اثربخشی کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در پسوریازیس

شکوفه بخشی
دکتر محمدعلی سپهوندی
دکتر سیمین غلامرضایی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

زمینه و هدف: پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن است. دشواری تنظیم هیجان در مبتلایان به پسوریازیس، بر اهمیت رویکردی وسیع‌تر در مدیریت بالینی این بیماری تأکید دارد. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به پسوریازیس بود.

روش اجرا: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون همراه با گروه شاهد و پیگیری بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی مبتلایان به پسوریازیس مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و کلینیک‌های تخصصی پوست شهرستان خرم‌آباد بودند. ابتدا، بیماران با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج غربال شدند، سپس ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی، در دو گروه آزمایشی و شاهد گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) بود. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند. تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نسخه‌ی ۲۳ نرم‌افزار SPSS و با آزمون‌های نرمال‌بودن، تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تک‌متغیره (ANCOVA) صورت گرفت.

یافته‌ها: کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش نمرات راهبردهای انطباقی و کاهش نمرات راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به پسوریازیس گردید و اثر درمان در مدت پیگیری ماندگار بود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به پسوریازیس مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: پسوریازیس، ذهن‌آگاهی، کاهش استرس، تنظیم شناختی هیجان

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۰۹

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۸، دوره‌ی ۱۰ (۴): ۲۱۳-۲۰۱

نویسنده‌ی مسئول:
دکتر محمدعلی سپهوندی

خرم‌آباد، کیلومتر ۵ جاده تهران، دانشگاه لرستان، گروه روان‌شناسی
پست الکترونیک:
sepahvandi.mo@lu.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

پسوریازیس یک بیماری پوستی خودایمنی، روان‌تنی و چندسیستمی است. به‌نظر می‌رسد عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی در تعامل، منجر به بروز بیماری پسوریازیس می‌گردند[۱و۲]. شروع این بیماری ممکن است به دلیل برخی ماشه‌چکان‌ها ازجمله نوسانات دمایی، عفونت‌ها و استرس شدید باشد[۳]. علامت کلاسیک این بیماری، ضایعات پوستی است که با پلاک‌های فلس‌مانند نقره‌ای خارش‌کننده ایجاد می‌شوند[۴]. شیوع پسوریازیس از ۱/۴ تا ۳/۳ درصد با توجه به تفاوت‌های جغرافیایی و قومی برآورد می‌شود[۵]. شیوع بیماری در بین زنان و مردان، یکسان است[۶]. براساس پژوهش‌ها بین دشواری تنظیم هیجان‌ها و ویژگی‌های روان‌شناختی در ناتوانی پسوریازیس رابطه وجود دارد که در مدیریت بالینی پسوریازیس حائز

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

اهمیت است[۷]. با توجه به اینکه مبتلایان به‌خصوص در شرایط عود بیماری در معرض استرس فراوانی هستند، عمدتاً در زمینه‌ی تنظیم هیجان مشکلاتی دارند. تنظیم هیجان یک چالش مهم در زمینه‌ی مراقبت‌های سلامت روان است که نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. بیماران مبتلا به پسوریازیس سطوح بالاتری از مشکلات تنظیم هیجان به‌ویژه در رابطه با انعطاف‌پذیری و سازگاری با وضعیت دارند[۷]. این افراد دچار احساس ناراحتی، شرم، ترس مداوم از عود، خشم و ناامیدی در مورد بیماری می‌شوند[۸]. علاوه‌بر این، خانواده و همسران مبتلایان ممکن است ازنظر فشارهای اقتصادی و عاطفی تحت تأثیر قرار گیرند[۹]. مدیریت روابط بین‌فردی برای این افراد دشوار است[۱۰]. مشکلات هیجانی در پسوریازیس حتی ممکن است منجر به خودکشی شود[۱۱]. در مبتلایان به بیماری‌های پوستی ازجمله پسوریازیس، راهبردهای تنظیم هیجان فرایندهایی هستند که افراد برای مقابله با عوامل تنش‌زا (مانند پوست) استفاده می‌کنند. هم‌چنین این راهبردها با کیفیت زندگی مبتلایان در ارتباط است[۱۲و۱۳].

تنظیم هیجان به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان توانایی برای مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود تعریف شده است. یادگیری تنظیم هیجان‌ها و احساسات، یک مهارت کلیدی هیجانی ـ اجتماعی است که انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های هیجانی تحریک‌پذیر را امکان‌پذیر می‌سازد[۱۴]. یکی از متداول‌ترین راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشوند[۱۵]. تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان مجموعه‌ای از پردازش‌های درونی و بیرونی، مسئول بازبینی، ارزشیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی تعریف می‌شود[۱۶]. راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است انطباقی (سازگارانه) یا غیرانطباقی (ناسازگارانه) باشند. از مداخله‌های روان‌شناسانه که در رابطه با پسوریازیس انجام شده است می‌توان به درمان شناختی ـ رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی اشاره نمود[۱۷]. بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش پایدار در احساسات و هیجان‌های مثبت می‌گردد[۱۸-۲۰].

ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌صورت آگاهی لحظه به لحظه و بدون داوری دانست، آموزش و تمرین توجه‌کردن به یک شیوه خاص، یعنی حضور غیر واکنشی، بدون قضاوت، صاف و صادق در لحظه کنونی[۲۱]. پژوهشگران در بررسی‌های سنجش هیجان و خلق به این نتیجه دست یافتند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیش از ۷۰٪ تنظیم هیجان را کنترل می‌کند[۲۲]. با توجه به این‌که پذیرش و سازگاری با پسوریازیس مستلزم کمک‌های بنیادی و پشتیبانی عاطفی است[۲۳]، این افراد نیاز به درمان‌های حمایتی روانی ـ اجتماعی دارند[۲۴]. درواقع عدم موفقیت در تنظیم هیجانات به‌ویژه در رابطه با کنترل استرس و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی، ضرورت مداخلات روان‌شناختی را در مورد پسوریازیس آشکار می‌سازد و مداخلات روان‌شناختی باید در تلاش‌های متقابل میان‌رشته‌ای برای درمان این بیماران به‌کار گرفته شود و برای حل مشکلاتی در زمینه‌ی پذیرش بیماری و هیجان‌های منفی مرتبط با آن اقدام شود[۷]. با درنظرگرفتن این نکته، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به پسوریازیس انجام گرفته است.

روش اجرا

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد و پیگیری

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

شش هفته‌ای بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل تمامی مبتلایان به پسوریازیس مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و کلینیک‌های تخصصی پوست شهرستان خرم‌آباد بودند که با تشخیص متخصص پوست به پژوهشگر معرفی شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس است؛ بدین‌صورت که پژوهشگر به مدت چندین هفته در روزهای مختلف با مراجعه به درمانگاه و کلینیک‌های متخصصان پوست شهر خرم‌آباد، از میان کلیه‌ی مبتلایان به پسوریازیس مراجعه‌کننده، تعداد ۲۴ نفر به‌صورت نمونه در دسترس انتخاب و با رعایت ملاک‌های ورود و خروج و رضایت افراد به‌صورت تصادفی، در دو گروه آزمایشی و شاهد گمارده شدند (۱۲ نفر در هر گروه). درنهایت ۱۱ نفر در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه شاهد مشارکت داشتند. یک نفر از افراد گروه آزمایشی به‌دلیل شرکت نامنظم در جلسات و انجام‌ندادن تمرین‌ها از گروه خارج شد. ملاک‌های ورود شامل افراد با سن ۶۵-۱۸ سال، تشخیص پسوریازیس ازسوی متخصص پوست، رضایت به شرکت در این طرح، عدم ابتلا به بیماری روانی یا هر نوع بیماری جسمانی دیگر به‌جز پسوریازیس، ثابت‌ماندن داروها (درصورت مصرف دارو) در مدت انجام پژوهش و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، عدم همکاری و انجام‌ندادن تکالیف و ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی بود. ملاحظات اخلاقی شامل آگاهی‌دادن به شرکت‌کنندگان از روند پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و محرمانه‌ماندن اطلاعات لحاظ گردید. این پژوهش با اخذ مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی لرستان (IR.LUMS.REC.1398.029) انجام گرفته است.

در این پژوهش، دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) سنجیده شدند. سپس مداخله برای گروه آزمایشی به مدت هشت جلسه (هر هفته یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای) انجام و متغیر مستقل (کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی) اعمال شد. هم‌چنین درمانگر با تماس تلفنی، از بیماران حمایت می‌کرد. در این مدت گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سرانجام از دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مقایسه شدند. به‌منظور بررسی ماندگاری اثر مداخله، شش هفته بعد از پس‌آزمون، از دو گروه پیگیری به عمل آمد. محتوای جلسات روان‌درمانی در جدول ۱ آمده است[۲۵].

با توجه به هدف پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: CERQ) گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) بود. این پرسش‌نامه، مقیاسی چندبعدی و یک ابزار خودگزارشی ۱۸ ماده‌ای

جدول ۱: پروتکل روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)

جلسه‌ی اول	هدایت خودکار: برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، تمرین خوردن کشمش
جلسه‌ی دوم	رویارویی با موانع: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین وارسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین وارسی بدن، تمرین مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی تنفس
جلسه‌ی سوم	حضور ذهن از تنفس: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین مراقبه‌ی نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای
جلسه‌ی چهارم	ماندن در زمان حال: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین پنج دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»، تمرین مجدد ذهن‌آگاهی تنفس و وارسی بدن
جلسه‌ی پنجم	اجازه / مجوز حضور: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، توضیحاتی پیرامون استرس و رابطه‌ی آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی
جلسه‌ی ششم	افکار حقایق نیستند: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، یوگای هشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه‌ی نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار)
جلسه‌ی هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرین‌های جلسات قبل، تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه‌ی هشتم	پذیرش و تغییر: مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تمرین وارسی بدن، جمع‌بندی جلسات و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه‌ی تمرین‌ها

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به‌ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، در پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان به دو دسته‌ی کلی راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نایافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، راهبردهای سازش‌یافته و زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری و فاجعه‌نمایی و راهبردهای سازش‌نایافته هستند[۲۶]. پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله‌ی شناختی از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ ۸۰٪ تأیید شد[۲۷]. روایی و پایایی فرم فارسی این مقیاس مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است[۲۸]. در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان به‌ترتیب برابر با ۸۵٪ و ۷۳٪ به‌دست آمد.

