی و اجتماعی فرد برجای می گذارد. درگیری زندگی فرد به مدت طولانی با نشانگان این بیماری از جمله علائم ظاهری و پوستی می تواند به تهدیدی برای هویت، تغییر وظایف، نقش ها و تغییر در تصویر ذهنی و به صورت کلی کاهش سلامت روانی منجر شود.^۶

پژوهش ها نشان داده است که یکی اثرات مخرب مبتلا بودن به بیماری لوپوس، مشکلات هیجانی و نارسایی هیجانی است.^۷ نارسایی هیجانی، مشکل در تشخیص و بیان احساسات را به دنبال دارد.^۸ به عبارت دیگر این مشکل با تفکر همراه با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تشخیص احساسات و حواس فیزیکی مشخص می شود. همچنین نارسایی هیجانی با ناتوانی در ابراز هیجانات و عواطف یا ناگویی خلقی همراه است.^۹ این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم دادن به هیجان ها با مشکلاتی روبه رو هستند.^{۱۰} در بیماران مبتلا به لوپوس نیز به نظر می رسد نارسایی هیجانی یکی از عواملی است که افراد نتوانند به خوبی میان هیجان های خود و همچنین احساسات بدنی تفاوت قائل شوند و همچنین احساسات بدنی را به راحتی بروز دهند یا به راحتی مطرح کنند.^۷ ازسوی دیگر اگرچه روش های درمان بیماری لوپوس مانند داروهای ضدالتهابی، استروئیدهای خوراکی، موضعی و تزریقی به عنوان روش های رایج تر

استفاده شده در درمان این بیماری، میزان بقای این افراد را افزایش داده اند، این روش های درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه مدت و بلندمدت در بیماران مذکور می شوند؛ به طوری که بیماران مبتلا به لوپوس از طیف وسیعی از علائم و نشانه های جسمی، روانی و اجتماعی طی فرایند تشخیص و درمان بیماری خود رنج می برند.^{۱۱}

پژوهشگران بر این باور هستند که راهبردهای مقابله ای، ادراک افراد از شدت درد و نیز توانایی آن ها را برای کنترل و تحمل درد و استمرار فعالیت های روزمره تحت تأثیر قرار می دهد.^{۱۲،۱۳} افراد مبتلا به بیماری های روان تنی مانند لوپوس برای کاهش درد، راهبردهای مقابله گوناگونی را به کار می گیرند که برخی از آنها انطباقی و برخی غیرانطباقی است.^{۱۴} مطالعات انجام شده بر بیماران مبتلا به درد مزمن نشان می دهد درحالی که استفاده از راهبردهای مقابله فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف با وجود درد، بی توجهی به درد، استفاده از آرامش عضلانی) نتایج انطباقی دارد، استفاده از راهبردهای مقابله غیرفعال (وابستگی یا تکیه به دیگران برای دریافت کمک برای کنترل درد و محدود کردن فعالیت) با افسردگی، درد و ناتوانی جسمی شدیدتر همراه است.^{۱۵}

با توجه به اهمیت احساس نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد در افراد مبتلا به بیماری لوپوس؛ استفاده از شیوه های مؤثر در بهبود این متغیرها اهمیت دارد؛ در این راستا، رویکرد شناختی - رفتاری از رویکردهایی در روان شناسی است که توجه پژوهشگران و روان شناسان را در چند دهه اخیر به خود جلب کرده است. این رویکرد می تواند به بیماران کمک کند تأثیرات روانی منفی بیماری شان را به کمترین مقدار برسانند.^{۱۶} حمایت تجربی قوی درباره کاربرد درمان شناختی - رفتاری برای مشکلات روانی شایع در بیماری های جسمی، با ارائه مراقبت بهداشتی نوین و تأکید بر درمان های دارای حمایت کاملاً

هماهنگ است.^{۱۶}

بر بهبود وضعیت بیماران مبتلا به اختلال لوپوس تأیید شده است؛ اما بازگشت نشانه‌ها پس از درمان درخور توجه است. اکثر پژوهش‌های گذشته به بررسی اثربخشی درمان بدون بررسی میزان عود بیماری لوپوس پرداخته‌اند و مطالعات اندکی اثرات ماندگاری این درمان را بر بیماری لوپوس سنجیده است. در پژوهش حاضر، نیاز به بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی در جمعیت‌های خاص مانند زنان مبتلا به اختلال لوپوس، ارزیابی تأثیر این مداخله درمانی بر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با اختلال لوپوس مانند نارسایی هیجانی و همچنین انجام پیگیری برای بررسی پایداری اثربخشی درمان در طول زمان، مدنظر قرار گرفت؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر احساس نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد زنان مبتلا به لوپوس انجام گرفت.

