



## Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Therapy and Emotional Schema Therapy on Perceived Stress and Distress Tolerance of Women Undergoing Drug Treatment with Psoriasis

Afsoon Talayry<sup>1</sup>, Sasan Bavi<sup>2\*</sup>

1- MSc Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Corresponding Author:** Sasan Bavi Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Email:** sasanbavi@gmail.com

Received: 10 April 2023

Accepted: 17 Sep 2023

### Abstract

**Introduction:** Psoriasis is one of the physical and mental diseases that psychological factors have a significant impact on its severity. Modifying behavioral and psychological patterns can be an important step in controlling and reducing this disease. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy and emotional therapy schematics on perceived stress and distress tolerance of women undergoing drug therapy with psoriasis in Ahvaz.

**Methods:** The field semi-experimental study method of the pre-test type is the multi-group test. The statistical community of this study includes all female patients with psoriasis in Ahvaz, who were targeted sampling methods to choose a sample, in the form of religion, which was first obtained and contacted during a call with the Psoriasis Association of Iran, the list of female patients with psoriasis who live in Ahvaz, along with their contact number. Of the 127 female patients nominated, only 100 announced their readiness to select a research sample, and all 100 patients were sent online questionnaires on perceived stress and distress tolerance. Finally, 70 qualified female patients (patients who scored a high score of 28 on perceived stress questionnaires and a low score of 29 to endure distress) were selected, 10 of whom were later reluctant to participate. Eventually, 60 women with psoriasis are considered as samples, with 20 in the first experimental group, 20 in the second experimental group, and 20 in the witness group being randomly simplified. Research tools included Cohen et al. 's perceived stress questionnaire (1983 and Simmons & Gahr's distress tolerance scale (2005). The data were examined using multivariate covariance analysis (MANCOVA) and one-variable covariance analysis (ANCOVA).

**Results:** Results showed that both treatments had an effect on the perceived stress and distress tolerance of women undergoing drug therapy with psoriasis ( $P < 0.05$ ). On the other hand, Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy based on perceived stress and distress tolerance of women undergoing drug therapy with psoriasis has been more effective than emotional therapy schematics ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** According to the results of the present study, mindfulness-based stress reduction intervention can be more efficient in improving perceived stress and tolerating distress in women with psoriasis. Therefore, it is recommended that psychotherapists use this treatment to improve perceived stress and tolerate distress in psoriasis patients alongside other therapeutic interventions.

**Keywords:** Mindfulness-, Schema therapy, Perceived stress, Distress tolerance, Psoriasis disease.



## مقایسه اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی بر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی زنان تحت درمان دارویی مبتلا به بیماری پسوریازیس

افسون طلایری<sup>۱</sup>، ساسان باوی<sup>۲\*</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.  
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: ساسان باوی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.  
ایمیل: [sasanbavi@gmail.com](mailto:sasanbavi@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** بیماری پسوریازیس از جمله بیماری های جسمی روانی است که عوامل روانی تاثیر به سزایی در شدت آن دارند. اصلاح الگوهای رفتاری و روانشناختی می تواند گام مهمی در کنترل و کاهش این بیماری باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر، تعیین مقایسه اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی بر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی زنان تحت درمان دارویی مبتلا به بیماری پسوریازیس شهر اهواز بود.

**روش کار:** روش مطالعه نیمه آزمایشی میدانی از نوع پیش آزمون- پس آزمون چند گروهی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلا به بیماری پسوریازیس شهر اهواز است که جهت انتخاب نمونه، به روش نمونه گیری هدفمند اقدام شد به دین شکل که ابتدا طی تماسی با انجمن پسوریازیس ایران، لیست بیماران زن مبتلا به پسوریازیس که در شهر اهواز ساکن هستند به همراه شماره تماس آن ها اخذ و با آنها تماس گرفته شد. از بین ۱۲۷ بیمار زن معرفی شده تنها ۱۰۰ نفر اعلام آمادگی کردند که جهت انتخاب نمونه پژوهشی، برای کلیه ۱۰۰ بیمار به صورت آنلاین پرسشنامه های استرس ادراک شده و تحمل پریشانی ارسال شد. در نهایت، ۷۰ نفر از بیماران زن واجد شرایط (بیمارانی که در پرسشنامه های استرس ادراک شده نمره بالا ۲۸ و برای تحمل پریشانی نمره پایین ۲۹ کسب نمودند) انتخاب شدند که ۱۰ نفر از آنان، بعدا تمایلی به شرکت نداشتند. در نهایت ۶۰ نفر زن مبتلا به بیماری پسوریازیس به عنوان نمونه در نظر گرفته شده اند که ۲۰ نفر در گروه آزمایشی اول، ۲۰ نفر در گروه دوم و ۲۰ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکوا) بررسی شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که هر دو درمان بر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی زنان تحت درمان دارویی مبتلا به بیماری پسوریازیس موثر بوده اند ( $P < 0.05$ ). از طرفی، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی زنان تحت درمان دارویی مبتلا به بیماری پسوریازیس نسبت به طرحواره درمانی هیجانی اثربخشی بیشتری داشته است ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** براساس نتایج پژوهش حاضر، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند برای بهبود استرس ادراک شده و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس کارآمدتر باشد. بنابراین، توصیه می گردد که روان درمانگران در راستای بهبود استرس ادراک شده و تحمل پریشانی بیماران پسوریازیس در کنار سایر مداخلات درمانی از این درمان استفاده کنند.