به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تک‌متغیره (ANCOVA) بهره گرفته شد. قبل از اجرای این آزمون‌ها، پیش‌فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

ازنظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سن گروه شاهد ۳۴/۵۰ سال، میانگین سن گروه آزمایشی برابر با ۳۷/۷۵ سال و میانگین سن کل شرکت‌کنندگان در این پژوهش برابر با ۳۶/۱۳ سال بود. ازنظر تحصیلات، بیشترین فراوانی در گروه شاهد مربوط به شرکت‌کنندگانی با تحصیلات دیپلم (۵۰ درصد) و کمترین آن‌ها با تحصیلات زیردیپلم با (۸ درصد) بوده است. در گروه آزمایشی، بیشترین فراوانی مربوط به افرادی با تحصیلات دیپلم (۴۵ درصد) و کمترین آن‌ها با تحصیلاتی در سطح کارشناسی ارشد (۱۰ درصد) قرار دارند. هم‌چنین در گروه شاهد، ۴۲ درصد و در گروه آزمایشی ۳۶ درصد در سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم قرار داشتند. ازنظر وضعیت تأهل، در گروه‌های شاهد و مداخله بیشترین فراوانی مربوط به افراد متأهل بود (۶۷ درصد در گروه شاهد و ۷۳ درصد در گروه آزمایشی). ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی و ۸۳ درصد گروه شاهد را زنان تشکیل می‌دادند. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایشی، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، میانگین نمرات هیجان‌های انطباقی افزایش و هیجان‌های غیرانطباقی کاهش یافته است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در دو گروه آزمایشی و شاهد، مقدار سطح معناداری در بالاتر از حد تصمیم ۵ درصد قرار دارد ($P>۰/۰۵$) که نشان از تأیید فرض نرمال بودن داده‌ها دارد. به‌منظور سنجش پیش‌فرض

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات تنظیم شناختی هیجان شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی و شاهد در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		عضویت گروهی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم شناختی هیجانی	هیجان انطباقی	آزمایشی	۲۱/۱	۵/۲۶	۲۳/۲	۵/۳۴	۲۳/۷	۵/۴۹
		شاهد	۲۴/۸۳	۳/۵۶	۲۴/۵۰	۴/۱۴	۲۴/۴۱	۴/۴۲
	هیجان غیرانطباقی	آزمایشی	۲۹/۴	۴/۷۱	۲۶/۸	۵/۷۴	۲۶/۰	۴/۹۸
		شاهد	۲۸/۵۸	۳/۴۴	۲۸/۶۶	۳/۴۴	۲۸/۱۶	۳/۶۸

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

جدول ۳: آزمون مفروضه‌ی بهنجاربودن توزیع نمرات

متغیر		گروه	شاپیرو ـ ویلک		
			آماره	درجه‌ی آزادی	معناداری
تنظیم شناختی هیجانی	هیجان انطباقی	آزمایشی	۰/۹۳	۱۱	۰/۴۸
		شاهد	۰/۸۸	۱۲	۰/۰۹۸
	هیجان غیرانطباقی	آزمایشی	۰/۹۴	۱۱	۰/۵۷
		شاهد	۰/۹۶	۱۲	۰/۸۹

همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات هیجان‌های انطباقی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و شاهد) در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). هم‌چنین اندازه‌ی این اثر در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب برابر با ۴۵٪ و ۴۷٪ است؛ بنابراین در پس‌آزمون ۴۵ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان‌های انطباقی به طریق مداخله قابل تبیین است.

با توجه به نتایج جدول ۶، بین میانگین نمرات هیجان‌های غیرانطباقی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه شاهد و آزمایشی) در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). اندازه‌ی این اثر در پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب برابر با ۰/۳۹ و ۰/۴۳

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

شاخص متغیر	مرحله	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	معناداری
هیجان انطباقی	پس‌آزمون	۰/۰۷۱	۱	۲۱	۰/۷۹
	پیگیری	۰/۰۲۷	۱	۲۱	۰/۸۷
هیجان غیرانطباقی	پس‌آزمون	۰/۱۶	۱	۲۱	۰/۶۸
	پیگیری	۰/۳۰	۱	۲۱	۰/۵۹

است؛ بدین معنی که در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب ۳۹ و ۴۳ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان‌های غیرانطباقی به طریق مداخله قابل تبیین است. با توجه به نتایج جدول‌های ۴ و ۵ می‌توان نتیجه گرفت که اندازه‌ی اثر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله‌ی پیگیری، افزایش یافته است که نشان از ماندگاری و تداوم تأثیر مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به پسوریازیس دارد. با توجه به نتایج به‌دست آمده، تمرین‌های ذهن‌آگاهی این قابلیت را دارند که با تکرار مداوم تبدیل به روشی مؤثر و قدرتمند برای مقابله با هیجان‌های منفی و فشارهای ذهنی افراد گردند. در چنین حالتی افراد می‌توانند وقایع را با وضوح بیشتری ببینند و از چرخه‌ی افکار و هیجان‌های منفی رهایی یابند. به همین دلیل اثربخشی آموزه‌های روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی حتی می‌تواند به مرور زمان افزایش یابد.