روش اجرا

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران زن مبتلا به لوپوس تشکیل دادند که برای مشاوره و درمان لوپوس به انجمن لوپوس تهران در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر داوطلب واجد شرایط به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه براساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه بود و حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مدنظر، ۱۵ نفر در هر گروه و در مجموع ۳۰ نفر به‌دست آمد. ملاک‌های ورود بیماران به این تحقیق عبارت بود از داشتن حداقل هجده سال تمام و داشتن سابقه بیش از یک سال ابتلا به بیماری لوپوس. معیارهای خروج بیماران از پژوهش نیز شامل سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی و حضور نداشتن در دو جلسه روان‌درمانی بود. برای این بیماران توسط

درمان شناختی - رفتاری، نوعی روان‌درمانی ساختاریافته کوتاه‌مدت است که از مشارکت فعال مراجع و درمانگر برای رسیدن به اهداف کمک می‌گیرد؛ همچنین گرایش آن به مسائل جاری و حل آنها است.^{۱۷} تاکنون مدل‌های شناختی - رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی ازجمله لوپوس تدوین شده و بسیاری از آنها در پژوهش‌های بالینی مؤثر شناخته شده است.^{۱۸} مایار و همکاران نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر بهبود سلامت روان بیماران لوپوس تأثیرگذار است.^{۱۹} نیسیانی حبیب‌آبادی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر استرس بیماران لوپوس تأثیرگذار است.^{۲۰}

دریای لعل و اکبری نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است.^{۲۱} فاضلی ثانی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن تأثیر گذار است.^{۲۲} مسچی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر شدت درد و سبک‌های مقابله با استرس بیماران مبتلا به زخم معده اثرگذار است.^{۲۳} سعیدی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد.^{۲۴} دوناتی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که آموزش شناختی - رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله با درد، کاهش افسردگی، استرس، ادراک درد و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اندومتروز مؤثر است.^{۲۵}

در مجموع باتوجه به اینکه بیماری لوپوس دارای پیامدهای روان‌شناختی ناتوان‌کننده است و نیاز به روان‌درمانی‌های مؤثر دارد، شناخت و درک بهتر عوامل روان‌شناختی مرتبط با عوامل ایجادکننده این بیماری می‌تواند در طراحی درمان‌های کارآمدتر مؤثر باشد. در برخی از مطالعات، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری

پزشک متخصص روماتولوژی و براساس معیارهای کالج روماتولوژی آمریکا تشخیص لوپوس داده شد. پرسش‌نامه نارسایی هیجانی تورنتو^{۲۶} و پرسش‌نامه راهبردهای مقابله با درد^{۲۷} طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دو ماهه پیگیری توسط پژوهشگر برای بیماران در دو گروه اجرا و نمره‌گذاری شد. مداخله شناختی - رفتاری، طی هشت جلسه هفتگی و به مدت دو ماه توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت که دوره‌های شناختی - رفتاری را طی کرده بود در کلینیک شخصی روی گروه مداخله انجام پذیرفت. پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از افراد دریافت کرد و اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به صورت مکتوب در اختیار آنها قرار گرفت؛ همچنین افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. پس از پایان پژوهش به منظور حفظ موازن اخلاقی، برنامه آموزش انجام در گروه مداخله، برای گروه گواه نیز اجرا شد.