**کلیدواژه ها:** بذهن آگاهی، طرحواره، استرس ادراک شده، تحمل پریشانی، بیماری پسوریازیس.

## مقدمه

پوست، بزرگترین عضو انسان است و به عنوان یک رابط بین محیط داخلی و خارجی فرد عمل می کند (۱). این ارگان، قابل مشاهده برای سایر افراد است. بنابراین، هر گونه تغییر فیزیکی در پوست در بستر اجتماعی نیز قابل مشاهده است (۲). پسوریازیس، یک بیماری التهابی مزمن شایع با شیوع ۶ درصد تا ۳۳ درصد در نژادهای مختلف است و حدود ۱۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان را مبتلا می کند (۳). بعلاوه، پسوریازیس، یک بیماری شایع پوستی است که لزوماً خارش دار نبوده بلکه با پلاک های قرمز رنگ همراه با پوسته ریزی مشخص می شود (۴). همچنین، این بیماری یک بیماری پوستی خود ایمنی، روان تنی و چند سیستمی مطرح شده است و به نظر می رسد عوامل ژنتیکی و محیطی در تعامل، منجر به بروز بیماری پسوریازیس می گردند (۵). عوامل خطر در این بیماری، جنسیت مونث، سن کمتر شروع بیماری، مصرف الکل، شخصیت نوع D و بیماران جوانتر است (۶). از طرفی، پسوریازیس با بیماری های روانی اجتماعی عمیق همراه است که از علائم و نشانه های فیزیکی فراتر می رود. بیماری های روانی اجتماعی که به شدت با پسوریازیس مرتبط است شامل اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و سوء مصرف مواد است. گزارش های اخیر نشان می دهد در حالی که ۹۸ درصد بیماران احساس می کنند که بیماری پوستی آن ها بر سلامت عاطفی یا روانی آنها تأثیر گذاشته است، تنها ۱۸ درصد به دنبال کمک بودند. این شکاف مراقبتی عمدتاً به دلیل عدم آگاهی در مورد خدمات محدود موجود در کنار تشخیص و تریاژ ضعیف است (۷). بعلاوه، استرس، یکی از مهم ترین عواملی است که در راه اندازی پسوریازیس نقش دارد و به عنوان پیامد بیماری در نظر گرفته شده است. استرس، در سیستم جسمانی بدن تغییرات فراوانی ایجاد می کند که می توانند بر سلامت اثر بگذارند. به هنگام استرس، ارتباط روشنی میان بیماری و میزان واکنش پذیری سیستم ایمنی یافت شده است (۸). ایسی و همکاران (۹) در پژوهش خود نشان دادند که بیماری پسوریازیس در ایجاد استرس، اضطراب و تضعیف سیستم ایمنی نقش به سزایی دارد. یکی از عوامل موثر در این بیماری، استرس ادراک شده است. استرس ادراک شده، به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس اشاره دارد (۱۰). در بیماری پسوریازیس، ۴۰ تا ۶۰ درصد موارد با استرس شروع می شود (۱۱).

بعلاوه، اکثریت این بیماران، معتقدند که استرس در مقایسه با عوامل دیگر مانند عفونت، داروها و یا تروما، مهمترین علت شدت و شروع بیماری شان است (۱۲). اورکی و عیسی زاده (۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای اضافه وزن شده است. پور مهر و همکاران (۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود استرس ادراک شده و کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده است. همچنین، چن و همکاران (۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبودی در ادراک استرس شده است.

از طرفی، بیماران پسوریازیس مشکل در عزت نفس و تصور از خود داشته و احساس شرم و خجالت را به سبب ظاهرشان تجربه می کنند (۱۵). به همین جهت، اغلب این بیماران با مشکل تحمل پریشانی پایین روبه رو هستند. تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روانشناختی منفی تعریف می شود (۱۶). افرادی که تحمل آشفتگی پایین دارند، اولاً، هیجان در نظر این افراد غیر قابل تحمل است و توانایی رسیدگی به پریشانی شان را ندارند. دوماً، این افراد وجود هیجان را انکار می کنند و از آن احساس شرم و آشفتگی می کنند. چون در خود توانایی مقابله با هیجانات را نمی بینند (۱۷). در سال های اخیر، علاقه رو به رشدی در درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی، ایجاد شده است که بر کنترل استرس تمرکز ندارد بلکه بر پذیرش استرس تأکید دارد؛ یکی از این برنامه ها، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است (۱۸). کاظمی و همکاران (۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش استرس پس از آسیب شده است. بعلاوه، بخشی و همکاران (۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود تنظیم شناختی و تحمل پریشانی بیماران پسوریازیس شده است.

همچنین، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می باشد. در این درمان، افراد یاد می گیرند پذیرش و دلسوزی را به جای قضاوت کردن تجربه شان گسترش دهند؛ و هشیاری لحظه حاضر را به جای هدایت خودکار

نمونه، ابتدا طی تماسی با انجمن پسونریازیس ایران، لیست بیماران زن مبتلا به پسونریازیس که در شهر اهواز ساکن هستند به همراه شماره تماس آن ها اخذ و با آنها تماس گرفته شد. از بین ۱۲۷ بیمار زن معرفی شده تنها ۱۰۰ نفر اعلام آمادگی کردند که جهت انتخاب نمونه پژوهشی، برای کلیه ۱۰۰ بیمار به صورت آنلاین پرسشنامه های استرس ادراک شده و تحمل پریشانی ارسال شد. در نهایت، ۷۰ نفر از بیماران زن واجد شرایط (بیمارانی که در پرسشنامه های استرس ادراک شده نمره بالا ۲۸ و برای مقیاس تحمل پریشانی نمره پایین ۲۹ کسب نمودند) انتخاب شدند که ۱۰ نفر از آنان، بعدا تمایلی به شرکت نداشتند. در نهایت ۶۰ نفر زن مبتلا به بیماری پسونریازیس به عنوان نمونه در نظر گرفته شده اند که ۲۰ نفر در گروه آزمایشی اول، ۲۰ نفر در گروه آزمایشی دوم و ۲۰ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. افرادی که در گروه های آزمایشی هستند، در حدود ۱ ماه و نیم در دوره های آموزشی شرکت کردند، گروه آزمایشی ۱، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و در هر هفته دو جلسه، گروه آزمایشی ۲، مداخله طرحواره درمانی هیجانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای دو جلسه در نظر گرفته می شود. همچنین، برای گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت. اما، برای جلوگیری از تهدید روایی درونی آزمون، پس از پایان پژوهش، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای آن ها اجرا شد. ملاک های ورود به پژوهش شامل جنسیت زن، تحصیلات حداقل دیپلم، داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روانی جدی دیگر، عدم شرکت در جلسات روان درمانی دیگر حداقل یک ماه قبل از پژوهش و تحت درمان دارویی بیماری پسونریازیس بود و ملاک های خروج نیز شامل سوء مصرف مواد، غیبت بیش از دو جلسه، شرکت در جلسات روان درمانی دیگر، نبودن تحت درمان دارویی و عدم تمایل به ادامه درمان بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز به این شرح بود: ۱. کلیه شرکت کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل مشارکت کردند. ۲. این اطمینان به آزمودنی ها داده شد که تمامی اطلاعات آن ها محرمانه خواهد ماند. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد اخلاق شماره، IR.IAU.AHVAZ. 1401.208 REC می باشد. ساختار و محتوای به کار رفته در

