

Research Article

The Effect of Mindfulness-based Stress Reduction Therapy on Illness Acceptance and Coping Strategies in Patients with Systematic Lupus Erythematosus

Shirin Irani¹, Mahgol Tavakoli^{2*}, Maryam Esmaeili³, Alimohammad Fatemi⁴

1. Department of psychology, faculty of education and psychology, university of Isfahan, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Educations and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3. Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Educations and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4. Associate Professor of Rheumatology section, Department of Internal Medicine, Medical School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Illness acceptance, stress, and how to cope with it are essential issues playing a crucial role in illness prognosis, physical and psychological wellbeing of chronic patients. This study aimed to investigate the effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on illness acceptance and coping strategies in Systematic Lupus Erythematosus patients. This quasi-experimental study was carried out with a pre-test, post-test, and follow-up with the control group. The sample included 16 Lupus patients referred to the Rheumatology clinic of Alzahra hospital in Isfahan. The sample was selected using the available sampling method, and patients were randomly assigned into two groups of experimental and control. The experimental group received eight sessions of Mindfulness-Based Stress Reduction. The Control group didn't receive the intervention. Chronic Illness Acceptance Questionnaire and the short form of Coping Inventory for Stressful Situations were used to collect data. After the intervention, both groups were tested again in post-test and 30 days afterward in follow-up phases. The data analyzed by using Kruskal–Wallis one-way analysis of variance. The results showed that the intervention effectively increased activity engagement, but it could not increase willingness. The intervention was effective in increasing the use of problem-focused coping and decrease the use of emotional-focused coping. The intervention was also successful in decreasing the use of avoidant coping. Overall, Mindfulness-based Stress Reduction can be a beneficial treatment to increase illness acceptance and enhancing coping strategies in patients with Lupus.

Key words: Mindfulness-based Stress Reduction, illness acceptance, coping strategies, Systematic Lupus Erythematosus

*. m.tavakoli@edu.ui.ac.ir

اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر پذیرش بیماری و راهبردهای کنارآمدن با

استرس در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک

شیرین ایرانی^۱، ماهگل توکلی^{۲*}، مریم اسماعیلی^۳، علی محمد فاطمی^۴

۱. گروه روانشناسی - دانشکده علوم تربیتی - دانشگاه اصفهان - اصفهان - ایران

shirin_irani@ymail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

m.tavakoli@edu.ui.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

mar_yam_es@yahoo.com

۴. دانشیار، بخش روماتولوژی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

alimohammadf@yahoo.com

چکیده

پذیرش بیماری، استرس و چگونگی کنارآمدن با آن از عوامل مهم پیش آگهی در بیماری‌های مزمن و بهزیستی جسمی و روانی مبتلایان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر پذیرش بیماری و راهبردهای کنارآمدن با استرس در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک صورت گرفت. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه، همراه با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۱۶ بیمار لوپوس مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان الزهرا در اصفهان بود که براساس نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله دریافت نکرد. داده‌ها با پرسشنامه‌های پذیرش بیماری مزمن بیچام و فرم کوتاه پرسشنامه راهبردهای کنارآمدن با شرایط پراسترس کالزبیک، جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل کروسکال والیس تحلیل شد. نتایج نشان دادند درمان باعث افزایش مشغولیت به انجام کار و فعالیت در حالت بیماری و افزایش استفاده از راهبرد مسئله‌مدار می‌شود؛ ولی تأثیری بر رغبت و تمایل نسبت به تحمل بیماری ندارد. همچنین درمان در کاهش استفاده از راهبرد هیجان‌مدار و راهبرد اجتنابی مؤثر واقع شده است. نتایج نشان دادند این درمان با تأثیر بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران و تنظیم هیجانات، می‌تواند در پذیرش و کنارآمدن با شرایط بیماری مزمن و کنارآمدن مؤثرتر با استرس مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش بیماری، راهبردهای کنارآمدن با استرس،

لوپوس اریتماتوی سیستمیک

مقدمه:

محیطی، افراد را برای ابتلا به این بیماری مستعد می‌سازند (کاتساکراس و هیلی، ۲۰۱۴). این بیماری، درمان قطعی ندارد و فرد مبتلا تا پایان عمر خود مراحل عود بیماری یا بهبودی نسبی را تجربه می‌کند (فیرستین، بود، گابریل، مک اینس و اودل، ۲۰۰۵). منشأ بیشتر مشکلات روانی و حتی برخی از علائم جسمی این بیماران، بیماری لوپوس نیست؛ بلکه بیشتر به دلیل واکنش فرد به مبتلا شدن به وضعیت بیماری مزمن یا سایر عوامل روانشناختی ایجاد می‌شود (عزیزالدین و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از مهم‌ترین عوامل روانشناختی، استرس است. ماهیت پیش‌بینی‌ناپذیر بودن بیماری می‌تواند عامل استرس‌زا باشد. بیماران نمی‌دانند در دوره‌های بعدی عود بیماری، ممکن است چه نشانه‌های جدیدی را تجربه کنند و اینکه بیماری دوباره چه زمانی عود خواهد کرد و همین امر ممکن است تبدیل به استرس مضاعف برای آنها شود (مزونی و سیکوگانی، ۲۰۱۶). تجربه استرس در بیماران علاوه بر اینکه باعث عود مجدد بیماری می‌شود (پاولاک و همکاران، ۲۰۰۳) می‌تواند بر سلامت روان بیماران نیز اثر سوء بگذارد. در بیماران لوپوس، وقایع استرس‌زای عمده^۵ که به دلیل رویدادهای ناگوار زندگی ایجاد شده‌اند، پیش‌بینی‌کننده افت در توانایی عملکردی کلی^۶ بیماران‌اند (پالاگینی و همکاران، ۲۰۱۶). داشتن استرس‌های خفیف روزمره و همچنین وقایع عمده استرس‌زا در زندگی، امری اجتناب‌ناپذیر است. گرچه نمی‌توان استرس را به‌طور کلی از زندگی بیماران حذف کرد، راهکارهایی برای تخفیف دادن عوارض ناشی از استرس وجود دارند و یکی از این راهکارها، استفاده از

لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE)، بیماری خودایمن^۱ التهابی و مزمن است که اندام‌های مختلفی از بدن را درگیر می‌کند. علائم بالینی این بیماری، سیر و پیش‌آگهی آن در بیماران مختلف، متفاوت است و می‌تواند طیف وسیعی از مشکلات از جمله مشکلات خفیف در پوست و مفاصل تا درگیری شدید اندام‌های حیاتی بدن را در برگیرد (تکسیرا و تم، ۲۰۱۷). در این بیماری به دلیل نقص در سیستم ایمنی بدن، اتوآنتی‌بادی‌هایی^۲ علیه اجزای سلول‌ها تولید می‌شود و در نتیجه، واکنش‌های ایمنولوژیک و التهاب ناشی از آنها، تخریب سلولی و بافتی در اندام‌های مختلف بدن اتفاق می‌افتد (توتانکو و کالونین، ۲۰۱۲). بسته به اینکه کدام یک از اندام‌های بدن درگیر شده باشند، بیماران ممکن است علائم مختلفی همچون تب، لکه‌های پوستی، ریزش مو، درد و خستگی، التهاب، اختلالات حرکتی، پوکی استخوان، اختلالات شناختی، اختلالات روانی و اختلالات مربوط به سیستم عصبی را نشان دهند (فورتیونا و برنز، ۲۰۱۳). براساس مطالعه بزرگ «بررسی جامعه‌نگر کنترل بیماری‌های روماتیسمی» که مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام داد، شیوع لوپوس اریتماتوی سیستمیک در ایران ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ برآورد شده است (جمشیدی و همکاران، ۲۰۰۸) و نسبت ابتلای زنان به مردان ۸ به ۱ است (هورواث و همکاران، ۲۰۰۱).