پرسش‌نامه نارسایی هیجانی تورنتو: این پرسش‌نامه توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد^{۲۶}. این پرسش‌نامه دارای ۲۰ سؤال و ۳ زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات (۷ سؤال)، دشواری در شناسایی احساسات و افکار (۵ سؤال) و جهت‌گیری فکری بیرونی (۸ سؤال) است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۵ صورت می‌گیرد. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده نارسایی هیجانی زیاد است. آلفای کرونباخ کل مقیاس توسط بگبی و همکاران ۰/۷۴ گزارش شد. همچنین روایی همزمان این پرسش‌نامه برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های هوش هیجان (۰/۴۵-)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۵۱-) و درماندگی روان‌شناختی (۰/۴۷) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت^{۲۷}. در نمونه‌های ایرانی، پایایی پرسش‌نامه در دو نوبت با فاصله چهار

هفته ۰/۷۰ و ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین روایی همزمان این مقیاس با مقیاس‌های هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۷۰-، ۰/۶۸- و ۰/۴۴- به دست آمد^{۲۸}.

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله با درد: این پرسش‌نامه توسط روزنشتایل و کیف در سال ۱۹۸۳ طراحی شد^{۲۹}. این پرسش‌نامه با استفاده از ۴۲ عبارت، شش راهبرد مقابله‌ای شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفت‌وگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی، دعا / امیدواری) را می‌سنجد. هریک از راهبردهای مقابله‌ای، رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هریک از راهبردهای مقابله‌ای هفت‌گانه از شش عبارت تشکیل شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود هر عبارت را به دقت بخواند و با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص کند که به هنگام مواجهه با درد، تا چه میزان از هریک از راهبردهای مذکور استفاده می‌کند. نمرات بیشتر در این مقیاس به معنای به کارگیری راهبردهای مقابله با درد بیشتر توسط فرد و نمرات کمتر به معنای به کارگیری راهبردهای مقابله با درد کمتر توسط فرد است^{۲۹}. روزنشتایل و کیف، این پرسش‌نامه را در میان گروهی از بیماران مبتلا به کمردرد مزمن بررسی کردند و ضریب همسانی درونی هفت خرده‌مقیاس آن را بین ۰/۸۵-۰/۷۱ به دست آوردند^{۲۷}. نسخه فارسی پرسش‌نامه در پژوهش صفاری و همکاران بررسی شد و ضریب پایایی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی بین ۰/۸۳-۰/۷۴ به دست آمد^{۳۰}.

درمان شناختی - رفتاری: درمان شناختی - رفتاری شامل هشت جلسه مداخله‌ای بود که براساس پروتکل درمان شناختی - رفتاری مور و گارلند تنظیم شده است^{۳۱}. این برنامه به صورت هفتگی و به مدت شصت دقیقه برای گروه مداخله برگزار شد. روایی محتوای این برنامه آموزشی در پژوهش اولادیان نشان داده شده است^{۳۲}. در جدول ۱، خلاصه‌ای از این برنامه

جدول ۱: محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری^{۲۱}.

جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد رابطه، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار.
دوم	معرفی و شناسایی افکار ناکارآمد، ماهیت و نقش آن‌ها در چرخ معیوب خلق، رفتار و علام فیزیولوژیک و شناسایی افکار خودآیند منفی.
سوم	معرفی باورهای زیربنایی، نشان دادن رابطه افکار خودآیند منفی و باورهای زیربنایی و معرفی تحریف شناختی.
چهارم	معرفی روش‌های شناسایی باورهای زیربنایی با هدف بازشناسی باورها، شروع به تردید در مورد و ایجاد انعطاف در آن‌ها.
پنجم	آموزش مهارت اجتماعی نظیر جرأت‌آموزی و آموزش شیوه‌های حل مسأله و آموزش مدیریت استرس مانند تن‌آرامی.
ششم	معرفی بیشتر باورهای بنیادی و تقسیم‌بندی آن‌ها به دو دسته باورهای شرطی و باورهای غیرشرطی.
هفتم	معرفی باورهای غیرشرطی و اصلی و روش‌های تضعیف‌سازی این باورها.
هشتم	تولید و توسعه باورهای جایگزین منطقی و تشویق اعضای گروه به رفتارهای جدید که از باورهای جدید ناشی می‌شود.