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود پس از خارج‌کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کواریانس چندمتغیری، اثر معناداری برای عامل عضویت گروهی در پس‌آزمون ($P<۰/۰۵$، $F=۹/۶۳$، ضریب لامبدای ویلکز ۰/۱۹۹ و اندازه‌ی اثر ۰/۸۰) و پیگیری ($P<۰/۰۵$، $F=۴/۹۸$، ضریب لامبدای ویلکز ۰/۳۲۵ و اندازه‌ی اثر ۰/۶۷) وجود دارد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به پسوریازیس داشته است و این تأثیر در مدت پیگیری شش هفته‌ای (یک ماه و نیم) ماندگار است.

با توجه به نتایج جدول ۸، پس از خارج‌کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کواریانس چندمتغیری، اثر معناداری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی پس‌آزمون ($P<۰/۰۵$، $F=۳/۲۱$،

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری نمرات راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه‌ی اثر
هیجان انطباقی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴۳۷/۳۱۲	۱	۴۳۷/۳۱۲	۲۳۴/۳۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۲
		عضویت گروهی	۳۰/۴۶۰	۱	۳۰/۴۶۰	۱۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵
		خطا	۳۷/۳۲۴	۲۰	۱/۸۶۶			
		کل	۱۳۵۸۹/۰	۲۳				
	پیگیری	پیش‌آزمون	۴۶۰/۷۴۹	۱	۴۶۰/۷۴۹	۱۶۳/۵۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۹
		عضویت گروهی	۵۰/۷۰۴	۱	۵۰/۷۰۴	۱۷/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۴۷
		خطا	۵۶/۳۴۹	۲۰	۲/۸۱۷			
		کل	۱۳۸۶۴/۰	۲۳				

ضریب لامبدای ویلکز ۰/۵۲۱ و اندازه‌ی اثر ۰/۴۸) و مرحله‌ی پیگیری (P<۰/۰۵، F=۵/۶۴، ضریب لامبدای ویلکز ۰/۳۸۳ و اندازه‌ی اثر ۰/۶۲) بر راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به پسوریازیس تأثیر معناداری داشته است و تأثیر این مداخله‌ی روان‌درمانی پس از ۶ هفته تداوم داشته است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به پسوریازیس انجام گرفت. با توجه به یافته‌ها، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به پسوریازس، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است. به عبارت دیگر پس از اعمال مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایشی، میانگین هیجان‌های انطباقی در پس‌آزمون و پیگیری افزایش‌یافته و از میانگین هیجان‌های غیرانطباقی در پس‌آزمون و پیگیری کاسته شده است، درحالی که میانگین نمرات هیجان‌های انطباقی و غیرانطباقی گروه شاهد، در مرحله‌های پس‌آزمون و پیگیری تغییر معناداری نداشته است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، باعث اثربخشی معناداری در تنظیم شناختی هیجان (افزایش راهبردهای انطباقی و کاهش راهبردهای غیرانطباقی) گردیده است. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش‌هایی که ذهن‌آگاهی را روشی مؤثر برای کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی مبتلایان به بیماری‌های پوستی یافتند، همسو است[۲۹-۳۲]. تحقیق نوروزی و

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس نمرات راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه‌ی اثر
هیجان غیرانطباقی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۹۴/۰۲۹	۱	۳۹۴/۰۲۹	۱۱۸/۹۰۹	۰/۰۰۰	۰/۸۵
		عضویت گروهی	۴۳/۳۵۱	۱	۴۳/۳۵۱	۱۳/۰۸	۰/۰۰۲	۰/۳۹
		خطا	۶۶/۲۷۴	۲۰	۳/۳۱۴			
		کل	۱۸۲۳۳/۰	۲۳				
	پیگیری	پیش‌آزمون	۳۲۳/۰۷	۱	۳۲۳/۰۷	۱۰۹/۶۵۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴
		عضویت گروهی	۴۵/۴۱۰	۱	۴۵/۴۱۰	۱۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳
		خطا	۵۸/۹۲۷	۲۰	۲/۹۴۶			
		کل	۱۷۲۲۶/۰	۲۳				

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری مؤلفه‌های راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان

مرحله	متغیر (پیش‌آزمون)	لامبدای ویلکز	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	معناداری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
پس‌آزمون	پذیرش	۰/۱۵۱	۱۳/۴۹	۵	۱۲	۰/۰۰۰	۰/۸۴	۱
	تمرکز مجدد مثبت	۰/۲۷۶	۶/۲۹	۵	۱۲	۰/۰۰۴	۰/۷۲	۰/۹۵
	تمرکز بر برنامه‌ریزی	۰/۱۸۵	۱۰/۵۹	۵	۱۲	۰/۰۰۰	۰/۸۱	۰/۹۹
	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۱۳۳	۱۵/۶۰	۵	۱۲	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱
	کم‌اهمیت‌شماری	۰/۲۲۹	۸/۰۷	۵	۱۲	۰/۰۰۲	۰/۷۷	۰/۹۸
	عضویت گروهی	۰/۱۹۹	۹/۶۳	۵	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۹۹
پیگیری	پذیرش	۰/۳۲۹	۴/۹۰	۵	۱۲	۰/۰۱۱	۰/۶۷	۰/۸۸
	تمرکز مجدد مثبت	۰/۴۰۸	۳/۴۷	۵	۱۲	۰/۰۳۶	۰/۵۹	۰/۷۳
	تمرکز بر برنامه‌ریزی	۰/۲۳۷	۷/۷۱	۵	۱۲	۰/۰۰۲	۰/۷۶	۰/۹۸
	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۲۴۷	۷/۳۳	۵	۱۲	۰/۰۰۲	۰/۷۵	۰/۹۷
	کم‌اهمیت‌شماری	۰/۳۲۲	۵/۰۵	۵	۱۲	۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۸۹
	عضویت گروهی	۰/۳۲۵	۴/۹۸	۵	۱۲	۰/۰۱۱	۰/۶۷	۰/۸۸

هاشمی نیز اثر مثبت درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر نظم‌جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است. آن‌ها پیرامون تأثیر برنامه‌ی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نظم‌جویی هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پژوهشی انجام دادند. نتایج نشان داد که بعد از هشت جلسه آموزش، نظم‌جویی هیجانی در این بیماران افزایش یافته است[۳۳].

با وجود اینکه سال‌هاست ارتباط بین پوست و روان، شناسایی شده است اما هنوز جنبه‌های مشترک زیادی کشف نشده است که می‌تواند به‌دلیل پیچیدگی و ناهماهنگی بین واکنش‌های پوست در برابر پدیده‌های روان‌شناختی باشد[۳۴]. در مطالعه‌ی علی‌بیگی بنی و همکاران، با استفاده از روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی مبتلایان به پسوریازیس که به‌صورت نیمه‌آزمایشی و با گروه آزمایشی و گروه شاهد و پیگیری انجام شد، مشخص شد که این نوع مداخله، اثر معنادار و ماندگاری بر بهزیستی هیجانی مبتلایان به پسوریازیس دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت ذهن‌آگاهی با سلامت روان، پردازش و تنظیم هیجان بهتر رابطه‌ی مستقیم دارد[۳۵]. ذهن‌آگاهی می‌تواند فرایندهای پردازش شناختی خودکار را تحت نظارت قرار دهد و به انعطاف‌پذیری شناختی کمک کند[۳۶]. آنچه در ذهن‌آگاهی مورد توجه قرار می‌گیرد تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با نظم‌جویی هیجانی مانند کاهش ترس و افزایش تمایل به تجربه‌کردن هیجان‌ها و ایجاد مهارت‌های اثربخش برای نظم‌دادن به آن‌ها است[۳۷]. تمام تمرین‌های موجود در ذهن‌آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند و تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی را دربردارد[۳۸]. در بررسی نقش ذهن‌آگاهی در عاطفه و خلق، نتایج نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی، پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار خودتنظیمی و حالت هیجانی مثبت بوده و ازطریق ترکیب سرزندگی و واضح‌دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد کند[۳۹]. درواقع، آگاهی لحظه به لحظه از محرک‌های درونی و بیرونی با تکیه بر تمرین تنفس، باعث می‌شود به‌جای درگیرشدن و به چالش‌کشیدن افکار و هیجان‌ها و ارزیابی‌های منفی، آن‌ها با نگرشی بدون قضاوت مورد پذیرش قرار گیرند. افرادی که در مقیاس ذهن‌آگاهی نمرات بالاتری کسب می‌کنند، به احتمال بیشتری در

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری ابعاد راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان

مرحله	متغیر (پیش‌آزمون)	لامبدای ویلکز	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	معناداری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
پس‌آزمون	خودسرزنشگری	۰/۰۷۴	۴۴/۱۱	۴	۱۴	۰/۰۰۰	۰/۹۲	۱
	نشخوارگری	۰/۵۳۸	۳/۰۱	۴	۱۴	۰/۰۵۵	۰/۴۶	۰/۶۴
	فاجعه‌سازی	۰/۱۲۵	۲۴/۵۵	۴	۱۴	۰/۰۰۰	۰/۸۷	۱
	دیگر سرزنشگری	۰/۰۹۷	۳۲/۵۲	۴	۱۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰	۱
	عضویت گروهی	۰/۵۲۱	۳/۲۱	۴	۱۴	۰/۰۴۵	۰/۴۸	۰/۶۷
پیگیری	خودسرزنشگری	۰/۱۲۵	۲۴/۵۰	۴	۱۴	۰/۰۰۰	۰/۸۷	۱
	نشخوارگری	۰/۳۴۶	۶/۶۱	۴	۱۴	۰/۰۰۳	۰/۶۵	۰/۹۵
	فاجعه‌سازی	۰/۳۸۶	۵/۵۷	۴	۱۴	۰/۰۰۷	۰/۶۱	۰/۹۰
	دیگر سرزنشگری	۰/۱۳۰	۲۳/۴۳	۴	۱۴	۰/۰۰۰	۰/۸۷	۱
	عضویت گروهی	۰/۳۸۳	۵/۶۴	۴	۱۴	۰/۰۰۶	۰/۶۲	۰/۹۱

زمان حال حضور دارند، نسبت به پدیده‌های درونی و بیرونی، هوشیار و آگاه هستند، نگرشی غیرقضاوت‌گونه همراه با پذیرش نسبت به پدیده‌ها را در خود پرورش داده‌اند و به‌جای برخوردهای واکنشی و غیرسازنده، به شیوه‌ای سازنده و کنشگرانه در برابر اتفاقات زندگی مقابله می‌کنند[۴۰]. عناصر ذهن‌آگاهی شامل وارسی بدنی یا فن آگاهی از حس‌های بدنی، شامل مجموعه‌ای از تغییرات عمدی است که در ابتدا بر کل بدن و سپس بر هر قسمتی از بدن با یک شیوه‌ی بدون قضاوت، متمرکز می‌شود. فراگیران برای مشاهده‌ی هیجان‌ها، شناخت و اتفاق‌های بیرونی ضمن بازگشت آگاهی از تنفس، آموزش می‌بینند. تمرین‌های رسمی ذهن‌آگاهی نیز شامل مراقبه‌ی قدم‌زنی است. درحقیقت، هدف ذهن‌آگاهی حالتی تغییریافته از هوشیاری نیست، بلکه حالتی از خودمشاهده‌گری بدون ارزیابی یا در لحظه بودن است[۴۱].

در تبیین تأثیر ذهن‌آگاهی در افزایش هیجان‌های انطباقی و کاهش هیجان‌های منفی می‌توان گفت مفهوم ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که اگرچه هیجان‌های منفی در زندگی همه‌ی انسان‌ها وجود دارد، اما بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مسأله فرد را قادر می‌سازد که به‌جای واکنش غیرعادی به هیجان‌ها و رویدادهای برانگیزاننده‌ی آن‌ها، آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌های کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند[۴۲]. ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک آگاهی هدفمند و به دور از پردازش ادراکی خودکار و خودآیند باعث ایجاد یک چارچوب متعادل ذهنی می‌شود که از بزرگ‌نمایی‌های هیجانی و نامطلوب جلوگیری می‌کند و فرصتی فراهم می‌سازد که فرد از حالت‌های هیجانی ناخوشایند فاصله بگیرد[۴۳]. ماهیت ارتباط بین پسوریازیس و استرس و در مجموع راهبردهای هیجانی، برای بیماران بسیار قابل تأمل است. شکی نیست که استرس با پسوریازیس رابطه دارد، علاوه‌بر این عوامل زیست محیطی نیز در این بیماران به چشم می‌خورد و این دو عامل از مهم‌ترین عوامل برای مدیریت پسوریازیس هستند[۴۴].

با توجه به یافته‌های این پژوهش، بیشترین تأثیر مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه‌ی راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان بر خرده‌مقیاس‌های پذیرش، کم‌اهمیت‌شماری و تمرکز مجدد مثبت بود. علاوه‌بر این، در پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه‌ی راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان، تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های خودسرزنشگری، نشخوارگری و فاجعه‌سازی داشت. بنابراین، آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