ایجاد کنند و شیوه های جدید پاسخ دادن به موقعیت ها را یاد بگیرند (۲۱). از جمله درمان های دیگری که می تواند نقش موثری بر علائم روانشناختی بیماری پسونریازیس داشته باشد؛ طرحواره درمانی هیجانی است. طرحواره درمانی هیجانی، یک مدل اجتماعی - شناختی درباره درک، تفسیر، ارزیابی و پاسخ به هیجان های خود و دیگران است. همه افراد نسبت به تجربه طیف کاملی از «هیجان های ناخوشایند» از قبیل، خشم، اضطراب، غمگینی، ناامیدی، حسادت، غبطه و... آسیب پذیر هستند. ولی، همه افراد دچار اختلالات روان پریشی نمی شوند. مدل طرحواره درمانی هیجانی پیشنهاد می کند که افراد از لحاظ نظریه هایی که درباره هیجان و تنظیم هیجان دارند با یکدیگر متفاوت هستند و این نظریه های روان شناختی منجر به رشد راهبردهای مشکل ساز برای مقابله با هیجان می شود از قبیل سرکوبی، افسردگی، نشخوار فکری، اجتناب کردن، سرزنش کردن و سوء مصرف مواد.

وضعیت موجود در جامعه درمانی ایران حاکی از آن است که استفاده از درمان های نوظهور مانند طرحواره درمانی هیجانی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در سطح مطلوبی قرار ندارد و پژوهش های صورت گرفته در این زمینه به طور بهینه جوابگوی نیازهای عرصه درمان های غیر دارویی اختلالات روانی و جسمی نیست. به نظر می رسد با توجه به گسترش روز افزون اختلالات روانی از جمله استرس که سرمنشا برخی از بیماری های جسمی - روانی مانند پسونریازیس است؛ که این امر باعث عدم درمان بیماری و کاهش عملکرد شخصی، اجتماعی و شغلی فرد می شود؛ توجه به این دسته از درمان ها لازم و ضروری است. لذا، این پژوهش با هدف مقایسه میزان اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی بر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی زنان تحت درمان دارویی مبتلا به بیماری پسونریازیس انجام گرفته است.

### روش کار

پژوهش حاضر، به دلیل انتخاب هدفمند شرکت کنندگان، یک طرح نیمه آزمایشی میدانی از نوع پیش آزمون و پس آزمون چند گروهی بود. جامعه آماری مشتمل بر تمامی زنان مبتلا به بیماری پسونریازیس شهر اهواز بود که عضو انجمن پسونریازیس شهر اهواز می باشند. جهت انتخاب

هر کدام از مداخلات پژوهش در جدول ۱ و ۲ آمده است. آگاهی که از روش کابات زین (۲۲) اقتباس شده است. ساختار و محتوای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن

جدول ۱. ساختار و محتوای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (اقتباس از کابات زین، ۲۰۱۳)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی، آگاهی و اجرای پیش آزمون	اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن آرامی بعد از معارفه مختصری از هشت جلسه ارائه و تجربه خوردن کشمش با حضور ذهن و آخر جلسه تکلیف برای انجام در منزل ارائه شد.
دوم	آموزش تن آرامی و رویارویی با موانع	آموزش تن آرامی ۱۹ گروه از عضلات. شرکت کننده ها تشویق به انجام مدیتیشن نشسته و تکلیف ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند و انجام مراقبه نشسته و واریسی بدن در انتها.
سوم	ادامه تمرین تن آرامی	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات. با تمرین دیدن و شنیدن شروع و با مراقبه نشسته و تنفس همراه با توجه به حواس بدنی دنبال شد.
چهارم	آموزش ذهن آگاهی تنفس	آموزش ذهن آگاهی تنفس. آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر و با ارائه انجام تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۴ دقیقه.
پنجم	آموزش تکنیک پایش بدن	آموزش تکنیک پایش بدن. آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن ها و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن.
ششم	آموزش ذهن آگاهی افکار	آموزش ذهن آگاهی افکار. آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت در مورد آن ها.
هفتم	ذهن آگاهی کامل	ذهن آگاهی کامل؛ تکرار آموزش جلسات ۴: ۵؛ ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه
هشتم	خلاصه، جمع بندی و اجرای پس آزمون	بررسی تکلیف جلسه قبل، جمع بندی و ارائه خلاصه ای از جلسات گذشته. اجرای پس آزمون.

ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی براساس کتاب طرحواره درمانی هیجانی لیهی (۲۳) می باشد که شرح جلسات در جدول ۲ آمده است:

جدول ۲. ساختار و محتوای طرحواره درمانی هیجانی (اقتباس از لیهی، ۲۰۱۵؛ ترجمه زیرک و آزادی، ۱۳۹۷)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی، آگاهی و اجرای پیش آزمون	معرفی، بیان قوانین گروه، توضیح اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانیهای خود. اعتبار دادن به هیجانها. آموزش روانی درباره اختلال اضطراب فراگیر. تکلیف: تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان. اجرای پیش آزمون
دوم	شناخت هیجان ها و طرحواره درمانی	اعتبار دادن به هیجان ها. آموزش روانی درباره هیجان تعریف طرحواره های هیجانی و بیان تاثیر آنها بر باورها و رفتارهای افراد. توضیح نقش طرحواره ها در اضطراب افراد با ذکر مثال. تکلیف: تکمیل برگه افتراق فکر و رفتار از هیجان
سوم	کنترل هیجان	عادی سازی هیجان. اعتبار دادن. آموزش تکنیک آرمیدگی عضلانی. تمرین درباره گذرا بودن هیجان. تکلیف: تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجان ها غیرعادی هستند. انجام تمرین آرمیدگی عضلانی
چهارم	شناخت اضطراب	اعتبار دادن. تعریف صحیح پذیرش و اثرات آن، توضیح درباره پذیرش هیجان به خصوص اضطراب. استفاده از تمثیل مهمان برای پذیرش اضطراب و تکنیک سوار شدن بر موج اضطراب تکلیف: انجام تمرین های پذیرش هیجان. مزایا و معایب پذیرش هیجان.
پنجم	آموزش ذهن آگاهی	اعتبار دادن. چالش با باورهای درباره احساس های مختلط. انجام تمرین درباره احساس های مختلط. آموزش ذهن آگاهی. تکلیف: مزایا و معایب پذیرش احساس های مختلط. انجام تمرین ذهن آگاهی.
ششم	کنترل نشخوار فکری	اعتبار دادن. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان و آموزش تکنیک وکیل مدافع برای به چالش کشیدن آنها (کنترل و نشخوار فکری). تکلیف: بررسی سود و زیان، تکنیک بررسی شواهد.
هفتم	رابطه هیجان و تصمیم گیری	چالش با باورهای نادرست هیجان و انجام تکنیک بررسی شواهد (خردگرایی). تشویق اعضا به بیان مثال هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق برای تصمیم گیری ها. بررسی شواهد برای تاثیر هیجان در تصمیم گیری ها. تکلیف: مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجان ها در تصمیم گیری، انجام تکنیک وکیل مدافع.
هشتم	ذهن آگاهی دلسوزانه	بررسی سبک های ددرساز اعتبارزدایی. انجام تکنیک اعتبار بخشیدن به هیجان های خود، آموزش نحوه ی صحیح دریافت اعتبار از سایرین. انجام تکنیک ذهن آگاهی دلسوزانه. تکلیف: انجام ذهن آگاهی دلسوزانه. تکنیک اعتباربخشی به خود. بیان عبارات کمک کننده برای دریافت اعتبار.
نهم	شناخت ارزش های خود	چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزشهای برتر). انجام تکنیک بالا رفتن از نردبان ارزش ها، تمثیل مثبت و منفی. انجام تکنیک بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان. تکلیف: تهیه لیست ارزش های خود. انجام تمرین های بالا رفتن از نردبان ارزش ها، تمثیل مثبت و منفی.
دهم	خلاصه، جمع بندی و اجرای پس آزمون	کمک به تحکیم وضعیت آموخته های جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرقت ها. صحبت درباره موانع ادامه یافتن انجام تمرینها پس از پایان درمان و یافتن راه حل هایی برای رفع موانع بحث درباره روش هایی که به تداوم نتایج کمک می کنند. مرور هدف ها و میزان دستیابی به آنها. صحبت درباره پایان درمان و ابزار احساسها درباره آن. اجرای پس آزمون.

## افسون طلایری و ساسان باوی

برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده اند. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی خوبی است. شهیدی و همکاران (۲۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای کل و ابعاد آن ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ به دست آمد.

برای تحلیل توصیفی داده ها، شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در تحلیل استنباطی، روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا)، تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکووا) و آزمون تعقیبی بنفرونی به کار رفت. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند. سطح معناداری این پژوهش  $P < 0.05$  بود.

### یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی،  $34/15 \pm 8/96$ ، گروه طرحواره درمانی هیجانی  $33/35 \pm 8/54$  و گروه گواه مبتنی بر ذهن آگاهی ۱۵ درصد سطح تحصیلات فوق لیسانس، ۳۵ درصد تحصیلات لیسانس، ۲۵ درصد تحصیلات فوق دیپلم و ۲۵ درصد تحصیلات فوق طرحواره درمانی هیجانی ۱۵ درصد سطح تحصیلات فوق لیسانس، ۴۰ درصد تحصیلات لیسانس، ۲۵ درصد تحصیلات فوق دیپلم و ۲۰ درصد تحصیلات لیسانس، ۳۵ درصد تحصیلات لیسانس، ۲۰ درصد تحصیلات فوق دیپلم و ۲۰ درصد تحصیلات لیسانس، ۲۰ درصد تحصیلات فوق دیپلم داشتند.

جدول ۳ شاخص های توصیفی ابعاد استرس ادراک شده و تحمل پریشانی را در آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می دهد.

پرسشنامه استرس ادراک شده (Perceived Stress Questionnaire) کوهن و همکاران (۲۴) صفایی و شکری (۲۵) آن را اعتباریابی کردند. پرسشنامه از ۱۴ ماده تشکیل شده است و به منظور سنجش درجه ای که موقعیت های موجود در زندگی فرد، استرس زا ارزیابی می شود بکار می رود. عامل مثبت شامل ماده های ۲ و ۳ و عامل منفی شامل ماده های ۱ و ۴ می باشد. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای (از صفر: هرگز تا ۴: خیلی زیاد) می باشد ماده های ۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰ و ۱۳ برعکس نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره، ۰-۵۶ است. نمره بالا نشان دهنده این است که فرد استرس بالایی را در زندگی تجربه و درک می کند. آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۴). احمدیان قلعه سرخ (۲۶) برای تعیین پایایی پرسشنامه استرس ادراک شده از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ گزارش نمود. همچنین، در پژوهش حاضر، مقدار ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale) سیمونز و گاهر (۲۷) که توسط علوی (۲۸) ترجمه شده است. همچنین، این پرسشنامه دارای ۱۵ ماده و ۴ مولفه تحمل پریشانی هیجانی (۴ آیتم)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (۴ آیتم)، برآورد ذهنی پریشانی (۴ آیتم) و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی (۳ آیتم) است. ماده های این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (از ۱: کاملاً موافق تا ۵: کاملاً مخالف) نمره گذاری می شود (نمره ۱ به معنای توافق کامل با آیتم مورد نظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با آیتم مورد نظر می باشد). حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۱۵-۷۵ است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سیمونز و گاهر (۲۷) ضریب آلفا را برای خرده مقیاس های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