سبب‌شناسی قطعی لوپوس هنوز در پژوهش‌ها نامشخص است؛ با وجود این، مطالعات نشان داده‌اند عواملی همچون عفونت‌ها، عوارض دارویی، اضطراب، افسردگی، قرارگرفتن در معرض ضربه^۴ یا استرس

¹ Systemic Lupus Erythematosus

² autoimmune

³ auto-antibody

⁴ trauma

⁵ major stressful events

⁶ General functional ability

بیماران به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه، بهبود مهارت‌های سازگارانه کنارآمدن با استرس در مبتلایان به لوپوس ضروری به نظر می‌رسد.

علاوه بر در پیش گرفتن راهبردهای ناسازگارانه کنارآمدن با استرس، اجتناب نیز یکی از رفتارهای مخرب عمده در بیماران لوپوس است. بسیاری از بیماران به دلیل شناخت کافی نداشتن از ماهیت بیماری و پذیرش آن، از مواجه شدن با تجربه بیماری اجتناب می‌کنند یا مدام به دنبال راه‌حل‌های قطعی برای درمان و از بین بردن کامل بیماریشان هستند (هورش، گیلک، تاب، آگمونلوین و شوئنفیلد، ۲۰۱۷). این در حالی است که چالش برای تغییر دادن بیماری مزمن و مادام‌العمر، دشوار و حتی غیرممکن است و تلاش برای از بین بردن کامل آن، نه تنها کمکی نمی‌کند، به شدت یافتن بیماری نیز منجر می‌شود؛ بنابراین ایجاد پذیرش در درمان چنین بیماری‌هایی اهمیت میابد (مک کرکن و اکلستون، ۲۰۰۳). پذیرش بیماری، نوعی شناخت است و شامل معنای مثبتی از درک بیماری می‌شود و بازبایی احساسی از کنترل فردی را شامل می‌شود که فرد بیمار با آن می‌تواند تجربه بیماری خود را در سبک زندگی خویش یکپارچه سازد (لوکو و همکاران، ۲۰۰۷). پذیرش بیماری شامل دو بعد است: نخست، مشغولیت به انجام کار و فعالیت‌ها: یعنی فرد بپذیرد با وجود آنکه بیمار است، همچنان تعهد خود را به انجام کار و فعالیت‌های روزمره خویش حفظ کند. دوم، تمایل بودن نسبت به تحمل بیماری: یعنی در عین حال که فرد در حال گذران زندگی عادی خویش است، تمایل داشته باشد با علائم ناخوشایند بیماری خویش کنار بیاید. هر دوی این ابعاد نقش کلیدی در گزینش رفتار هدفمند و مطابق با ارزش‌ها در زندگی فرد بیمار دارند (کورپس و همکاران، ۲۰۱۳).

راهبردهای کنارآمدن با استرس است (سارافینو، ۲۰۰۲/ ۱۳۹۶، ترجمه میرزایی و همکاران).

راهبردهای کنارآمدن با استرس مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که برای تعبیر و تفسیر و اصلاح وضعیت تنش‌زا به کار می‌روند و به کاهش تنش ناشی از آن منجر می‌شوند. بیماران لوپوس بیشتر در استفاده از راهبردهای کنارآمدن با استرس مشکل دارند. برخی از مطالعات نشان می‌دهند این بیماران دارای نقایصی در ساختار آمیگدالا و مشکلات تنظیم هیجانی‌اند که همین امر باعث می‌شود هنگام مواجهه با استرس، هیجانات منفی بیشتری را تجربه کنند؛ ولی نتوانند به‌خوبی آنها را مدیریت کنند (واتسون، استوربک، متیس و مکای، ۲۰۱۲)؛ در نتیجه، بیشتر به استفاده از راهبرد هیجان‌مدار روی بیاورند. همچنین این بیماران به نسبت افراد سالم به میزان بسیار بیشتری از راهبردهای ناسازگارانه همچون اجتناب استفاده می‌کنند (هاپت و همکاران، ۲۰۰۵). استفاده هرچه بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه در بیماران لوپوس با برون‌دادهای روانشناختی منفی و افت عملکرد کلی بیماران همراه است (بریکو و همکاران، ۲۰۰۶). در بیمارانی که علائم را با تنوع و شدت بیشتری تجربه می‌کنند، استفاده از راهبردهای ناسازگار با افت خلق و تجربه درد بیشتر همراه است (هایفانتیس، پالراکی، ولگاری، سیفتاکی و دروزوس، ۲۰۱۱). در مقابل، استفاده از راهبردهای سازگارانه مانند راهبرد مسئله‌مدار باعث کاهش افسردگی و افزایش سطح کلی انطباق در این بیماران می‌شود (ویلیامز، ژانگ، آندرسن، برنر و تامیل - برهالتر، ۲۰۱۵). در بیماران لوپوس که بیماری آنها شدید نیست، استفاده بیشتر از راهبردهای مسئله‌مدار و استفاده کمتر از راهبردهای هیجان‌مدار با سلامت روان بیشتری همراه است (دوبکین و همکاران، ۱۹۹۹)؛ بنابراین با توجه به اهمیت استرس و تمایل

شاپیرو، براون و بیگل، ۲۰۰۷ و والش و همکاران، ۲۰۰۷). شاپیرو، کارلسون، استین و فریدمن (۲۰۰۶) معتقدند تمرین‌های ذهن آگاهی با تسهیل خودتنظیمی، انعطاف‌پذیری شناختی، هیجانی و رفتاری و مواجهه باعث افزایش استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار و کاهش استفاده از راهبردهای اجتنابی و هیجان‌مدار می‌شوند. در طول تمرین‌های ذهن آگاهی، توانمندی فرد در ادراک مجدد از موقعیت‌ها افزایش می‌یابد. این باعث می‌شود فرد بتواند آن موقعیت یا رویداد را بدون فعال شدن حالات عاطفی منفی مرتبط با آن، همان‌طور که هست، ادراک کند. سپس فرد فرصت خواهد داشت به جای دادن پاسخ‌های اتوماتیکی که پیش از این به آنها عادت داشته است، دامنه گسترده‌تری از پاسخ‌های هدفمند را در نظر بگیرد و پاسخ‌های انتخابی و خود تنظیم شده بدهد. بدین ترتیب با افزایش قدرت حل مسئله، فرد کمتر به استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار نیاز خواهد داشت (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین مشاهده پویسته و عینی رویداد ناراحت‌کننده با تمرین‌های ذهن آگاهی، باعث افزایش ظرفیت فرد برای تحمل فشار می‌شود. مواجهه پویسته با محرک ناراحت‌کننده بدون تلاش برای واکنش نشان دادن به آن باعث کاهش رفتارهای اجتنابی می‌شود که از قبل عادت داشته‌اند و بدین ترتیب ذهن آگاهی باعث کاهش راهبرد اجتنابی نیز می‌شود (روث و کالمز، ۲۰۱۴).

با جستجوی ادبیات پژوهشی، مطالعات به نسبت کمی یافت شد که به بررسی تأثیر درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران لوپوس پرداخته باشند. برخی از این مطالعات به شرح زیرند: هورش و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی، اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را برای درمان بیماران لوپوس بررسی کردند. نتایج نشان دادند درمان در توانایی تمایز دادن بین هویت خود و بیماری، توانایی پذیرش بیماری و

پذیرش، یکی از مفاهیم مهم در حوزه روانشناسی مثبت محسوب می‌شود و در رویکردهای درمانی جدید نیز اهمیت ویژه‌ای دارد (هیس، ۲۰۰۴). برخلاف درمان‌های روانشناختی موج دوم نظیر درمان شناختی-رفتاری که مبنای کار خود را بر چالش و تغییر بنا کرده‌اند، درمان‌های موج سوم نظیر انواع درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ بر پذیرش به عنوان مفهوم زیربنایی و هسته اصلی در درمان تأکید دارند (کری، ۲۰۱۳/ ۱۳۹۲ ترجمه سیدمحمدی)؛ به همین دلیل، استفاده از این نوع روان‌درمانی‌ها گزینه مناسبی برای بیماران لوپوس است. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یکی از این روان‌درمانی‌هاست که روشی دوسویه بین ذهن و بدن است و تکنیک‌های مختلفی را برای افزایش پذیرش محرک نامطلوب یا دردناک آموزش می‌دهد (بیر، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی با افزایش احساس پذیرش در بیماران، به آنها کمک می‌کند تجربه بیماری خود را همان‌گونه که هست، بپذیرند و با وجود ابتلا به بیماری، همچنان عملکرد و کارایی خود را در بهترین وضعیت ممکن حفظ کنند (کابات زین، ۲۰۱۱). تمرین‌های منظم مدیتیشن به بازیابی تعادل هیجانی کمک می‌کند. یادگرفتن تعدیل هیجانات منفی که در طول انجام تمرین‌های مدیتیشن رخ می‌دهد، باعث خودتنظیمی فعالیت مغز می‌شود و با تغییر فیزیولوژی استرس و سیگنال‌های هیجان باعث بهتر کنار آمدن بیماران با هیجانات منفی و کاهش نیاز به استفاده از راهبرد هیجان‌مدار می‌شود (گارلند، گی لرد، و پارک، ۲۰۰۹؛ گرسون و برنتلی، ۲۰۰۹؛ کابات زین و هان، ۲۰۰۹).

