

اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به پسوریازیس بود.

روش اجرا: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - 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 کرایچ (۲۰۰۶) بود. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند. تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نسخه‌ی ۲۳ نرم‌افزار SPSS و با آزمون‌های نرمال بودن، تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تک‌متغیره (ANCOVA) صورت گرفت.

یافته‌ها: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی 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 ($P < 0.001$).

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

کلیدواژه‌ها: پسوریازیس، ذهن آگاهی، کاهش استرس، تنظیم شناختی هیجان

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

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

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

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

پسوریازیس یک بیماری پوستی خودایمنی، روان‌تنی و چندسیستمی است. به‌نظر می‌رسد عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی در تعامل، منجر به بروز بیماری پسوریازیس می‌گردند.^{۱،۲} شروع این بیماری ممکن است به دلیل برخی ماشه‌چکان‌ها ازجمله نوسانات دمایی، عفونت‌ها و استرس شدید باشد.^۳

اهمیت است.^۷ با توجه به اینکه مبتلایان به خصوص 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 علاوه بر این، خانواده و همسران مبتلایان ممکن است از نظر 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 از جمله 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.^{۱۲،۱۳}

تنظیم هیجان به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان توانایی برای مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود تعریف شده است. یادگیری تنظیم هیجان‌ها و احساسات، یک مهارت کلیدی هیجانی - 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 - رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره نمود.^{۱۷} بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش پایدار در احساسات و هیجان‌های مثبت می‌گردد.^{۱۸-۲۰}

ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی 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 - اجتماعی دارند.^{۲۴} در واقع عدم موفقیت در تنظیم هیجان‌ها 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 در نظر گرفتن این نکته، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی 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

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 انجام‌ندان تمرین‌ها از گروه خارج شد. ملاک‌های ورود شامل افراد با سن ۶۵-۱۸ سال، تشخیص پسوریازیس از سوی 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 انجام‌ندان 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.

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 انجام‌ندان تمرین‌ها از گروه خارج شد. ملاک‌های ورود شامل افراد با سن ۶۵-۱۸ سال، تشخیص پسوریازیس از سوی 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 انجام‌ندان 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 کرایچ، ۲۰۰۶) سنجیده شدند. سپس

با توجه به هدف پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: CERQ) گارنفسکی و کرایچ (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 واریسی بدن، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین واریسی 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 واریسی 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 واریسی بدن، جمع‌بندی جلسات و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه‌ی تمرین‌ها

یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سن گروه شاهد ۳۴/۵۰ سال، میانگین سن کل شرکت‌کنندگان برابر با ۳۷/۷۵ سال و میانگین سن کل شرکت‌کنندگان در این پژوهش برابر با ۳۶/۱۳ سال بود. از نظر تحصیلات، بیشترین فراوانی در گروه شاهد مربوط به شرکت‌کنندگانی با تحصیلات دیپلم (۵۰ درصد) و کمترین آن‌ها با تحصیلات زیردیپلم (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. از نظر 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 ($P > 0.05$) که نشان از تأیید فرض نرمال بودن داده‌ها دارد. به‌منظور سنجش پیش‌فرض

است که راهبردهای تنظیم‌شناختی 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 به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، در پرسش‌نامه‌ی تنظیم‌شناختی هیجان به دو دسته‌ی کلی راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نیافته) 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 سازش‌نیافته هستند^{۲۶}. پایایی بازآزمایی نشان داد که راهبردهای مقابله‌ی شناختی از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰/ 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 تنظیم‌شناختی هیجان به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۷۳ 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.

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

	عضویت گروهی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تنظیم‌شناختی هیجانی	آزمایشی	۲۱/۱	۵/۲۶	۲۳/۲	۵/۳۴	۲۳/۷
	شاهد	۲۴/۸۳	۳/۵۶	۲۴/۵۰	۴/۱۴	۲۴/۴۱
هیجان‌های غیرانطباقی	آزمایشی	۲۹/۴	۴/۷۱	۲۶/۸	۵/۷۴	۲۶/۰
	شاهد	۲۸/۵۸	۳/۴۴	۲۸/۶۶	۳/۴۴	۲۸/۱۶

جدول ۳: آزمون مفروضه‌ی بهنجاربودن توزیع نمرات

متغیر	گروه	شاپیرو - ویلک	
		آماره	درجه‌ی آزادی
تنظیم هیجان	آزمایشی	۰/۹۳	۱۱
	شاهد	۰/۸۸	۱۲
شناختی هیجانی	آزمایشی	۰/۹۴	۱۱
	شاهد	۰/۹۶	۱۲

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 ($P < 0.01$). هم‌چنین اندازه‌ی این اثر در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب برابر با ۴۵٪ و ۴۷٪ است؛ بنابراین 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 ($P < 0.01$). اندازه‌ی این اثر در پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب برابر با ۳۹٪ و ۴۳٪

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

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

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 پسرریزیس 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 خارج کردن اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کواریانس چندمتغیری، اثر معناداری برای عامل عضویت گروهی در پس‌آزمون ($F=9.63, P < 0.05$)، ضریب لامبدای ویلکز ۰/۱۹۹ و اندازه‌ی اثر ۰/۸۰ و پیگیری ($P < 0.05$)، $F=4.98$ ، 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 پسرریزیس داشته است و این تأثیر در مدت پیگیری شش هفته‌ای (یک ماه و نیم) ماندگار است.