آموزشی ارائه شده است. (۱۵ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین سنی و انحراف معیار شرکت‌کنندگان گروه مداخله $40/92 \pm 9/27$ سال و میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه گواه $42/50 \pm 8/99$ سال بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد در دو گروه مداخله و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، در گروه گواه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون در مقایسه با پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی نداشت؛ ولی در گروه مداخله، کاهش نمرات متغیر نارسایی هیجانی و افزایش نمرات راهبردهای مقابله با درد در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون مشاهده شد. در تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ابتدا بررسی پیش‌فرض‌های زیربنایی این آزمون صورت گرفت. برای بررسی نرمال‌بودن

برای توصیف و تحلیل داده‌ها، آمار توصیفی و آمار استنباطی به‌کاررفت. آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد بود. از آزمون شاپیرو - ویلک به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و از آزمون موخلی برای پیش‌فرض کرویت و از آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. همچنین به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله و مقایسه میانگین‌ها بین مراحل پژوهش، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نسخه ۲۷ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

با توجه به ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، در مجموع ۳۰ آزمودنی

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای بررسی شده در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه بین دو گروه مداخله و آزاد.

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مداخله	نارسایی هیجانی	۶۷/۴۸	۸/۴۷	۴۰/۷۰	۴/۱۳	۴۰/۵۰	۴/۳۲
	راهبردهای مقابله با درد	۶۷/۷۷	۷/۱۷	۸۳/۶۲	۶/۷۷	۸۴/۰۵	۷/۲۶
گواه	نارسایی هیجانی	۶۸/۴۸	۵/۱۶	۶۷/۷۸	۸/۲۸	۶۶/۵۵	۷/۲۱
	راهبردهای مقابله با درد	۶۷/۹۵	۷/۶۲	۶۸/۸۲	۸/۲۳	۶۸/۹۰	۵/۳۹

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
نارسایی هیجانی	گروه (مداخله و گواه)	۷۳۲۶/۰۴۴	۱	۷۳۲۶/۰۴۴	۱۷۵/۲۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
	زمان	۳۱۳۵/۶۵۱	۱	۳۱۳۵/۶۵۱	۵۵/۷۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۶
راهبردهای مقابله با درد	زمان*گروه (مداخله و گواه)	۲۳۵۳/۱۳۴	۱	۲۳۵۳/۱۳۴	۴۱/۸۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
	گروه (مداخله و گواه)	۲۲۱۳/۳۷۹	۱	۲۲۱۳/۳۷۹	۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۶
	زمان	۱۱۱۲/۰۸۹	۱	۱۱۱۲/۰۸۹	۳۷/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۹
	زمان*گروه (مداخله و گواه)	۸۸۲/۴۶۵	۱	۸۸۲/۴۶۵	۲۲/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۰

توزیع نمرات، آزمون شاپیرو - ویلک به کار رفت.

نتایج مبین آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع در متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد در هر دو گروه تایید می‌شود ($P>۰/۰۵$). طبق آزمون لون، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد تأیید شد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون کرویت موخلی مشخص کرد، در هر دو متغیر نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد فرض کرویت رد نشد؛ باتوجه به برقراری پیش‌فرض‌ها اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مقدور شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

براساس جدول ۳، نتایج اثر زمان در نمرات متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$)؛ نتایج به‌دست‌آمده اثر گروه مشخص کرد، تفاوت میان گروه مداخله و گروه گواه از نظر میانگین نمرات متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد در کل مراحل پژوهش معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$)؛

این مطلب اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد در پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به لوپوس در مقایسه با گروه گواه نشان داد. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرها برای سه بار اجرا آورده شده است.

همان‌گونه که نتایج مقایسه‌های زوجی در جدول ۴ میان دو گروه مداخله و گواه نشان می‌دهد، هم در نارسایی هیجانی و هم در راهبردهای مقابله با درد تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($P<۰/۰۰۱$) و نمرات پیش‌آزمون و پیگیری ($P<۰/۰۰۱$) در گروه مداخله وجود داشت، در صورتی که بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. به این ترتیب، یافته‌های آماری از یکسو حاکی از اثربخشی معنادار برنامه آموزشی پژوهش حاضر بر نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد است و ازسوی دیگر نشان می‌دهد که اثرات این برنامه در مرحله پیگیری همچنان به قوت خود باقی مانده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه نمرات گروه مداخله در مراحل مختلف اندازه‌گیری.