مطالعات مختلفی نشان داده‌اند ذهن آگاهی همچنین توانایی اشخاص برای کنار آمدن با استرس‌های زندگی روزمره را بهبود می‌بخشد (چنگ و همکاران، ۲۰۰۴؛

¹ Cognitive Behavioral Therapy

² Mindfulness-Based Interventions

³ Acceptance & Commitment Therapy

⁴ Mindfulness Based Stress Reduction

بهبود راهبردهای کنار آمدن با استرس استفاده شد. در پایان درمان، نمرات راهبرد مسئله مدار در افراد گروه آزمایش به میزان بیشتری نسبت به افراد گروه کنترل افزایش یافت.

با توجه به اهمیت نقش استرس در عود و تداوم دوره های لوپوس و اثر سوء استرس بر بیشتر ابعاد زندگی این بیماران، نیاز است بیماران در زمینه کنار آمدن با استرس آموزش های لازم را ببینند تا در هنگام مواجهه با موقعیت های اجتناب ناپذیر استرس را به خوبی وضعیت را مدیریت کنند و از آسیب های ناشی از استرس مصون بمانند. درمان MBSR علاوه بر بهبود کنار آمدن با استرس می تواند با ایجاد انعطاف پذیری شناختی به پذیرش و هر چه بهتر کنار آمدن با وضعیت بیماری مزمن نیز کمک کند. برای مدیریت بیماری های مزمنی مانند لوپوس، داشتن حالات ذهن آگاهانه حائز اهمیت است؛ زیرا بیشتر بیماران با نپذیرفتن بیماری، به طور مداوم به دنبال راههایی برای از بین بردن بیماری خودند که غیرممکن است و چیزی جز فرسودگی بیشتر برای بیماران در پی نخواهد داشت. ذهن آگاهی به آنها می آموزد با بیماری و درد خود کنار بیایند؛ به جای نپذیرفتن بیماری، به رنج خود با کنجکاوی بنگرند، ولی آن را قضاوت نکنند؛ زیرا مشکلات افراد در اثر واکنش های قضاوت گرانه آنها نسبت به حالات درونی شان پدید می آید تا اینکه آن حالات مشکل ساز باشند (بورکوک و شارپلس^۱، ۲۰۰۴). نظر به اهمیت پذیرش بیماری و راهبردهای کنار آمدن با استرس در بیماران لوپوس و وجود خلأ پژوهشی در بررسی اثربخشی درمان MBSR بر متغیرهای مذکور در بیماران لوپوس، فرضیه های زیر در این پژوهش، تدوین و بررسی شدند:

بهبود هیجانی منفی در بیماران لوپوس مؤثر واقع شده است. ریل، گریسون، برینارد و روزنویگ (۲۰۰۱) از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمان بیماران با شرایط نامطلوب جسمانی از جمله بیماران لوپوس استفاده کردند. درمان با هدف بهبود کیفیت زندگی، کاهش علائم بیماری و کاهش ناراحتی روانی ناشی از ابتلا به بیماری همچون اضطراب، افسردگی و استرس صورت گرفته بود. نتایج بهبودی چشمگیری در کیفیت زندگی بیماران و بهبود افسردگی و اضطراب نشان داد و در برخی از بیماران درمان توانسته بود تا اندازه ای تنش های جسمانی و برخی علائم بیماری را بهتر کند. صولتی و موسوی (۱۳۹۴) اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک را بررسی کردند. یافته ها نشان دادند میانگین نمرات سلامت عمومی در گروه درمان از گروه کنترل، هم در مرحله پس آزمون و هم در پیگیری کمتر است؛ بنابراین درمان توانست سلامت عمومی بیماران لوپوس را افزایش دهد و تأثیر پایداری نیز به همراه داشته باشد. ازخوش و نوبخت (۱۳۹۵) در پژوهش خود رابطه بین ذهن آگاهی و راهبردهای کنار آمدن با استرس را در بیماران درد مزمن بررسی کردند. نتایج نشان دادند رابطه ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در گروه درد مزمن، منفی و معنادار است؛ در حالی که این رابطه در گروه عادی معنادار نیست؛ اما بین ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله ای مسئله مدار در هر دو گروه، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این نتایج نشان می دهند افرادی که ذهن آگاهی بالاتر دارند، چه در گروه درد مزمن و چه در گروه غیربیمار، بیشتر از راهبردهای مقابله ای مسئله مدار استفاده می کنند. در پژوهش هالند و همکاران (۲۰۱۵) از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به منظور

¹ Borkovec & Sharpless

شد. بیچام، لینفیلد، کینمن و پاینمورفی این پرسشنامه را در سال ۲۰۱۵ طراحی کردند. این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه و دو خرده‌مقیاس مشغولیت به انجام کار و فعالیت در حالت بیماری (شامل سؤالات ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۷، ۴، ۳، ۱، ۲۰، ۱۹، ۱۷) و خرده‌مقیاس رغبت و تمایل نسبت به تحمل بیماری (شامل سؤالات ۱۲، ۹، ۸، ۶، ۵، ۲، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۳) است. پاسخ‌دهنده باید پاسخ خود را در یک طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای (۰ = اصلاً تا ۶ = همیشه) علامت بزند. عبارات خرده‌مقیاس رغبت و تمایل نسبت به تحمل بیماری به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سپس نمرات حاصل از دو خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شوند و نمره کلی به دست می‌آید. در این پرسشنامه دامنه نمره هر خرده‌مقیاس از حداقل ۰ تا حداکثر ۶۰ و نمره کلی از حداقل ۰ تا حداکثر ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیماری بیشتر خواهد بود. بیچام و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود همسانی درونی کلی این پرسشنامه را ۰٫۸۳ گزارش کردند؛ آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس رغبت و تمایل نسبت به تحمل بیماری برابر با ۰٫۸۱ و آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس مشغولیت به انجام کار و فعالیت در حالت بیماری ۰٫۸۹ گزارش شده است. نتایج حاصل از تحلیل عاملی، وجود دو خرده‌مقیاس مشغولیت به انجام کار و فعالیت در حالت بیماری و خرده‌مقیاس رغبت و تمایل نسبت به تحمل بیماری را در این پرسشنامه تأیید کردند (بیچام و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج مطالعه بیچام، همبستگی ۰٫۸۷ را با پرسشنامه پذیرش درد مزمن نشان داد که مبنای اعتبار مطلوب این پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با ۰٫۸۰ است.