گروه مطالعه						مرحله اندازه گیری	متغیر
گروه گواه		گروه آزمایشی ۲		گروه آزمایشی ۱			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۱۱	۴۳/۵۲	۳/۴۰	۴۲/۴۵	۳/۳۸	۴۴/۳۷	پیش آزمون	استرس ادراک شده
۳/۶۷	۴۲/۶۰	۵/۸۹	۲۸/۷۹	۶/۷۶	۲۰/۶۷	پس آزمون	
۵/۹۰	۲۶/۶۷	۵/۰۴	۲۵/۴۱	۵/۷۹	۲۷/۴۳	پیش آزمون	تحمل پریشانی
۵/۱۰	۲۷/۹۰	۴/۰۲	۴۰/۵۳	۳/۴۹	۴۵/۶۸	پس آزمون	

واریانس های خطای متغیرهای تحقیق در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون برقرار می باشد ( $P > 0/05$ ). در آخر، جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده گردید. نتایج نشان داد که این مفروضه نیز برقرار است « $Box=19/75, F=1/87, P=0/695$ » ( $P > 0/05$ ). در ادامه، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت استرس ادراک شده و تحمل پریشانی بین گروه های آزمایش و گروه گواه استفاده گردید. نتایج در (جدول ۴) گزارش شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بر متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و گواه

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلابی	۱/۳۷	۸	۷۲	۱۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۸	۷۰	۳۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
آزمون اثر هتلینگ	۵/۶۲	۸	۶۸	۴۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۴۱	۴	۳۶	۵۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱

وجود دارد که نشان از اثربخشی مداخله ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر یا متغیرها بین گروه ها تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل در (جدول ۵) ارائه شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ادراک شده	۳۲۸۴/۱۶	۲	۱۶۴۲/۰۸	۱۲۹/۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
تحمل پریشانی	۷۳۹/۵۲	۲	۳۶۹/۷۶	۴۶/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱

تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). برای مشخص شدن جزئیات تفاوت ها و مقایسه دو به دو گروه ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید که نتایج آن در (جدول ۶) گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی گروه های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
استرس ادراک شده	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	طرحواره درمانی هیجانی	$-9/73^\circ$	۲/۳۴	۰/۰۰۱
		گروه گواه	$-23/28^\circ$	۲/۰۳	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی هیجانی	گروه گواه	$-13/55^\circ$	۲/۶۷	۰/۰۰۴
		گروه گواه	$-27/75^\circ$	۱/۰۹	۰/۰۰۲
تحمل پریشانی	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	طرحواره درمانی هیجانی	$5/65^\circ$	۱/۲۷	۰/۰۰۵
		گروه گواه	$19/52^\circ$	۱/۲۴	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی هیجانی	گروه گواه	$13/87^\circ$	۱/۱۸	۰/۰۰۱
		گروه گواه	$14/06^\circ$	۴/۵۳	۰/۰۰۱

استرس منجر می شود. در این برنامه، شرکت کنندگان یاد می گیرند همواره در موقعیت های دشوار، از الگوی همیشگی حالت خودکار فاصله گرفته و با شناسایی حالت غیر ارادی افکار، زمام امور را به دست گرفته و با گشودگی نسبت به مشکل پیش آمده تنش را کاهش دهند. همچنین، از آنجا که اشتغالات ذهنی به افکار آینده و گذشته منبع بسیاری از استرس ها است. روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با پرورش و بسط آگاهی این جایی و اکنونی و نیز توجه کامل به ذهن و بدن به شرکت کنندگان این امکان را می دهد که با حضور در لحظه لحظه زندگی از آن بهره برده و به رهایی از رنج نائل آیند. در پی انجام تمرین یوگای ذهن آگاه، شرکت کنندگان از تعاملات ظریف ذهن و بدن آگاه شده و در می یابند چگونه با انجام تمریناتی ساده از ایجاد تنش در عضلات گردن، شانه ها و غیره پیشگیری کنند. در نتیجه ایجاد آرامش جسمانی در بدن به واسطه انجام تمرین های مذکور به بروز شرایط روانی مطلوب و عاری از استرس می انجامد. همچنین، در طرحواره درمانی هیجانی؛ درمانگر از القای هیجانی و هنجارسازی هیجانی استفاده کرده و پذیرش و ابراز هیجانی را در بیماران بالا می برد و در سطح شناختی نیز درمانگر با آزمایش رفتاری، بررسی سود و زیان، بررسی شواهد و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد، تمایز افکار و هیجانات، واقعیت و شخصیت، فاجعه زدایی، اتصال طرحواره های بیمار به مشکلات و سایر باورهای ناکارآمد؛ چالش های گسترده ای را در حوزه شناختی با طرحواره برای تغییر و اصلاح آن ها می کند و افراد را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجانات و افکار می کند. به همین دلیل طرحواره درمانی هیجانی با بهره گیری از مداخلات هیجانی و شناختی گسترده و چالش در تمام دوره ی درمانی با طرحواره ها سعی در تغییر آن ها دارد که با تغییر و اصلاح طرحواره علائم و نشانه های استرس ادراک شده نیز کاهش پیدا می کند. به نظر می آید دلیل آن که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره درمانی هیجانی در کاهش استرس ادراک شده بیماران زن پسوریازیس داشته است. این است که در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به طور اختصاصی جلسات بیشتری را بر مبنای کاهش استرس دارد که این امر منجر به آموزش بیشتر و درمان بهتر در زمینه استرس خواهد بود. در جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تکنیک ها و روش های مناسبی جهت

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از آن بود که در متغیر استرس ادراک شده بین گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه طرحواره درمانی هیجانی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی دار ( $P=0/001$ ) وجود دارد. با توجه به مقدار میانگین ها، می توان نتیجه گرفت که تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس بیشتر از تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر استرس ادراک شده است. همچنین، در اثربخشی هر دو درمان بر استرس ادراک شده با گروه گواه تفاوت معنی داری به نفع هر دو درمان، مشاهده گردید. بعلاوه، در متغیر تحمل پریشانی، بین گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه طرحواره درمانی هیجانی تفاوت معنی دار ( $P=0/005$ ) وجود دارد. با توجه به مقدار میانگین ها، می توان نتیجه گرفت که تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس بیشتر از تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر تحمل پریشانی شده است. همچنین، در اثربخشی هر دو درمان بر تحمل پریشانی با گروه گواه تفاوت معنی داری به نفع هر دو درمان، مشاهده گردید.