متغیر	گروه	مراحل مداخله	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
نارسایی هیجانی	مداخله	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۲۶/۷۸	<۰/۰۰۱
	گواه	پس‌آزمون و پیگیری	۰/۲	۱
راهبردهای مقابله با درد	گواه	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۷	۰/۸
	مداخله	پس‌آزمون و پیگیری	۱/۲۳	۰/۶
	گواه	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	-۱۵/۸۵	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون و پیگیری	-۰/۴۳	۱

بحث

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد زنان مبتلا به لوپوس بود. اولین یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش نارسایی هیجانی در آزمودنی‌های گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه شد. این نتیجه به با نتایج پژوهش مایار و همکاران^{۱۹}، دریای لعل و اکبری^{۲۱} و سعیدی و همکاران^{۲۷} همسو است که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر بهبود نارسایی هیجانی و مشکلات هیجانی بیماران روانی‌تنی مانند لوپوس نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه می‌توان چنین عنوان نمود که به‌طور کلی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود عملکرد ساختارهایی از مغز که در بازشناسی هیجان دخیل بوده، به‌طور معناداری مؤثر است. هینتون و همکاران نشان دادند که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در افزایش ظرفیت تنظیم هیجان می‌توان به تونوس عصب واگ نسبت داد. در حقیقت در افرادی که دوره درمان شناختی - رفتاری را طی می‌کنند، ظرفیت تنظیم هیجان افزایش می‌یابد. این بهبود توانایی تنظیم هیجان از طریق تنظیم تونوس عصب واگ تعدیل می‌شود که در برگرداندن تمرکز از محرک منفی به محرک مثبت نقش دارد^{۳۳}. با توجه به اینکه نارسایی خلقی - هیجانی با اضطراب و افسردگی همراه است، اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری را بر کاهش نارسایی هیجانی و به‌زعم آن اضطراب و افسردگی، می‌توان با توجه به راهکارهای شناختی - رفتاری در نظر گرفته شده در پژوهش حاضر از جمله آموزش مدیریت استرس تبیین نمود^{۱۹}. با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، از قبیل تن‌آرامی و آرامش عضلانی که موجب تقویت فعالیت سیستم پاراسمپاتیک می‌شود و فنون شناختی که به بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی و غیرمنطقی را شناسایی و تفکرات مثبت

منطقی و طرح‌واره‌های ذهنی امیدبخش را جایگزین کند، افراد یاد می‌گیرند که در قبال احساسات خود آگاهی پیدا کرده و هیجان‌های منفی خویش مانند ناراحتی و غمگینی یا عصبانیت را کنترل کنند^{۲۲}. از سوی دیگر نارسایی‌های هیجانی به نوعی با نحوه پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی از جمله بیماری لوپوس مرتبط است؛ به‌گونه‌ای که در سبک پردازش شناختی و تنظیم هیجانات این بیماران نارسایی وجود دارد. در واقع در افراد مبتلا به لوپوس از سبک پردازش عینی در تجارب و موقعیت‌های بین فردی مختلف استفاده می‌شود؛ به‌گونه‌ای که به‌دلیل استفاده از این سبک پردازشی نمی‌توانند در هشیاری خود بین وقایع و افکار و ادراکات درونی و بیرونی تمایز قائل شوند^۷. در درمان شناختی - رفتاری از طریق پرورش سبک پردازش شناختی سازگاران می‌آموزند که افکار و هیجانات همیشه منفی نیستند و می‌توانند با شناخت جنبه‌های سازگاران آن، دیدگاه واقع بینانه‌تری نسبت به این هیجانات کسب کنند که این مهارت از طریق تمرین در این رویکرد درمانی تقویت و توسعه می‌یابد^{۲۱}. به‌علاوه همان‌گونه که اشاره شد یکی از مهم‌ترین متغیرهای مرتبط با مشکلات هیجانی در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی، باورهای منفی نسبه هیجانات است که این باورها می‌توانند روی پاسخ و رفتارهای افراد، افکار و هیجانات و آن‌ها اثرگذار باشند، بنابراین شناسایی باورهای منفی این بیماران در مورد افکار و هیجانات مختلف تجربه شده و به چالش کشیدن و اصلاح این باورها با به‌کارگیری فنون مختلفی از جمله پرسش و پاسخ سقراطی و اتخاذ دیدگاه حل مسأله و ... که در درمان شناختی - رفتاری به‌کار گرفته می‌شود، می‌تواند اثر قابل توجهی در کاهش نارسایی‌های هیجانی در این بیماران داشته باشد^{۱۹}. یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود راهبردهای مقابله با درد در