برای سنجش راهبردهای کنارآمدن با استرس، از فرم کوتاه پرسشنامه راهبردهای کنارآمدن با شرایط پراسترس استفاده شد. کالزیک، ریچ کن، بکرز،

- ۱- درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود پذیرش بیماری در بیماران لوپوس مؤثر است.
- ۲- درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود راهبردهای کنارآمدن با استرس در بیماران لوپوس مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماهه) همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک در شهر اصفهان بود که در سال ۹۶ به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان الزهرا مراجعه کرده بودند. از بین مراجعه‌کنندگان، ۱۸ بیمار لوپوس با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند (که در فرآیند درمان دو نفر ریزش کردند و در پایان مداخله ۱۶ بیمار باقی ماندند). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بودند: تشخیص قطعی لوپوس اریتماتوی سیستمیک توسط پزشک فوق تخصص روماتولوژی (احراز دست کم ۴ ملاک از معیارهای ۱۱ گانه کالج روماتولوژی آمریکا برای تشخیص لوپوس)، گذشت دست کم ۶ ماه از ابتلا به بیماری، مبتلانی بودن همزمان به هر نوع بیماری جسمی دیگر، حداقل تحصیلات دیپلم، توانایی ذهنی و جسمی کافی برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از فرآیند پژوهش عبارت بودند از: عود ناگهانی علائم بیماری لوپوس؛ به طوری که با بدحال شدن بیمار و نیاز به بستری کردن بیمار، مانع از ادامه شرکت او در جلسات درمانی بشود، غیبت بیش از ۲ جلسه در کل طول دوره درمان و نداشتن مشارکت و همکاری کافی در درمان.

ابزار سنجش: در این پژوهش از پرسشنامه پذیرش بیماری مزمن (برای سنجش پذیرش بیماری استفاده

² Coping Inventory for Stressful Situations

¹ Chronic Illness Acceptance Questionnaire

یکسان روی کلیه افراد نمونه اجرا شد. سپس افراد در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۸ نفر) گمارش شدند (در طول مداخله دو نفر از گروه آزمایش ریزش کرد). درمان برای افراد گروه آزمایش در طول ۸ هفته، هر هفته به مدت یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در محل یک مطب خصوصی انجام گرفت. درخور ذکر است برای بهتر منطبق شدن پروتکل درمانی با شرایط جسمانی خاص بیماران لوپوس، تغییرات مختصری در پروتکل صورت گرفت: طول مدت جلسات از ۱۵۰ دقیقه به ۱۲۰ دقیقه کاهش یافت؛ به این دلیل که نشستن طولانی مدت برای این بیماران دشوار است و تمرینات یوگای ذهن آگاهانه حذف شد؛ زیرا این تمرینات مستلزم انجام حرکات کششی و استقامتی است که انجام آن برای برخی از بیماران به دلیل درد و محدودیت حرکتی ممکن نبود. برای تمرین جایگزین از تمرین راه رفتن ذهن آگاهانه استفاده شد. در مدت درمان گروه آزمایش، بیماران گروه کنترل هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام درمان، پس از آزمون، انجام و پس از گذشت یک ماه پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و با روش آمار غیرپارامتریک (تحلیل کروسکال والیس) تجزیه و تحلیل شدند. ملاحظات اخلاقی به طور کامل در تمام مراحل پژوهش رعایت شد؛ به این صورت که اطلاعات لازم و کافی راجع به هدف کار، شیوه انجام ارزیابی‌ها و چگونگی اجرای درمان قبل از آغاز پژوهش برای شرکت کنندگان شرح داده شده بود. تمامی شرکت کنندگان، داوطلبانه و بدون هیچ گونه فشار و اجباری در پژوهش شرکت کردند. کلیه اطلاعات کسب شده از آزمودنی‌ها به صورت کاملاً محرمانه و فقط در نزد پژوهشگر، بایگانی و داده‌ها به صورت گمنام (کدگذاری شده) تجزیه و تحلیل شد. به منظور رعایت عدالت و اخلاق، آزمودنی‌های گروه کنترل که پس از انجام پیش آزمون در لیست انتظار قرار

و نبرگ هنگون و دکر (۲۰۰۲)، این پرسشنامه را براساس فرم بلند همین پرسشنامه (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) طراحی کردند و دارای ۲۱ سؤال است. این مقیاس، سه سبک مقابله اصلی شامل راهبرد مسئله مدار (شامل سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۱)، راهبرد هیجان مدار (شامل سؤالات ۲، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۶، ۲۰) و راهبرد اجتنابی (سایر سؤالات) را سنجید. آزمودنی‌ها در یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای = ۱ هرگز تا ۵ = بسیار زیاد) مشخص می کنند تا چه اندازه از هر یک از راهبردها استفاده می کنند. این پرسشنامه نمره معکوس ندارد. نمره هر خرده مقیاس از جمع سؤالات همان خرده مقیاس به دست می آید و نمرات بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر از آن راهبردها است. دامنه نمره هر یک از خرده مقیاس‌ها از حداقل ۷ تا حداکثر ۳۵ و نمره کل از حداقل ۲۱ تا حداکثر ۱۰۵ است. بویسان (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها را بدین ترتیب گزارش کرده است: مقابله مسئله مدار = ۰/۷۲، مقابله هیجان مدار = ۰/۷۷ و مقابله اجتنابی = ۰/۷۴ همچنین پایایی حاصل از روش باز آزمایی در فاصله دو هفته برای مقابله مسئله مدار = ۰/۷۹، مقابله هیجان مدار = ۰/۷۵ و مقابله اجتنابی = ۰/۶۶ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی کالزبیک و همکاران (۲۰۰۲)، ساختار سه عاملی فرم کوتاه این پرسشنامه را تأیید کرد که حاکی از اعتبار سازه این آزمون است. نتایج حاصل از پژوهش بویسان حاکی از رابطه مثبت و معنادار عاطفه مثبت با زیرمقیاس مقابله مسئله مدار و رابطه مثبت و معنادار عاطفه منفی با زیرمقیاس مقابله هیجان مدار است که نشان دهنده روایی همزمان فرم کوتاه پرسشنامه با فرم اصلی آن است (بویسان، ۲۰۱۲). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با ۰/۷۹ است.

روش اجرا و تحلیل: پس از انجام فرآیند نمونه گیری، از افراد گروه نمونه برای اجرای پیش آزمون دعوت به عمل آمد. پیش آزمون به طور

بهرتر است از پروتکل‌های بهینه‌شده مخصوص بیماران مزمن استفاده کرد؛ به همین دلیل، برنامه مذکور برای استفاده در پژوهش حاضر به فارسی ترجمه شد. پس از اعمال نظر اساتید صاحب‌نظر در حوزه ذهن آگاهی، اصلاحات لازم روی پروتکل، انجام و سپس استفاده شد. جدول (۱) خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمانی را نشان می‌دهد.

گرفته بودند، پس از انجام مرحله پیگیری، تحت درمان قرار گرفتند. پروتکل استفاده‌شده در این پژوهش، برنامه استاندارد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است. لرهایت و مایریت (۲۰۱۷)، این برنامه ذهن آگاهی را به‌طور اختصاصی برای بیماران جسمی مزمن طراحی کردند. به دلیل وضعیت جسمانی خاص بیماران لوپوس، اجرای پروتکل‌های معمول MBSR و انجام تمرین‌های طولانی برای این بیماران مناسب نیست و