## بحث

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو مداخله درمانی در بهبود استرس ادراک شده و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس موثر بوده و بخشی از یافته های آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طرحواره درمانی هیجانی در بهبود استرس ادراک شده زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس بیشتر بوده است. این یافته ها با بخشی از نتایج پژوهش های اور کی و عیسی زاده (۱۳)؛ روزبهبانی و همکاران (۳۰)؛ محقق و خرقانی (۳۱)؛ پور مهر و همکاران (۱)؛ فتاحی و همکاران (۳۲)؛ باروز و همکاران (۳۳) و چن و همکاران (۱۴) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که شرکت در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به جهت این که به نوعی شیوه های مقابله صحیح با موقعیت های استرس زا را به آزمودنی ها آموزش می دهد، می تواند به کاهش



فردی، موجب تغییر شیوه های مقابله با هیجانات و افزایش مهارت های تنظیم هیجان و به دنبال آن رفتارهای سازنده در هنگام هیجانات منفی می شود و هیجانات منفی مانند اضطراب، افسردگی و استرس را کاهش می دهد و این امر موجب رفع پریشانی روانشناختی و افزایش تحمل پریشانی می شود. آموزش مهارت ذهن آگاهی باعث می شود افراد ترغیب شوند با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی بدون اینکه تلاشی در جهت هر نوع تغییری داشته باشند صرفاً تجارب هیجانی خود را مشاهده کرده و آن را بپذیرند. احتمالاً مواجهه با هیجانات منفی از این طریق می تواند باعث کاهش تکانش وری به استرس شود. در این راستا فرد تشویق می شود تا هیجانات خود را به عنوان رویدادهای گذرا ببیند که مستلزم بروز رفتارها و واکنش های ناسازگار نیست و این دید تعمیم یافته نسبت به هیجانات، به پیشگیری از تجربه مجدد واکنش های هیجانی نیز کمک خواهد کرد. وقتی فرد ذهن آگاهی را در کارهای روزانه خود تمرین می کند زمانی را که در حالت عادی است تشخیص می دهد و فرصتی برای وارد شدن و زندگی کردن در زمان حال برای خود فراهم می کند و در نتیجه زنجیره رویدادهایی را که منجر به احساس های ناخوشایند و اضطراب زا می شود می شکند مراقبه ذهن آگاهی باعث می شود فرد به صورت خلاق به موقعیت زمان حال پاسخ دهد و از واکنش های غیرارادی آزاد می شود و تمرین های واریسی بدنی با حس کردن مستقیم بدن باعث می شود حساسیت دریافت پیام های بدن بالا برود و دریافت آشفستگی های ذهنی کاهش یابد و بدین ترتیب افراد مبتلا به اختلال پسوریازیس، تغییر چشمگیری در افزایش تحمل پریشانی می شود. در واقع، در روش های مبتنی بر ذهن آگاهی با بکارگیری تکنیک های مراقبه ای مانند ذهن آگاه شدن و تنفس و افزایش آگاهی از موقعیت و خود، جهت کنار آمدن و بقاء در زمان بحران استفاده می کند و باعث می شود فرد در بلند مدت و کوتاه مدت درد جسمی و عاطفی خود را تحمل کند. آموزش مهارت ذهن آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می دهد. و این باعث می شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده هستند دریافت کنند. این مطلب گویای این مهم است که فرد با آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک سازه فرا هیجانی به نام تحمل پریشانی را در خود افزایش می دهد. بدین ترتیب که نسبت به آن

کاهش استرس طراحی و اجرا شد که برآیند آن کاهش میزان بیشتری از استرس در گروه آزمایشی ۱ نسبت به گروه آزمایشی ۲ گردید. بخش دیگری از نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طرحواره درمانی هیجانی در بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس بیشتر بوده است. این یافته به طور کلی با بخشی از نتایج مهدی خانی و همکاران (۳۴) و کاظمی و همکاران (۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت: تیزدل و همکاران (۳۵) با ابداع درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی، مانند درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی عقیده داشت آموزش ذهن آگاهی موجب عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری که مشخصه تفکر بیماران افسرده است می گردد. به این صورت که مهارت ذهن آگاهی افراد را متوجه افکار افسرده ساز خود می سازد و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن هشیارانه یا صداهای محیطی، معطوف می سازد و از این طریق موجب ارتقا تحمل پریشانی می گردد. آگاهی ارتقا یافته نسبت به لحظه حاضر که از مهم ترین مهارتهایی است که در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی آموخته می شود، انعطاف پذیری شناختی و رفتاری را تسهیل می کند و به فرد اجازه می دهد پاسخ های سازگارانه تری به موقعیت ها بدهد و کمتر از پاسخ های عادی یا تکانشی استفاده کند. با استفاده از مهارت های ماندن در حس های جسمانی و توجه کردن به حس های خوشایند و ناخوشایندی که در مراقبه پدید می آید، می توان کاوش هیجان ها را به همان شکلی که در بدن ایجاد می شوند، آموخت. این کار، تحمل پریشانی آنها را بسیار آسان تر می سازد و ظرفیت فرد را برای بودن با آن ها افزایش می دهد (۳۶). بعلاوه، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش مهارت هایی مانند مراقبه متمرکز بر تنفس، واریسی بدن و تمرین های یوگا، آگاهی لحظه به لحظه افراد از احساسات، افکار و حس های بدنی را افزایش می دهد و به افراد می آموزد به جای واکنش های عادی و خودکار و تلاش برای رهایی از حالات نامطلوب، حالات درونی خود را بپذیرند و با تمرین مهربانی و شفقت به خود و دیگران، هم در بُعد درون فردی و هم بعد بین فردی، واکنش های آگاهانه و مطلوب تری نشان دهند. در واقع، تمرینات ذهن آگاهی در بُعد درون

در پس زمینه وجود دارد، آنها می توانند با انجام فعالیت‌های لذت بخش و مورد علاقه شان، مانند ورزش، نواختن یا شنیدن موسیقی، مطالعه و غیره، هیجان‌های مثبت را فعال کنند. در اینجا است که متوجه می شوند احساس پریشانی دیگر حضور ندارد؛ همانند هر مهمان دیگری که مدتی حضور دارد و سپس می رود. همچنین، درمانگر با استفاده تکنیک بهنجار سازی هیجان به اعضا در فهم این موضوع کمک کرد که پریشانی و آشفتگی هیجانی که در حال حاضر تجربه می کنند، مقتضی شرایط بوده و کاملاً طبیعی بوده است. این عادی سازی هیجان به اعضا در پذیرش هیجان‌های فعلی شان کمک کرده و موجب می شود تا کمتر از قبل، به خاطر داشتن چنین هیجان‌هایی احساس شرم و گناه کنند.