توانایی مبتلایان به پسوریازیس را در پذیرش شرایط بیماری و دوره‌های عود بیماری افزیش دهد و به این افراد در کاهش مقصر دانستن خود و فاجعه‌نمایی علائم و شرایط بیماری کمک نماید. ازطرفی، تأثیر آموزش‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی در مرحله‌ی پیگیری قابل توجه است که نشان می‌دهد استمرار و مداومت در انجام تمرین‌ها می‌تواند به مرور زمان، میزان نشخوار ذهنی افراد را کاهش دهد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو است[۴۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن‌آگاهی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد. تأکید این روش بر این نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع‌آوری یا به آن پاسخ داده شود، بلکه تأکید بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر صورت می‌گیرد. توجه به این نکته حائز اهمیت است که فرآیند بازسازی شناختی رخ‌داده در خلال درمان MBSR زمان‌بر است. تغییراتی که در اثر تمرین‌های مراقبه در قشر پیشانی مغز رخ می‌دهند، به مرور زمان، ایجاد و به‌تدریج باعث بهبود تصمیم‌گیری و توانایی‌های حل مساله و استقرار این بهبودی می‌شود[۴۶]. با توجه به نقش عوامل هیجانی به‌عنوان عامل مستعدکننده، تسریع‌کننده و تداوم‌بخش در اختلالات پوستی ازجمله پسوریازیس، آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان می‌تواند در مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی نقش مهمی را به‌عنوان درمان‌های حمایتی در کنار درمان‌های پزشکی ایفا نماید[۳۲]. از محدودیت‌های این پژوهش، حجم کم نمونه و کوتاه‌بودن دوره‌ی پیگیری بود. هم‌چنین محدویت‌های مربوط به پرسش‌نامه را باید درنظر گرفت. جهت تعمیم نتایج، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه‌ی پلاسبو) بر روی گروه شاهد اجرا شود. هم‌چنین از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه‌ی اثر واقعی برنامه استفاده شود و با دوره‌ی پیگیری مکرر، اثرات درمان در طولانی‌مدت مشخص شود. هماهنگ با این پژوهش، پژوهش‌هایی به‌صورت طولی انجام شود و آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رابطه با سایر بیماری‌های مزمن پوستی بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی صمیمانه‌ی خود را از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت و همکاری نمودند، ابراز می‌دارند.

References

1. Kim HJ, Lebwohl MG. Biologics and psoriasis: The beat goes on. Dermatol Clin 2019; 37(1): 29-36.
2. Luan C, Chen X, Zhu Y, et al. Potentiation of psoriasis-like inflammation by PCSK9. J Inves Dermatology 2019; 139(4): 859-67.
3. Nair S, Riaz O. Psoriasis and its correlation with depression and body image: Case report. Clin Oncol 2018; 3: 1514.
4. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. Can Fam Physician 2017; 63(4): 278-85.
5. Lebwohl MG, Bachelez H, Barker J, et al. Patient perspectives in the management of psoriasis: results from the population-based multinational assessment of psoriasis and psoriatic arthritis survey. J Am Acad Dermatol 2014; 70(5): 871-81.
6. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. Indian Dermatology Online Journal 2017; 8(5): 343.

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

7. Almeida V, Taveira S, Teixeira M, et al. Emotion regulation in patients with psoriasis: correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. Int J Behav Med 2017; 24(4): 563-70.

8. Shenoi SD, Prabhu SS. Psychodermatology: an Indian perspective. Clin Dermatol 2018; 36 (6): 737-42.

9. Porcelli P, Peiti A, Piazzoli A. Psychosomatic syndromes in patients with psoriasis. J Psychosom Res 2018; 109: 126-7.

10. Innamorati M, Quinto RM, Lester D, et al. Cognitive impairment in patients with psoriasis: A matched case-control study. J Psychosom Res 2018; 105: 99-105.

11. Liang SE, Cohen JM, Ho RS. Psoriasis and suicidality: A review of the literature. Dermatol Ther 2019; 32(1): e12771.

12. Ciuluvica C, Amerio P, Fulcheri M. Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. Procedia Soc Behav Sci 2014; 127: 661-5.

13. Vari C, Velotti P, Zavattini GC, et al. Emotion regulation strategies in patients with psoriasis. J Psychosom Res 2013; 6(74): 560.

14. Young KS, Sandman CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. Brain Sciences 2019; 9(4): 76.

15. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology 2010; 2 (3): 73-83 (Persian).

16. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994; 59(2-3): 25-52.

17. Kwon CW, Fried RG, Nousari Y, et al. Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? Clin Dermatol 2018; 36(6): 698-703.

18. Dahlgaard J, Jørgensen MM, Velden AM, et al. Mindfulness, health, and longevity. In the science of hormesis in health and longevity. Academic Press 2019; 243-55.

19. Ivtzan I, Young T, Martman J, et al. Integrating mindfulness into positive psychology: A randomised controlled trial of an online positive mindfulness program. Mindfulness 2016; 7(6): 1396-1407.

20. Kashdan TB, Ciarrochi JV, editors. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being. New Harbinger Publications. 2013.

21. Kabat-Zinn J. Mindfulness. Mindfulness 2015; 6(6): 1481-3.

22. Hoge EA, Philip SR, Fulwiler C. Considerations for mood and emotion measures in mindfulness-based intervention research. Curr Opin Psychol 2019; 28: 279-84.

23. Sakson-Obada O, Pawlaczyk M, Gerke K, Adamski Z. Acceptance of psoriasis in the context of body image, body experience, and social support. Health Psychology Report 2017; 5(3): 251-7.

24. Zill JM, Dirmaier J, Augustin M, et al. Psychosocial distress of patients with psoriasis: protocol for an assessment of care needs and the development of a supportive intervention. JMIR Research Protocols 2018; 7(2): e22.