جدول ۱. محتوای جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات و برنامه‌ها	
۱.	برقراری رابطه درمانی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با قوانین گروه، مشخص کردن اهداف و انتظارات از درمان، توضیحاتی راجع به ماهیت بیماری لوپوس و صحبت کردن اعضای گروه راجع به لوپوس و تاثیرات آن بر ابعاد زندگی آنها، معرفی اجمالی ذهن آگاهی، تمرین خوردن کشمش، واری بدن، آموزش هشیاری در فعالیتهای معمول روزمره، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی
۲.	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش مفروضه‌های زیربنایی ذهن آگاهی، آموزش مبانی تئوری مدیتیشن، معرفی مزایا و تاثیرات مثبت تمرین‌های مدیتیشن برای شرایط مزمن بیماری‌های جسمی، آموزش تکنیک آگاهی از تنفس، انجام مدیتیشن نشسته، تمرین ثبت رویداد خوشایند، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی
۳.	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش راجع به افکار، برخورد ذهن آگاهانه با افکار خودآیند منفی، آموزش، آموزش پذیرش به جای کوشش بیهوده و تقلا کردن، آموزش چگونگی مشاهده افکار بدون قضاوت کردن، تکنیک مشاهده افکار (آبشار فکری)، تمرین ثبت رویداد ناخوشایند، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی
۴.	چک کردن تکالیف خانگی، معرفی هیجان، آموزش تفاوت احساس با هیجان، معرفی انواع هیجانات مثبت، منفی و خنثی و یادگیری چگونگی شناسایی آنها، برخورد ذهن آگاهانه با هیجانات ناخوشایند منفی، آموزش یافتن نمود جسمانی هیجان در بدن با استفاده از ذهن آگاهی و رهاسازی تنش جسمانی ایجاد شده ناشی از هیجان، تکنیک مشاهده و شناسایی هیجانات، تمرین کاوش هیجان در بدن، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی
۵.	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش درباره استرس و انواع آن، معرفی چرخه استرس - بدن، تاثیرات نامطلوب استرس بر بیماری لوپوس و تبیین چگونگی فعال شدن مجدد بیماری بوسیله یک رویداد استرس زا، آموزش راهبردهای کنار آمدن استرس تکنیک فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین مدیتیشن آگاهی از حس‌های بدنی و صداهای پیرامونی، تمرین STOP برای مدیریت استرس، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی
۶.	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش تاثیر حالات ذهن آگاهانه در مدیریت و کاهش درد، تبیین مدل ۵ مرحله‌ای تسکین درد با استفاده از ذهن آگاهی، کاوش و شناسایی حس‌های ناخوشایند بدنی مانند انواع درد در بدن و هشیاری و آگاهی نسبت به آنها، پذیرش و کنار آمدن با درد، تمرین واری بدن، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی
۷.	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش نقش ذهن آگاهی در رفتار روزمره و بهبود روابط بین فردی، ایجاد حالات ذهن آگاهانه در تعاملات و رفتار با دیگران، نقش حالات ذهن آگاهانه در شناسایی و مدیریت حالات افکار، هیجانات و حس‌های بدنی

ناخوشایند که باعث مشکل در تعاملات رفتاری با دیگران می‌شود، تمرین ذهن آگاهی در روابط روزمره، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی

۸. چک کردن تکالیف خانگی، مرور کلی آموزش‌های ارائه شده در طول کل جلسات گذشته، چگونگی بسط و گسترش حالت ذهن آگاهی در ابعاد زندگی شخصی و روابط بین فردی، بحث و تبادل نظر اعضا گروه با یکدیگر درباره تغییرات ایجاد شده در زندگی شان در طول جلسات گذشته و جمع بندی کلی از کل طول دوره جلسات

یافته‌ها

در ابتدای شروع فرآیند مداخله، حجم گروه آزمایش ۱۰ نفر بود؛ اما تا پایان جلسات، دو نفر از گروه ریزش کرد و در پایان نفرات گروه آزمایش به ۸ نفر کاهش یافت. در پایان، داده‌ها با تعداد ۸ نفر در گروه آزمایش و ۸ نفر در گروه کنترل آنالیز شد. نسبت تعداد زنان و مردان در هر دو گروه آزمایش و کنترل کاملاً برابر (در هر گروه ۷ نفر زن و ۱ نفر مرد) و به ترتیب ۸۷٫۵ و ۱۲٫۵ درصد بود. نسبت افراد متأهل و مجرد نیز در هر گروه آزمایش و کنترل، برابر و به ترتیب ۷۵ درصد و ۲۵ درصد بود. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۵۰ درصد دارای مدرک دیپلم، ۳۷٫۵ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۱۲٫۵ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. در گروه کنترل ۲۵ درصد دارای مدرک دیپلم، ۵۰ درصد دارای

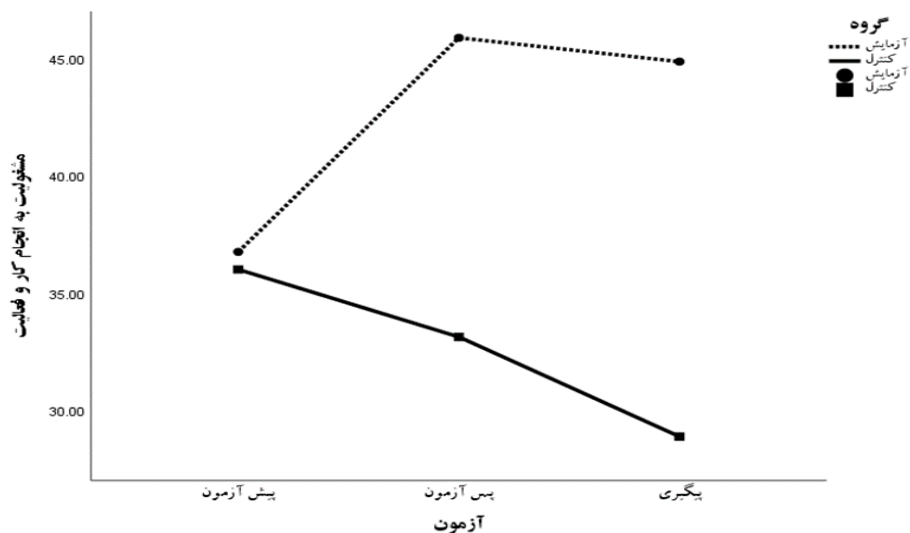
مدرک کارشناسی و ۲۵ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. میانگین سن و انحراف معیار در افراد گروه آزمایش به ترتیب ۳۸٫۸۷ و ۱۱٫۸ بود. میانگین سن و انحراف معیار در افراد گروه کنترل به ترتیب ۲۹٫۶۲ و ۹٫۵ بود. میانگین و انحراف استاندارد سال‌های ابتلا به بیماری در افراد گروه آزمایش به ترتیب ۷ و ۴٫۲ و میانگین و انحراف استاندارد سال‌های ابتلا به بیماری در افراد گروه کنترل به ترتیب ۹ و ۵٫۵ بود. با توجه به محدودیت حجم نمونه و امکان نداشتن استفاده از آزمون‌های پارامتریک (به دلیل افت توان آماری در اثر محدودیت حجم نمونه) از روش‌های آمار غیرپارامتریک برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در جدول (۲) نتایج تحلیل کروسکال والیس در گروه‌های درمانی و کنترل نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کروسکال والیس در گروه‌های درمانی و کنترل

معناداری	درجه آزادی	آماره کروسکال والیس		
۰/۰۱۳	۱	۳/۱۳۶	مشغولیت به انجام کار و فعالیت	مشغولیت به انجام کار و فعالیت
۰/۸۳۳	۱	۰/۰۴۴	رغبت و تحمل نسبت به تحمل بیماری	
۰/۰۸۷	۱	۲/۹۳۱	راهبرد مسئله‌مدار	
۰/۰۰۱	۱	۱۱/۶۷۲	راهبرد هیجان‌مدار	
۰/۰۲۷	۱	۴/۹۲۲	راهبرد اجتنابی	راهبرد اجتنابی
۰/۰۳۷	۱	۴/۳۵۵	مشغولیت به انجام کار و فعالیت	
۰/۱۲۶	۱	۲/۳۳۶	رغبت و تحمل نسبت به تحمل بیماری	
۰/۰۰۹	۱	۶/۸۶۶	راهبرد مسئله‌مدار	
۰/۰۰۱	۱	۱۰/۵۹۵	راهبرد هیجان‌مدار	راهبرد هیجان‌مدار
۰/۸۷۴	۱	۰/۰۲۵	راهبرد اجتنابی	
۰/۰۵۵	۱	۳/۶۷۲	مشغولیت به انجام کار و فعالیت	
۰/۰۳۱	۱	۴/۶۷۳	رغبت و تحمل نسبت به تحمل بیماری	

۰/۰۱۴	۱	۶/۰۸۰	راهبرد مسئله‌مدار
۰/۰۶۱	۱	۳/۵۰۴	راهبرد هیجان‌مدار
۰/۰۴۵	۱	۴/۰۲۳	راهبرد اجتنابی