### نتیجه گیری

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی بر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی تاثیر گذارند و اثربخشی بیشتر در میزان اثرگذاری بر استرس ادراک شده و تحمل پریشانی به نفع درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد. با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می رسد به کارگیری درمان‌های روانشناختی برای بیماری پسر یازده ساله می تواند تاثیر مهمی در کاهش و کنترل این بیماری داشته باشد. بنابراین، توصیه می شود روان درمانگران توجه بیشتری به این گونه درمان‌ها نشان دهند و در کنار دارودرمانی و درمان‌های دیگر، از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی برای بیماری پسر یازده ساله استفاده نمایند. با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها از جمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن در نمونه پژوهش حاضر، تعمیم پذیری یافته‌ها محدود می شود. لذا برای رفع این محدودیت کار آزمایشی‌های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه بزرگ تر ضروری به نظر می رسد. از محدودیت‌های دیگر، با توجه به اینکه جامعه پژوهش حاضر، زنان دارای بیماری پسر یازده ساله است. بنابراین، امکان تعمیم نتایج آن به مردان دارای این بیماری نیست. محدودیت دیگر مربوط به عدم امکان اجرای آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی بود. لذا، سنجش ثبات مداخله در فواصل زمانی مختلف فراهم نشد. با توجه به

جذب توجه می کند. آن را ارزیابی می کند و وقتی نمی تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می کند و هیجان‌ها به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می کند و دچار از هم گسیختگی عملکرد نمی شود. همان طور که ذکر شد تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روانی منفی است افرادی که تحمل کمی دارند پریشانی را به عنوان یک ساختار غیر قابل تحمل توصیف می کنند. افراد با تحمل پریشانی کم می توانند با استفاده از تکنیک بارش به مشاهده درون خود بپردازند و بعد بر تجربه درونی با پذیرش متمرکز شوند. این تکنیک یک روش ذهن آگاهانه برای کار با هیجان‌ها شدید و مشکل است که به یافتن پناهگاهی درست در هنگام بروز پریشانی می-پردازد. در مجموع، به نظر می آید همین امر باعث شده که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره درمانی هیجانی در بُعد تحمل پریشانی داشته باشد. در طرحواره درمانی هیجانی نیز، درمانگر از راه آموزش روانی درباره انواع راهبردهای ناکارآمد همچون هیجان تنظیم سوء مصرف مواد، پر خوری، روابط جنسی پرخطر و غیره به موقتی بودن حس خوشایندی که این راهبردها ایجاد می کنند، برگشت پذیری هیجان ناخوشایند با شدتی بیشتر از قبل و تایید شدن بیش از پیش باور غیر قابل تحمل بودن هیجان‌های ناخوشایند، اشاره نموده و به اعضا در پذیرش هیجان‌ها نامطلوبشان کمک کرد. همچنین، تلاش شد تا اعضا بتوانند راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان مانند طلب حمایت اجتماعی، تغییر در محتوای افکار (بازسازی شناختی)، انجام فعالیت‌های لذت بخش و غیره را آموخته و هنگام تجربه و پریشانی هیجان‌های دشوار، جایگزین راهبردهای دردسر ساز قبلی نمایند. و به هدف تنظیم نایل شوند. دیگر تلاشی که در این درمان برای کاهش پریشانی و دشواری تنظیم هیجان صورت گرفت، تقویت باور گذرا بودن احساسات در اعضا بود که در همین راستا، درمانگر تمثیل خوش آمدگویی به مهمان را برای اعضا بیان داشت. در این تمثیل به اعضا آموزش داده شد که تصور کنند احساس پریشانی، یکی از مهمان‌های آنان در یک ضیافت بزرگ است. پس می بایست با پذیرش نسبت به آن رفتار کرد اما در عین حال، این فقط یکی از مهمان‌هاست و نباید تمام توجهشان را به او معطوف کنند؛ یعنی در حالی که هیجان دشواری مثل احساس پریشانی

وسیله از انجمن پسیوریازیس شهر اهواز و کلیه زنان دارای این بیماری که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

### تضاد منافع

این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش، هیچ گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

### References

1. Pourmehr S, Sajjadian I, Jaffari F. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Perceived Stress and Quality of Life Related to the Skin Disease of Women with Psoriasis. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2020; 3 (63):2428-2440. [Persian]
2. Bundy C, Pinder B, Bucci S, Reeves, D, Griffiths C. E. M, TARRIER N. A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic targeted intervention for Psoriasis (e TIP s) study. *Br J Dermatol* 2013; 169 (2): 329-336. <https://doi.org/10.1111/bjd.12350>
3. Yang Y, Zhang M, Kou Y. Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Pers Indiv Differ* 2016; 98 (3): 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.086>
4. Kim HJ, Lebowhl MG. Biologics and Psoriasis the Beat Goes on. *Dermatologic Clinics* 2019; 37 (1): 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.07.004>
5. Al-Mutairi N, Al-Faraq S, Al-Mutairi A, Al-Shiltawy M. Comorbidities associated with psoriasis: an experience from the Middle East. *J Dermatol* 2010; 37 (2): 146-155. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2009.00777.x>
6. Aguayo-Carreras P, Ruiz-Carrascosa, JC, Molina-Leyva A. Type D Personality Is Associated With Poor Quality of Life, Social Performance and Psychological Impairment in Patients With Moderate to Severe Psoriasis: A Cross-Sectional Study of 130 Patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2020; 86 (4): 375-381 [https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL\\_114\\_19](https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL_114_19)
7. Blackstone B, Patel R, Bewley A. Assessing

نتایج این پژوهش، پروتکل های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی هیجانی به کار گرفته شده در این پژوهش در کنار سایر الگوهای درمانی در زمینه کاهش استرس ادراک شده و افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری پسیوریازیس مورد استفاده قرار گیرد.