با توجه به نتایج جدول ۸، پس از خارج کردن 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 ($F=3.21, P < 0.05$)،

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری نمرات راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در پس آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه‌ی اثر
پس آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	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			
پیگیری	پیگیری	کل	۱۳۵۸۹,۰	۲۳				
		پیش آزمون	۴۶۰,۷۴۹	۱	۴۶۰,۷۴۹	۱۶۳,۵۳۳	۰,۰۰۰	۰,۸۹
		عضویت گروهی	۵۰,۷۰۴	۱	۵۰,۷۰۴	۱۷,۹۹	۰,۰۰۰	۰,۴۷
کل	کل	خطا	۵۶,۳۴۹	۲۰	۲,۸۱۷			
		کل	۱۳۸۶۴,۰	۲۳				

پس از اعمال مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایشی، میانگین هیجان‌های انطباقی در پس آزمون و پیگیری افزایش یافته و از میانگین هیجان‌های غیرانطباقی در پس آزمون و پیگیری کاسته شده است، در حالی که میانگین نمرات هیجان‌های انطباقی و غیرانطباقی گروه شاهد، در مرحله‌های پس آزمون و پیگیری تغییر معناداری نداشته است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث اثربخشی معناداری در تنظیم شناختی هیجان (افزایش راهبردهای انطباقی و کاهش راهبردهای غیرانطباقی) گردیده است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش‌هایی که ذهن آگاهی را روشی مؤثر برای کاهش پریشانی‌های روان شناختی مبتلایان به بیماری‌های پوستی یافتند، همسو است^{۲۹-۳۲}. تحقیق نوروزی و

ضریب لامبدای ویلکز ۰,۵۲۱ و اندازه‌ی اثر ۰,۴۸) و مرحله‌ی پیگیری ($F=۵,۶۴, P<۰,۰۵$)، 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 روان درمانی پس از ۶ هفته تداوم داشته است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به پسوریازیس انجام گرفت. با توجه به یافته‌ها، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به پسوریازیس، در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است. به عبارت دیگر

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

متغیر	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه‌ی اثر
پس آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	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			
پیگیری	پیگیری	کل	۱۸۲۳۳,۰	۲۳				
		پیش آزمون	۳۲۳,۰۷	۱	۳۲۳,۰۷	۱۰۹,۶۵۱	۰,۰۰۰	۰,۸۴
		عضویت گروهی	۴۵,۴۱۰	۱	۴۵,۴۱۰	۱۵,۴۱	۰,۰۰۱	۰,۴۳
کل	کل	خطا	۵۸,۹۲۷	۲۰	۲,۹۴۶			
		کل	۱۷۲۲۶,۰	۲۳				

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
۱	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
۲	عضویت گروهی	۰/۱۹۹	۹/۶۳	۵	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۹۹
	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
۳	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

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 از طریق ترکیب سرزندگی و واضح‌دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد کند.^{۳۹} در واقع، آگاهی لحظه به لحظه از محرک‌های درونی و بیرونی با تکیه بر تمرین تنفس، باعث می‌شود به‌جای درگیر شدن و به چالش کشیدن 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

هاشمی نیز اثر مثبت درمان شناختی 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 به دلیل 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

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
زیادتر	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
کمتر	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

برانگیزاننده‌ی آن‌ها، آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌های کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند.^{۴۲} ذهن آگاهی 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، علاوه بر 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 ذهن آگاهی در زمینه‌ی راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان بر خرده‌مقیاس‌های پذیرش، کم‌اهمیت‌شماری و تمرکز مجدد مثبت بود. علاوه بر این، در پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه‌ی راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان، تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های خودسرزنشگری، نشخوارگری و فاجعه‌سازی داشت. بنابراین، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند

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 ذهن آگاهی شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از حس‌های بدنی، شامل مجموعه‌ای از تغییرات عمده‌ی 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 ذهن آگاهی نیز شامل مراقبه‌ی قدم‌زنی است. درحقیقت، هدف ذهن آگاهی حالتی تغییر یافته از هوشیاری نیست، بلکه حالتی از خودمشاهده‌گری بدون ارزیابی یا در لحظه بودن است.^{۴۱}

در تبیین تأثیر ذهن آگاهی در افزایش هیجان‌های انطباقی و کاهش هیجان‌های منفی می‌توان گفت مفهوم ذهن آگاهی 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

اختلالات پوستی از جمله 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 محدودیت‌های مربوط به پرسش‌نامه را باید در نظر 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.

توانایی مبتلایان به پسوریازیس را در پذیرش شرایط بیماری و دوره‌های عود بیماری افزایش دهد و به این افراد در کاهش مقصر دانستن خود و فاجعه‌نمایی علائم و شرایط بیماری کمک نماید. از طرفی، 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 رخ داده 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

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 Invest Dermatol* 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.

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. Dahlggaard 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.

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.

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, Zaharakar 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, Esmaili 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).

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 instrument 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