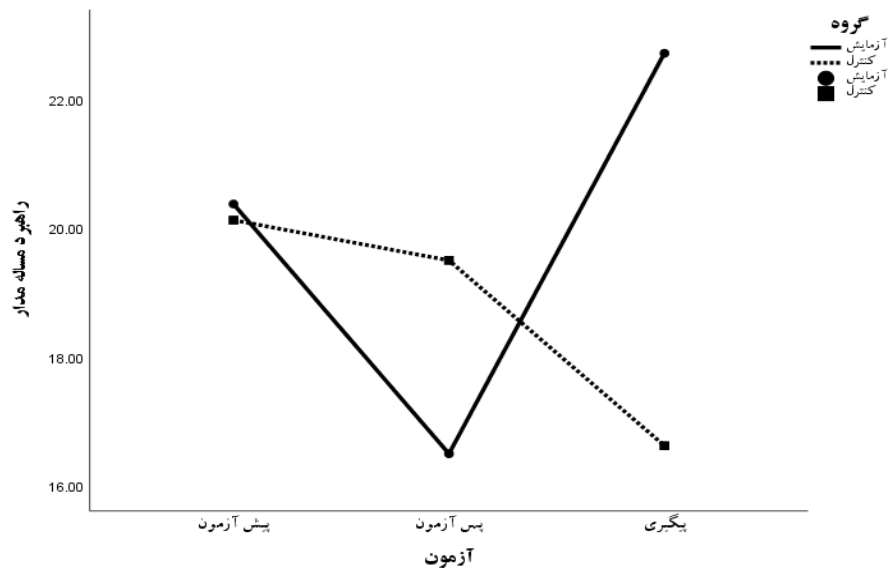
نمودارهای زیر روند تغییرات نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را در گروه‌های کنترل و درمانی به تفکیک خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهند:



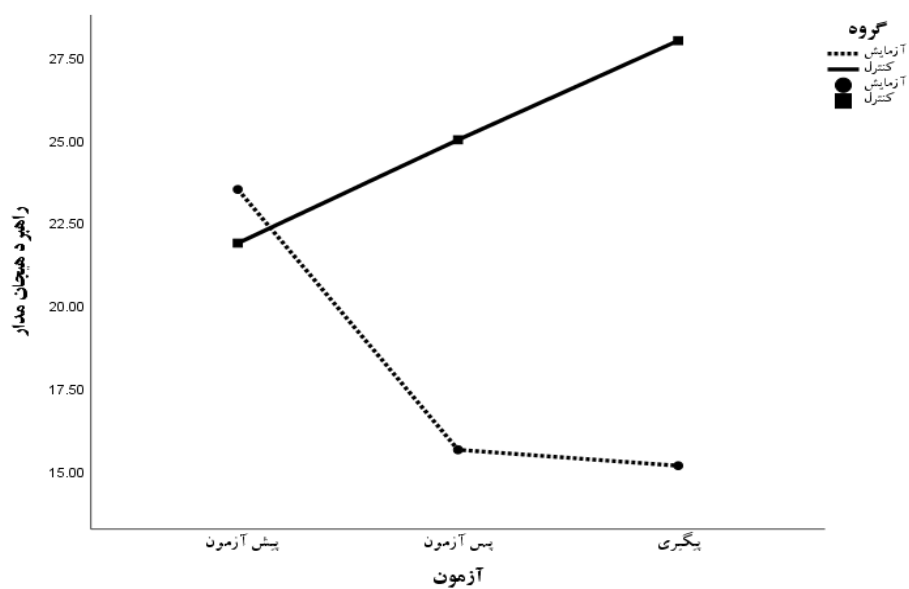
شکل ۱. مشغولیت به انجام کار و فعالیت



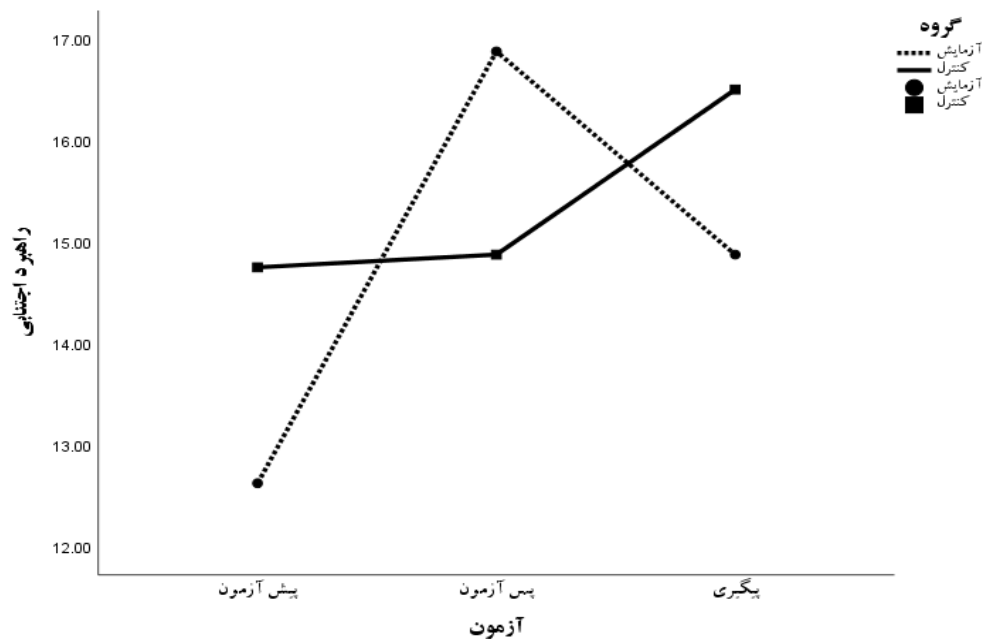
شکل ۲. رغبت و تحمل نسبت به تحمل بیمار



شکل ۳. راهبرد مساله مدار



شکل ۴. راهبرد هیجان مدار



شکل ۵. راهبرد اجتنابی

بحث

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر پذیرش بیماری و راهبردهای کنار آمدن با استرس در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک صورت گرفت. با مرور نتایج، ملاحظه می شود درمان باعث افزایش مشغولیت به انجام کار و فعالیت در حین بیماری شده است. این نتیجه با نتیجه پژوهش هورش و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. علت این نتیجه را می توان در مکانیسم «مواجهه» جستجو کرد که یکی از اصلی ترین مکانیسم های زیربنایی ذهن آگاهی است. مواجهه در قالب تمرین مدیتیشن نشسته به بیماران آموزش داده می شود. در این تمرین بیماران در مدت زمان مشخصی به طور نشسته مدیتیشن انجام می دهند. با وجود ایجاد آرامش، تحرک نداشتن طولانی مدت می تواند به ایجاد ناراحتی یا حتی تشدید درد آنها منجر شود. درمان تأکید می کند بیماران حین انجام این تمرین، با ناراحتی و دردی که حس می کنند، مواجه شوند و وضعیت

با مرور نمودارها ملاحظه می شود در بعد مشغولیت به انجام کار و فعالیت در حالت بیماری، درمان در گروه آزمایش باعث افزایش این مقوله در پس آزمون نسبت به گروه کنترل شده و این تغییرات مثبت در مدت زمان پیگیری نیز ادامه یافته است. درمان در بعد رغبت و تحمل نسبت به تحمل بیماری تأثیری نداشته است. در راهبرد مسئله مدار و در مرحله پس آزمون، مداخله برای گروه آزمایش تأثیر گذار نبوده است؛ اما با گذر زمان و در مرحله پیگیری به تدریج اثر درمان بر گروه آزمایش مشخص شده و راهبرد مسئله مدار به تدریج در گروه آزمایش نسبت به کنترل افزایش یافته است. همچنین درمان، هم در مرحله پس آزمون و هم در مدت پیگیری باعث کاهش استفاده از راهبرد هیجان مدار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. در نهایت در راهبرد اجتنابی، همانند راهبرد مسئله مدار درمان، نه در مرحله پس آزمون بلکه در مرحله پیگیری و با گذشت زمان باعث کاهش استفاده گروه آزمایش از راهبرد اجتنابی نسبت به گروه کنترل شده است.

درمان بیش از این مقدار که بیماران رغبت کسب کرده‌اند، نتوانسته کمک بیشتری به آنها بکند.