### سپاسگزاری

این پژوهش، برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.208 می باشد. بدین

- and Improving Psychological Well-Being in Psoriasis: Considerations for the Clinician. *Psoriasis (Auckl)* 2022; 25 (12): 25-33. <https://doi.org/10.2147/PTT.S328447>
8. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni FA, Peserico A, Virgili AR, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* 2005; 125 (1): 61-67. <https://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2005.23681.x>
  9. Alesci A, Lauriano ER, Fumia A, Irrera N, Mastrantonio E, Vaccaro M, et al. Relationship between Immune Cells, Depression, Stress, and Psoriasis: Could the Use of Natural Products Be Helpful? *Molecules* 2022; 27 (6): 1953-1968. <https://doi.org/10.3390/molecules27061953>
  10. Oliveira F, Rocha O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol* 2015; 90(1): 9-20. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153038>
  11. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65 (1): 137-174. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.11.055>
  12. Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, Splus PI, Gisondi P, Paul C, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris-Update 2015-Short version-EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29 (12): 2277-2294. <https://doi.org/10.1111/jdv.13354>

13. Oraki M, Eisazadeh F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation, Perceived Stress, and Adherence of Treatment in Overweight Patients with Type 2 Diabetes. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 2021; 10 (2): 157-175. [Persian]
14. Chen YH, Chiu FC, Lin YN, Chang YL. The Effectiveness of Mindfulness-Based-Stress-Reduction for Military Cadets on Perceived Stress. *Psychological Reports* 2022; 125 (4): 1915-1936. <https://doi.org/10.1177/00332941211010237>
15. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Calliess IT. Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007; 25 (6): 547-554. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2007.08.008>
16. Williams AD, Thompson J, Andrews G. The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy* 2013; 51 (8): 469- 475. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.005>
17. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal* 2010; 13 (1): 11-18. [Persian]
18. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2011; 152: 533-42. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
19. Kazemi H, Shojaei F, Soltanizadeh M. The effect of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological flexibility, distress tolerance, and re-experiencing the trauma in veterans with post-traumatic stress disorder. *Military Caring Sciences* 2018; 4 (4): 236-248. [Persian] <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-187-fa.html>. <https://doi.org/10.29252/mcs.4.4.236>
20. Bakhshi S, Sepahvandi M, Gholamrezaei S. The efficacy of mindfulness based stress reduction on cognitive emotion regulation in patients with psoriasis. *Jdc* 2020; 10 (4): 201-213. [Persian] <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5415-fa.html>.
21. Crane R. *Mindfulness based cognitive therapy: The CBT distinctive features series.1* St ed. UK: Routledge 2011; 14-28.
22. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, Bantam Books, 2013.
23. Leahy R. *Emotional schema therapy*. Zirak H, Rahela Azadi R (translated). Tehran: Arjmand; 2017. [Persian] <https://doi.org/10.4324/9780203711095-15>
24. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. Global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior* 1983; 24 (4): 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
25. Safaei M, Shokri O. Assessing Stress in Cancer Patients: Factorial Validity of the Perceived Stress Scale in Iran. *IJPN* 2014; 2 (1): 13-22. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-283-fa.html>.
26. Qalae Sorkh Ahmadian M. Causal relationship between social intelligence and personality traits with mental health with the mediation of mindfulness in married female students of Islamic Azad University of Ahvaz, Islamic Azad University of Ahvaz. Master's thesis psychology of personality. 2017. [Persian]
27. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion* 2005; 29(2): 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3> <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
28. Alavi K. Effectiveness of group dialectic organizational behavior in reducing depression symptoms of Mashhad students. Master's thesis. Mashhad Ferdowsi University. 2011. [Persian]
29. Shahidi Sh, Hassanzadeh R, Mirzaian B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological hardiness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Journal of Health Research in Community* 2022; 8 (3): 68-77. [Persian] doi: 20.1001.1.24236772.1401.8.3.7.4
30. Roozbahani A, Ahadi H, Tajeri B, Hashemi Zarrini H. The effect and comparison of mindfulness-based stress reduction training and the combination of mindfulness-based stress reduction and Transcranial Direct Current Stimulation (TDCS) on the stress intensity of migraine sufferers. *Family and Health Quarterly* 2022; 11 (2): 85-103. [Persian] 20.1001.1.23223 065.1400.11.2.7.2.
31. Mohagheghi H, Kharghani P. The Effect of Schema Therapy on Anxiety, Depression, and Early Maladaptive Schemas in Individuals with Substance Use Disorder. *Etiad pajohi* 2021; 15 (60): 299-324. [Persian] <http://>

- etiadpajohi.ir/article-1-2470-fa.html.  
<https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.60.299>
32. Fattahi N, Kazemi SA, Bagholi H, Kouroshnia M. Comparison of the effectiveness of two classic cognitive-behavioral therapies (cbt) and reduction of mindfulness-based stress (mbsr) on perceived stress and anxiety sensitivity of patients with type 2 diabetes in shiraz. *Journal of Psychological Science* 2021; 19 (95): 1487-1496. [Persian] doi: 20.1001.1.17357462.1400.2 0.101.1.6
  33. Burrowes SAB, Goloubeva O, Stafford K, McArdle PF, Goyal M, Peterlin BL, et al. Enhanced mindfulness-based stress reduction in episodic migraine-effects on sleep quality, anxiety, stress, and depression: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *Pain* 2022; 163 (3), 436-444. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002372>
  34. Mehdikhani M, Hassanzadeh R, Ghanadzadegan H. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and relaxation on distress tolerance in females with multiple sclerosis (MS). *Rooyesh* 2021; 10 (4): 13-24. [Persian]
  35. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68 (4): 615-623. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.4.615>
  36. Siegel RD. *The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems*, Guilford Press. 2010.