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

25. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, et al. 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 photo chemotherapy (PUVA). Psychosom Med 1998; 60(5): 625-32.
26. Besharat MA. Cognitive emotion regulation questionnaire: instruction and scoring. developmental psychology: Iranian Psychologists 2017; 13(50): 221-3 (Persian).
27. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and Individual Differences 2006; 41(6): 1045-53.
28. Besharat MA. Bazzazian S. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. Nursing & Midwifery Quarterly 2015; 24(84): 61-70.
29. Heredia L, Gasol L, Ventura D, et al. Mindfulness-based stress reduction training program increases psychological well-being, and emotional regulation, but not attentional performance. A pilot study: Mindfulness & Compassion 2017; 2(2): 130-7.
30. Montgomery K, Norman P, Messenger AG, Thompson AR. The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. Br J Dermatol 2016; 175(5): 930-6.
31. Alibeige-Beni E, Salehi A, Jafary F. The effect of mindfulness-based stress reduction program on emotional well-being (stress, anxiety, depression and sadness) of patients with psoriasis. Journal of Isfahan Medical School 2017; 35(436): 756-62 (Persian).
32. Zakeri MM, Hasani J, Esmaeili N. Effectiveness of processing Emotion Regulation Strategies Training (PERST) in alexithymia of patient with psoriasis. Journal of Clinical Psychology 2017; 2(34): 97-111 (Persian).
33. Norouzi H, Hashemi E. The Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on emotion regulation among patients with breast cancer. Iranian journal of Breast Diseases 2017; 10(2): 38-48 (Persian).
34. Mavrogiorgou P, Bader A, Stockfleth E, et al. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. Journal of The German Society of Dermatology (JDDG) 2015; 13(10): 991-9.
35. Tomlinson ER, Yousaf O, Vittersø AD, Jones L. Dispositional mindfulness and psychological health: a systematic review. Mindfulness 2018; 9(1): 23-43.
36. Pourmohamadi S, Bagheri F. Effectiveness of mindfulness training on automatic cognitive processing. Psychological Studies 2015; 11(3): 141-60 (Persian).
37. Robins CJ, Keng SL, Ekblad AG, Brantley JG. Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: A randomized controlled trial. Journal of clinical psychology 2012; 68(1): 117-31.
38. Michalak J, Burg J, Heidenreich T. Don't forget your body: Mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. Mindfulness 2012; 3(3): 190-9.
39. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. Clinical psychology Review 2009; 29(6): 560-72.
40. Ghasemi Jobaneh R, Mousavi SV, Zanipoor A, Hoseini Seddigh MA. The relationship between mindfulness and emotion regulation with academic Procrastination of Students. Education strategies in Medical Sciences 2016; 9(2): 134-41 (Persian).
41. Kabat-Zinn J. Full Catastropher Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress." Pain and Illness. 2nd ed. NY; Bantam 1990.

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

42. Siegel RD. the mindfulness solution. NewYork: Guilford. 2010.

43. Rahbari P, Kord B. The prediction of subjective well-being based on meaning of life and mindfulness among cardiovascular patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2018; 5(6): 16-23 (Persian).

44. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. Clin Exp Dermatol 2001; 26(4): 338-42.

45. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzade F. The effectiveness of mindfulness training on reducing rumination and enhancing resilience in female patients with breast cancer: a randomized trial. Iranian journal of Breast Diseases 2016; 9 (2): 52-9 (Persian).

46. Irani Sh, Tavakoli M, Esmaeili M, Fatemi AM. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on the illness acceptance and coping strategies in patients with systematic lupus erythematosus. Positive psychology 2019; 5(17): 1-16 (Persian).

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]

The efficacy of mindfulness based stress reduction on cognitive emotion regulation in patients with psoriasis

Shokoofeh Bakhshi, MSc
Mohammadali Sepahvandi, PhD
Simin Gholamrezaei, PhD

Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Background and Aim: Psoriasis is a chronic skin disease. Emotion regulation difficulty in patients with psoriasis emphasizes the importance of including a broader approach in clinical management of psoriatic patients. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on cognitive emotion regulation in patients with psoriasis.

Methods: This study was a semi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up. The study population included all the patients with psoriasis referred to specialized dermatology clinics in Khorramabad. The patients were first screened using the inclusion and exclusion criteria. Then 24 patients with psoriasis were selected through convenience sampling method and randomly allocated into experimental and control groups. The instrumental of this study was Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006). The experimental group received MBSR intervention during eight sessions. Data analysis was done at descriptive and inferential levels using version 23 of SPSS and with normality tests, MANCOVA and ANCOVA.

Results: MBSR increased the scores of adaptive strategies and decreased the scores of maladaptive cognitive emotion regulation strategies in patient with psoriasis and the effect of treatment was stable at the end of follow-up period ($P<0.001$).

Conclusion: MBSR skills training can be used as an effective intervention to improve cognitive emotion regulation in patients with psoriasis.

Keywords: psoriasis, mindfulness, stress reduction, cognitive emotion regulation

Received: Nov 30, 2019 Accepted: Dec 31, 2019

Dermatology and Cosmetic 2019; 10 (4): 201-213

Corresponding Author:
Mohammadali Sepahvandi, PhD

5th Kilometer of Tehran Road, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran
Email: sepahvandi.mo@lu.ac.ir

Conflict of interest: None to declare

[Downloaded from jdc.tums.ac.ir on 2025-04-19]