همان‌طور که انتظار می‌رفت درمان توانست به‌طور کلی میانگین نمرات راهبرد مسئله‌مدار را در گروه آزمایش افزایش دهد. اگرچه نمرات راهبرد مسئله‌مدار گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افت داشت، در مرحله پیگیری ملاحظه می‌شود راهبرد مسئله‌مدار در گروه آزمایش افزایش معناداری داشته است. توجیه احتمالی برای کاهش و افزایش نمرات می‌تواند این باشد که فرآیند بازسازی شناختی (رخ داده در خلال درمان MBSR، زمان‌بر است. تغییراتی که در اثر تمرینات مدیتیشن در قشر پیشانی مغز رخ می‌دهند، به مرور زمان، ایجاد و به تدریج باعث بهبود تصمیم‌گیری و توانایی‌های حل مسئله و استقرار این بهبودی می‌شود. این نتیجه با نتیجه پژوهش هالند و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. به نظر می‌رسد تکنیک‌های ذهن آگاهی با بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در این بیماران باعث بهبود استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار شده که این یافته همسو با پژوهش شاپیرو و همکاران است. در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، به‌طور اختصاصی بر آموزش راههای کنار آمدن با استرس تأکید می‌شود و در پروتکل درمانی این پژوهش، یک جلسه کامل به آموزش راجع به استرس و تکنیک‌های مواجهه با استرس اختصاص داده شد؛ بنابراین آموزش‌هایی که مستقیماً راهبرد مسئله‌مدار را در مواجهه با استرس ترغیب می‌کنند، نتوانسته است باعث افزایش استفاده بیماران از این راهبرد شود.

با مرور نتایج ملاحظه می‌شود درمان نتوانسته است باعث کاهش استفاده بیماران از راهبرد هیجان‌مدار شود و این کاهش به تدریج در طول زمان نیز ادامه داشته

نشستن خود را برای رهایی از ناراحتی تغییر ندهند؛ بلکه با ناراحتی ایجادشده مواجه شوند، آن را بپذیرند و با وجود آن همچنان تمرین خود را ادامه دهند. این آموزش به بیماران کمک می‌کند یاد بگیرند همان‌طور که می‌توانند با تحمل حس ناراحتی به ادامه تمرین خود پردازند، در زندگی روزمره نیز می‌توانند با وجود داشتن بیماری و عواقب آن به کار و فعالیت‌های معمول خود نیز مشغول باشند.

در بعد دیگر پذیرش بیماری، ملاحظه می‌شود درمان نتوانسته است تأثیر معناداری در افزایش رغبت و تمایل نسبت به تحمل بیماری در گروه آزمایش ایجاد کند. در اصل، رغبت و تمایل به این مفهوم اشاره دارد که بیماران تا چه اندازه پذیرفته‌اند نسبت به علائم بیماری تحمل و بردباری داشته باشند. عامل مهم در ایجاد این پذیرش، مدت زمان ابتلا به بیماری است. بیمارانی که به تازگی تشخیص بیماری مزمن را دریافت کرده‌اند، به نسبت بیمارانی که مدت طولانی به همان بیماری گرفتارند، رغبت و تمایل بسیار کمتری نسبت به تحمل علائم بیماری نشان می‌دهند؛ زیرا آنها خود را با تغییر مهم و عمده در زندگی‌شان (ابتلا به بیماری) روبه‌رو می‌بینند که هنوز فرصت سازگارشدن با آن را پیدا نکرده‌اند. این بیماران، در دفعات نخست تجربه علائم بیماری به دلیل تازگی این تجربه دردناک نسبت به آن گریزانند. آنها زمان کافی لازم دارند با بیماری خود و علائم ناشی از آن آشنا شوند. به تدریج و با تجربه بیشتر علائم، به آن عادت می‌کنند. با توجه به اینکه میانگین سال‌های ابتلای به بیماری در بیماران گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۷ و ۹ سال بود، بیماران در خلال این سال‌ها از فرصت کافی برخوردار بوده‌اند طبق تجربه شخصی خود از علائم بیماری، نسبت به تحمل آن متمایل شوند و این مدت زمان برای ایجاد حداکثر رغبت به تحمل بیماری کافی بوده است و

¹ Cognitive reconstruction

تأثیر داشته‌اند. درمان مفهوم پذیرش را آموزش می‌دهد، تکنیک‌های ذهن آگاهی نیز به تقویت آن کمک می‌کنند و در عین حال، قسمت‌هایی از پروتکل درمانی آموزش‌هایی مبتنی بر مفهوم معکوس^۱ پذیرش یعنی اجتناب ارائه شده است. بیماران در رابطه با انواع رفتارهای اجتنابی آموزش دیدند؛ آموزش‌هایی از این قبیل که چگونه راهبردهای اجتنابی استفاده شده در موقعیت‌های مختلف را بشناسند و سرانجام اینکه چگونه رفتارهای اجتنابی در پیش نگیرند.

یکی از محدودیت‌های مهم این پژوهش، کمبود تعداد بیماران مبتلا به لوپوس بود. با توجه به آمار شیوع پایین این بیماری در جامعه ایران (۴۰ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر) دسترسی به حجم بالایی مبتلایان به لوپوس در یک بازه زمانی محدود و کوتاه‌مدت بسیار دشوار است. با احتساب ملاک‌های ورود به پژوهش که مانع ورود بسیاری از بیماران به پژوهش می‌شود، این دشواری دوچندان می‌شود؛ در نتیجه، این پژوهش با امکان دسترسی تنها به حجم نمونه ۱۸ نفری از بیماران انجام شد. به دلیل شیوع بیشتر این بیماری در زنان، دسترسی به تعداد کمتری از مردان مبتلا مقدور بود و در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل، تنها یک بیمار مرد وجود داشت. در گروه آزمایش تک‌بودن بیمار مرد در میان سایر بیماران زن، باعث می‌شد انجام تعاملات گروهی بین اعضای گروه، به‌ویژه برای بیمار مرد دشوار باشد. به پژوهشگران بعدی توصیه می‌شود برای انجام مطالعات مشابه، از حجم نمونه بیشتر با توازن جنسیتی برابر یا دست کم نزدیک به برابر استفاده کنند. همچنین در طول درمان مشاهده شد یکی از مسائل درگیر در بیشتر بیماران لوپوس، پرخاشگری و اختلال در روابط بین فردی است. با توجه به اینکه هدف این پژوهش، پوشش دادن چنین مسائلی نبود، نیاز به رسیدگی به این

است. این نتیجه همسو با نتیجه پژوهش ازخوش و نوبخت (۱۳۹۵) است. بیماران لوپوس به دلیل قرار گرفتن در شرایط سخت ناشی از بیماری، به تدریج هیجانات منفی پیدا می‌کنند. در این پژوهش، درمان ذهن آگاهی با بهبود تنظیم هیجانی در کاهش استفاده بیماران از راهبرد هیجان‌مدار مفید واقع شده است. بیماران لوپوس در طی تمرین‌های منظم مدیتیشن به تدریج انعطاف‌پذیرتر شده‌اند و تعادل هیجانی خود را بازیافتند؛ در نتیجه، نیاز کمتری به استفاده از راهبرد هیجان‌مدار پیدا کردند که این یافته همسو با پژوهش‌های گارلند، گی لرد، و پارک، ۲۰۰۹؛ گرسون و برنتلی، ۲۰۰۹؛ و کابات زین و هان، ۲۰۰۹ است.