آزمودنی‌های گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه شد. این نتیجه همسو با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین از جمله فاضلی ثانی و همکاران^{۲۲}، مسچی و همکاران^{۲۳} و دوناتی و همکاران^{۲۵} است که در پژوهش خود اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر بهبود راهبردهای مقابله با درد و همچنین شدت درد بیماران روان‌تنی نشان داده‌اند.

در تبیین یافته حاضر می‌توان این‌گونه استدلال کرد که با استفاده از درمان شناختی - رفتاری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران، سبک پردازش آن‌ها تغییر می‌کند. استرس ناشی از ابتلای به یک بیماری مزمن و دائمی مثل لوپوس عوارض روان‌شناختی متعددی را می‌تواند برای فرد بیمار و هم خانواده وی به دنبال داشته باشد^{۲۲}. با توجه به اینکه تکنیک‌های شناختی - رفتاری مستقیماً بر علائم جسمانی تمرکز داشته و شیوه آرام‌کردن و کاهش تنش را به فرد می‌آموزد و باعث کاهش اضطراب می‌شود؛ این مسئله رابطه مستقیم با بیماری لوپوس دارد^{۲۰}. همچنین می‌توان گفت در دوره درمان شناختی - رفتاری، بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد (به‌خصوص در مورد تلقی از لوپوس به‌عنوان یک بیماری جسمانی ناتوان‌کننده مزمن) صورت می‌پذیرد؛ در نتیجه موجب کاهش استرس و افزایش سلامت عمومی در این بیماران می‌شود. همچنین می‌توان بیان کرد که افراد برخوردار از راهبردهای سازگارانه مقابله با خودگردانی هیجانی زمینه افزایش سلامت روان خود را فراهم می‌کنند و به این ترتیب افراد با شرایط و وضعیت روان‌شناختی بهتری می‌توانند با مشکلات و مسائل مربوط به بیماری برخورد کنند^{۲۳}.

ازسوی دیگر در درمان شناختی - رفتاری به تغییر فرآیندها و فعالیت‌های روان‌شناختی از قبیل نشخوار فکری، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد با اختلالاتی نظیر لوپوس به آن دچار هستند،

پرداخته می‌شود؛ درواقع درمان شناختی - رفتاری از طریق ایجاد بینش در این بیماران زمینه را برای به‌دست‌آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند^{۱۹}. به عبارت دیگر هدف مدل درمانی شناختی - رفتاری در این اختلالات، شناسایی شناخت‌های ناکارآمد و جایگزین کردن آنها با باورهای کارآمد و منطقی و راهبردهای کارآمد به جای ناکارآمد است. همچنین در درمان شناختی - رفتاری، بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد درباره بیماری خود و تقویت باورهای مثبت و امیدبخش در بیماران و نیز کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت؛ این امر می‌تواند موجب کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از تلقی بیماری به‌عنوان بیماری ناتوان‌کننده مزمن شود و براین اساس بهبود راهبردها را نیز در پی خواهد داشت^{۲۱}. همچنین در تبیین نتایج درمان می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان شناختی - رفتاری دارای برنامه ارزیابی و مقیاس‌های دقیقی بوده و از این طریق، مشاور را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می‌دهد. برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند راهبردهای ناکارآمد را به چالش بکشانند، بنابراین یکی از دلایل بهبودی به‌وسیله این درمان استفاده از نظام‌مندی و ساختارمندی است که در این درمان وجود دارد.

در مجموع براساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی - رفتاری بر زنان مبتلا به بیماری لوپوس، روش مناسبی برای بهبود نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله با درد آنان است. در انتها برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونه پژوهش حاضر فقط به نمونه بیماران انجمن لوپوس تهران محدود شد بنابراین، تعمیم نتایج به بیماران و گروه‌های دیگر به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری اطلاعات

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری مصوب در شوری تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از زحمات تمامی عزیزانی که در اجرای پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی کنند.

براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی، مستعد تحریف است. پیشنهاد می‌شود در آینده، پژوهش‌هایی با نمونه‌های بزرگتر و همچنین دوره‌های پیگیری بالاتری انجام شود.

References

1. Tsokos GC. The immunology of systemic lupus erythematosus. *Nat Immunol* 2024; 25:1332-43.
2. Lazar S, Kahlenberg JM. Systemic lupus erythematosus: New diagnostic and therapeutic approaches. *Annu Rev Med* 2023;74:339-52.
3. Studenic P, Aletaha D, de Wit M, et al. American college of rheumatology/eular remission criteria for rheumatoid arthritis: 2022 revision. *Arthritis Rheumatol* 2023;75:15-22.
4. Frostegård J. Systemic lupus erythematosus and cardiovascular disease. *J Intern Med* 2023;293:48-62.
5. Crow MK. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus: Risks, mechanisms and therapeutic targets. *Ann Rheum Dis* 2023;82:999-1014.
6. Faria R, Guimarães de Oliveira D, Alves R, et al. Psychological impact of life events in systemic lupus erythematosus patients - differences between flares and remission. *Lupus* 2024;33:1139-44.
7. Faidiga MR, Judeikis GA, Nisihara R, et al. Alexithymia in systemic lupus erythematosus: A cross sectional study in a brazilian sample. *Lupus* 2023;32:136-41.
8. Khan AN, Jaffee SR. Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: A meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2022;63:963-72.
9. Preece DA, Petrova K, Mehta A, et al. Alexithymia or general psychological distress? Discriminant validity of the toronto alexithymia scale and the perth alexithymia questionnaire. *J Affect Disord* 2024;352:140-45.
10. Preece DA, Mehta A, Becerra R, et al. Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *J Affect Disord* 2022;296:337-41.
11. De Vriese AS, Sethi S, Fervenza FC. Lupus nephritis: Redefining the treatment goals. *Kidney Int* 2025;107:198-211.
12. Vertsberger D, Talmon A, Ziadni M, et al. Intensity of chronic low back pain and activity interference: A daily diary study of the moderating role of cognitive pain coping strategies. *Pain Med* 2023;24:442-50.
13. Nurrohman A, Fanani M, Debre S. Relationship between coping strategies and anxiety in patients with systemic lupus erythematosus. *J Kedokteran Syiah Kuala* 2024;24.
14. Abdelstar Farouk Y, Hafez Afeze Barakat A, Saied Adam Mohamed S. Level of stress, coping, and self-acceptance among patients with systemic lupus erythematosus. *Egypt. J. Health Care* 2023;14:1129-44.
15. Norbury A, Hauser TU, Fleming SM, et al. Different components of cognitive-behavioral therapy affect specific cognitive mechanisms. *Sci Adv* 2024;10:eadk3222.
16. Henrich D, Glombiewski JA, Scholten S. Systematic review of training in cognitive-behavioral therapy: Summarizing effects, costs and techniques. *Clin Psychol Rev* 2023;101:102266.