نتایج نشان می‌دهند درمان در فواصل مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و مراحل پس‌آزمون - پیگیری توانسته است بر نمرات راهبرد اجتنابی در این بیماران مؤثر واقع شود. این نتیجه همسو با یافته‌های بیر (۲۰۰۳)، کابات زین (۲۰۱۱) و روث و کالمزا (۲۰۱۴) است. همان‌طور که انتظار می‌رفت پس از درمان، کاهش در نمرات راهبرد اجتنابی دیده شود، این کاهش با مقداری افت و خیز در طول زمان ایجاد شده است و در پایان مرحله پیگیری ملاحظه می‌شود بیماران گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل کاهش بیشتری در راهبرد اجتنابی نشان می‌دهند. می‌توان علت تأثیرگذاری درمان روی متغیر راهبردهای اجتنابی را در آموزش مفهوم زیربنایی معکوس در هسته اصلی درمان جستجو کرد. هسته اصلی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش است. همان‌طور که در قسمت‌های مختلف ذکر شد، این درمان با افزایش سطح پذیرش می‌باید به کاهش سازه مخالف خود یعنی اجتناب منجر شود. در پروتکل استفاده شده، علاوه بر اینکه تکنیک‌های مختلف در رشد و افزایش پذیرش نقش مؤثری داشتند، بر میزان استفاده از راهبرد اجتنابی نیز

^۱ contrawise concep

- (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (pp. 263-284), San Diego, U.S: Elsevier.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Beacham, A. O., Linfield, K., Kinman, C. R., & Payne-Murphy, J. (2015). The chronic illness acceptance questionnaire: Confirmatory factor analysis and prediction of perceived disability in an online chronic illness support group sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 96-102
- Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present, In: S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. (pp. 209-242). New York, NY, US: Guilford Press.
- Boysan, M. (2012). Validity of the coping inventory for stressful situations-short form (CISS-21) in a non-clinical Turkish sample. *Journal of Psychiatry and Neurology Sciences*, 25, 101-107.
- Bricou, O., Taieb, O., Baubet, T., Gal, B., Guillevin, L., & Moro, M. R. (2006). Stress and coping strategies in systemic lupus Erythematosus: a review. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6), 283-293.
- Calsbeek, H., Rijken, M., Bekkers, M. J., Van Berge Henegouwen, G. P., & Dekker, J. (2006). Coping in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: impact on school and leisure activities. *Psychology and Health*, 21(4), 447-462.
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20(3), 141-147.
- Crow, M. (2005). Ethology and pathogenesis of Systemic Lupus Erythematosus. In : Firestein, G. S., Budd, R., Gabriel, S. E., McInnes, I. B., & O'Dell, J. R. (Eds). *Kelley's Textbook of Rheumatology*: مشکلات، هم توسط درمانگران و هم خود بیماران به شدت احساس می شود. به پژوهشگران بعدی توصیه می شود در مطالعات آینده، مدیریت خشم و پرخاشگری و بهبود روابط بین فردی در بیماران لوپوس در دستور کار قرار گیرد.
- منابع:**
- ازخوش، م، نوبخت، ل. (۱۳۹۵). رابطه ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله ای در بیماران درد مزمن. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*؛ ۱۱(۴۱)، ۴۶-۳۷.
- سارافینو، الف. پ. (۱۳۹۶). *روانشناسی سلامت*. ترجمه ف، شفیع، الف، میرزایی، ح، افتخار اردبیلی، غ، گرمارودی، ع، احمدی ابهری، ع، منتظری مقدم، پ، قوامیان، ... و الف، ندیم. تهران: انتشارات رشد. (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۷).
- کری، ج. (۱۳۹۲). *نظریه ها و کاربردها مشاوره در روان درمانی*. ترجمه، سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران، (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
- صولتی، ک، موسوی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی سلامت عمومی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک: یک کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*. ۲۱-۲۰، (۵)، ۴۵۵-۴۵۶.
- Azizoddin, D. R., Zamora-Racaza, G., Ormseth, S. R., Sumner, L. A., Cost, C., Ayeroff, J. R., & Nicassio, P. M. (2017). Psychological Factors that Link Socioeconomic Status to Depression/Anxiety in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(3-4), 302-315.
- Roth, B and Calle-Messa, L. (2014). *Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Pain*, In R.A Baer

- Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26, 73-75.
- Horvath, L., Czirjak, L., Fekete, B., Jakab, L., Pozsonyi, T., Kalabay, L., & Szakacs, A. (2001). High levels of antibodies against C1q are associated with disease activity and nephritis but not with other organ manifestations in SLE patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 19(6), 667-672.
- Hyphantis, T., Palieraki, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., & Drosos, A. A. (2011). Coping with health-stressors and defence styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus Erythematosus. *Lupus*, 20(9), 893-903.
- Jamshidi, A. R., Tehrani-Banihashemi, A., Dahaghin, S., Gholami, J., Froozanfar, M. H., Akhlaghi, M., ... & Davatchi, F. (2008). Clinical hand osteoarthritis in Tehran: prevalence, signs, symptoms, and pattern—COPCORD Stage I, Iran Study. *The Journal of Rheumatology*, 35(7), 1467-1469.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Book
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(01), 281-306.
- Koutsokeras, T., & Healy, T. (2014). Systemic lupus Erythematosus and lupus Nephritis. *Nature Reviews Drug Discovery*, 13(3), 173-174.
- Kurpas, D., Mroczek, B., Knap-Czechowska, H., Bielska, D., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., & Steciwko, A. (2013). Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187(1), 114-117.
- Lehrhaupt, L., & Meibert, P. (2017). *Mindfulness-Based Stress Reduction: The MBSR Program for Enhancing Health and Vitality*. Novato, California: New World Library.
- Lewko, J., Politynska, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M., ... & Kowalczyk, K. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Advanced Medical Sciences*, 52(1), 144-146.
- Systemic Lupus Erythematosus and related syndromes, (pp:1269-1283). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Dobkin, P. L., Fortin, P. R., Joseph, L., Esdaile, J. M., Danoff, D. S., & Clarke, A. E. (1998). Psychosocial contributors to mental and physical health in patients with systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 11(1), 23-31.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844-854.
- Fortuna, G., & Brennan, M. T. (2013). Systemic lupus Erythematosus: epidemiology, pathophysiology, manifestations, and management. *Dental Clinics*, 57(4), 631-655.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(1), 37-44.
- Greenson, J., & Brantley, J. (2009). Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the inner experience of fear. In: F. Didonna (ed). *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 171-188). New York: Springer.
- Halland, E., De Vibe, M., Solhaug, I., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Tyssen, R., ... & Bjørndal, A. (2015). Mindfulness training improves problem-focused coping in psychology and medical students: Results from a randomized controlled trial. *College Student Journal*, 49(3), 387-398.
- Haupt, M., Millen, S., Jänner, M., Falagan, D., Fischer-Betz, R., & Schneider, M. (2005). Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus Erythematosus: A prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(11), 1618-1623
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Horesh, D., Glick, I., Taub, R., Agmon-Levin, N., & Shoenfeld, Y. (2017). Mindfulness-based group therapy for systemic lupus Erythematosus: A first exploration of a promising mind-body intervention.

- mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Teixeira, V., & Tam, L. S. (2018). Novel insights in systemic lupus Erythematosus and atherosclerosis. *Frontiers in Medicine*, 4, 262-288.
- Walach, H., Nord, E., Zier, C., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S., & Schüpbach, H. (2007). Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 188-198.
- Tutuncu, Z., Kalunian, K. (2012). The definition and classification of Systemic Lupus Erythematosus. In: Wallace, D., & Hahn, B. H. (Eds). *Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes*: (pp: 16-21). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Watson, P., Storbeck, J., Mattis, P., & Mackay, M. (2012). Cognitive and emotional abnormalities in systemic lupus Erythematosus: evidence for amygdala dysfunction. *Neuropsychology Review*, 22(3), 252-270.
- Williams, E. M., Zhang, J., Anderson, J., Bruner, L., & Tumieli-Berhalter, L. (2015). Social support and self-reported stress levels in a predominantly African American sample of women with systemic lupus Erythematosus. *Autoimmune Diseases*, 2015(6), 2-4.
- Mazzoni, D., & Cicognani, E. (2016). Positive and problematic support, stress and quality of life in patients with systemic lupus Erythematosus. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(5), 542-551.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain?. *Pain*, 105(1-2), 197-204.
- Palagini, L., Mauri, M., Faraguna, U., Carli, L., Tani, C., Dell'Osso, L., & Riemann, D. (2016). Insomnia symptoms, perceived stress and coping strategies in patients with systemic Lupus Erythematosus. *Lupus*, 25(9), 988-996.
- Pawlak, C. R., Witte, T., Heiken, H., Hundt, M., Schubert, J., Wiese, B., & Heijnen, C. J. (2003). Flares in patients with systemic lupus Erythematosus are associated with daily psychological stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(3), 159-165.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 183-192.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of