17. Cohen ZD, Barnes-Horowitz NM, Forbes CN, et al. Measuring the active elements of cognitive-behavioral therapies. *Behav Res Ther* 2023;167:104364.
18. Vicente-Escudero JL. Efficacy of psychological interventions to reduce anxiety and depression in patients with lupus. A systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Clín* 2024;20:440-51.
19. Mapar M, Mirzaian B, Hasanzadeh R, et al. The effects of cognitive-behavioral group therapy on mental health and body image concerns in patients with systemic lupus erythematosus. *J Disabil Stud* 2021;11:48. (persian)
20. Neysiani HabibAbadi F, TaherNeshatDoost T, Molavi H. et al. The efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on perceived stress of female patients with systemic lupus erythematosus. *J Res Behav Sci* 2011;9:222-28. (persian)
21. Gholamreza D, Bahman A. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotional processing in students with social anxiety disorder. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2022;65:1950-61.
22. Fazeli sani F, Salehi M, Rafiepoor A, et al. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on coping strategies and pain catastrophizing in patients with pain disorder. *J Health Psychol* 2021;4:29-46.
23. Maschi M, Sodagar S, Jomehri F, et al. Effects of cognitive-behavioral therapy on pain intensity and stress coping styles in patients with gastric wound. *J Arak Uni Med Sci* 2021;23:860-71.
24. Saedi S, Hatami M, Asgari P, et al. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain self-efficacy of patients with chronic pain. *Int J Med Res Health Sci* 2016;5:277-84.
25. Donatti L, Podgaec S, Baracat EC. Efficacy of cognitive behavioral therapy in treating women with endometriosis and chronic pelvic pain: A randomized trial. *J Health Psychol* 2025;30:1004-16.
26. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item toronto alexithymia scale--i. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
27. Hafezi S, Zare H, Najafi Mehri S, et al. The Multidimensional Fatigue Inventory validation and fatigue assessment in Iranian distance education students. In 2010 4th Int Confer Dis Learn Edu 2010: 195-198
28. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a farsi version of the 20-item toronto alexithymia scale with a sample of iranian students. *Psychol Rep* 2007;101:209-20.
29. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983;17:33-44.
30. Saffari M, Pakpour AH, Yaghobidoot M, et al. Cross-cultural adaptation of the spinal cord lesion-related coping strategies questionnaire for use in iran. *Injury* 2015;46:1539-44.
31. Moore RG, Garland A. Cognitive therapy for chronic and persistent depression. *J Wil Sons* 2004; 21-68
32. Oladian S. Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on the symptoms of oppositional defiant disorder in children. . *J Appl Fam Ther* 2020;1:200-20.
33. Hinton DE, Hofmann SG, Pitman RK, et al. The panic attack-posttraumatic stress disorder model: Applicability to orthostatic panic among cambodian refugees. *Cogn Behav Ther* 2008;37:101-16.

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain coping strategies of women with lupus

Mehri Seyedmousavi, BSc¹
Alireza Homayouni, PhD^{2*}
Seyedehtahereh Faezi, PhD³
Ali Khanekeshi, PhD¹
Jamal Sadeghi, PhD⁴

1. Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
2. Department of Psychology, Bandar-e-Gaz Branch, Islamic Azad University, Bandar-e-Gaz, Iran
3. Rheumatology Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Psychology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran

Received: Jul 01, 2025
Accepted: Sep 16, 2025
Pages: 86-96

Corresponding Author:
Alireza Homayouni, PhD

Golestan, Bandar-e-Gaz, 1st kilometer of Bandar-e-Gaz to Sari Highway, Islamic Azad University, Bandar-e-Gaz Branch,
Email: homayouni.ar@iau.ac.ir

Conflict of interest: None to declare

Background and aim: The aim of the present study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on Alexithymia and pain coping strategies in women with lupus.

Methods: The research method was semi experimental with a pretest–posttest and two–month follow–up design with a control group. The statistical population of this research included all female patients with lupus who had referred to the Lupus Association in 2024 for lupus counseling and treatment. Among the statistical population, 30 qualified volunteers were available entered into the study and randomly assigned to two experimental and control groups (each group includes 15 people). The cognitive-behavioral therapy was implemented in the experimental group as 8 sessions one a week. Data analysis of the research was conducted using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test at a significance level of 0.05, with SPSS software version 27.

Results: The results indicated that the effect of time, the effect of group, and the interaction effect of time and group on emotional distress scores and pain coping strategies were significant ($p < 0.001$). In the intervention group, there was a significant difference in Alexithymia scores and pain coping strategies between the pre-test and post-test stages, as well as between the pre-test and follow-up ($p < 0.001$). However, no significant difference observed between the post-test and follow-up for these variables.

Conclusion: This research showed that teaching the cognitive-behavioral therapy to women with lupus is suitable for improving alexithymia and pain coping strategies.

Keywords: lupus disease, alexithymia, pain coping strategies, cognitive-behavioral therapy

