

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا در مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان

دکتر حمید طاهر نشاط دوست^۱، دکتر محمدعلی نیلفروش زاده^۲، فهیمه دهقانی^{۳*}، دکتر حسین مولوی^۴

۱- دانشیار، دکتر تخصصی روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، متخصص بیماری‌های پوست و مو، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استاد، دکتر تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت ۸۸/۱/۱۷، تاریخ پذیرش ۸۸/۴/۱۷

چکیده

مقدمه: تحقیقات مختلف بیان گر ارتباط بیماری آلوپسی آرئاتا با عوامل روانشناختی و شیوع اختلالات روانی در این بیماران است. علاوه بر این آلوپسی آرئاتا بر روی کیفیت زندگی این بیماران تأثیر زیادی دارد. هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به آلوپسی آرئاتا است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مورد شاهدی (همراه پیش آزمون و پس آزمون) است که در مرکز تحقیقات پوست و سالک شهر اصفهان انجام گرفت. نمونه شامل ۲۰ بیمار زن مبتلا به آلوپسی آرئاتا با تشخیص پزشک متخصص بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اسکیندکس- ۱۶ بود که قبل و بعد از مداخله توسط افراد تکمیل گردید. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی هشت جلسه و به مدت دو ماه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج: میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد کاهش پیدا کرد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث بهبود کیفیت زندگی در مبتلایان به آلوپسی آرئاتا می‌شود.

واژگان کلیدی: آلوپسی آرئاتا، کیفیت زندگی، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس

* نویسنده مسئول: دانشگاه اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی کدپستی: ۸۱۷۴۶۷۳۴۴۱

Email: fahimeh_dehghani@yahoo.com

مقدمه

اگرچه مطالعات کافی به منظور بررسی تأثیر فاکتورهای روانشناختی بر روی بیماری‌های پوستی انجام نشده است، اما تأثیر این عوامل دارای اهمیت زیادی می‌باشد. اخیراً تخمین زده شده است که در حداقل یک سوم بیماران پوستی عوامل عاطفی در ایجاد بیماری دخیل هستند. بنابراین استرس، آشفتگی‌های عاطفی و اختلالات روانپزشکی بر شروع و پیشرفت بیماری‌های پوستی تأثیر گذارند (۱).

در میان بیماری‌های مزمن پوستی، آلوپسی آرئاتا یکی از شایع‌ترین بیماری‌هاست که شیوع و بروز چشمگیری دارد و علی‌رغم درمان‌های نوین متأسفانه هنوز درمان قطعی برای آن یافت نشده است (۲). این بیماری نوعی ریزش موی کامل و ناگهانی در یک منطقه مشخص و معمولاً به صورت گرد است (۳). علایم بالینی از نقاط کوچکی که به سختی دیده می‌شوند و اغلب خود بخود برمی‌گردند تا فرم‌های طولانی مدت از ریزش موی کامل (آلوپسی توتالیس) که هم‌چنین می‌تواند کل بدن (آلوپسی یونیورسالیس) را تحت تأثیر قرار دهد، متفاوت است (۴). شانس ابتلا به بیماری در طول زندگی ۱/۷ درصد است و زنان و مردان از هر نژادی به طور یکسان تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند (۵). سبب شناسی آلوپسی آرئاتا هنوز کاملاً شناخته نشده است اما این بیماری یک اختلال خود ایمنی است که از ترکیب ژنتیک و تأثیرات محیطی ناشی می‌شود (۶). فاکتور خارجی که بیشترین تأثیر را در تحریک بیماری دارد، استرس‌های روانشناختی است (۷). نقش عوامل روانشناختی در سبب شناسی آلوپسی آرئاتا با مدت طولانی مورد تردید بوده است. اگرچه نتایج تعدادی از مطالعات در این مورد منفی بوده اما تأثیر عوامل روانی در گسترش، تحول و کنترل درمانی بیماری به خوبی به اثبات رسیده است (۸). شدت آلوپسی یکی از عوامل پیش بینی کننده پریشانی‌های روانی است. افرادی که دارای ریزش موی شدید هستند، احتمالاً تجارب پریشان کننده روانی بیشتری را خواهند داشت. بیشتر

تحقیقات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به آلوپسی آرئاتا درجات بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به گروه شاهد دارند. به علاوه این بیماران عزت نفس پایین‌تر، کیفیت زندگی و تصویر بدنی ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند (۶).

مفهوم کیفیت زندگی بعد از جنگ جهانی دوم با پژوهش بر روی بیماران مبتلا به دیابت و ایدز آغاز گردید (۹). کیفیت زندگی مفاهیم عمده‌ای را که موجب رضایت کلی از زندگی می‌شود، در بر می‌گیرد. این مفاهیم شامل سلامتی، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی، آموزش و اوقات فراغت می‌باشد (۱۰). در واقع کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود، به همین دلیل وقتی که فردی دچار بیماری مزمن می‌شود علائم فیزیکی، پیش‌آگهی درمان، رژیم درمانی و موضوعات مربوطه می‌توانند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذارند (۱۱). شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سال‌های اخیر توجه و علاقه پژوهشگران را به خود معطوف کرده است (۱۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به صورت اثرات جسمانی، هیجانی و اجتماعی که بیماری بر روی فرد دارد تعریف می‌شود (۱۳). توافق عمومی و روبه‌رشدی وجود دارد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باید یکی از مؤلفه‌های اصلی کارهای درمانی و پژوهشی باشد (۱۴).

تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در بیماران آلوپسی آرئاتا پایین است (۱۵، ۱۶). بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخله‌های روانشناختی به منظور کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران را تأیید کرده‌اند (۱۵). بنابراین هنگام مواجه شدن با بیمارانی که از بیماری‌های پوستی مقاوم به درمان رنج می‌برند، روان درمانی بصورت مدیریت اضطراب و استرس، موسیقی درمانی و ورزش کردن اغلب می‌تواند کمک کند (۱۷). در

این میان درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس هم از اساس نظری قوی برخوردار بوده و هم پژوهش‌های متعددی اثربخشی آن را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف تأیید کرده است (۲۰-۱۸). با این که نیاز به انجام درمان‌های روانشناختی برای بیماران مبتلا به آلپسی آرئاتا در پژوهش‌های متعدد به وضوح تأکید شده است اما مطالعات اندکی به بررسی تأثیر آنها بر روی این بیماران پرداخته‌اند و تاکنون پژوهشی به بررسی تأثیر اینگونه مداخلات بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران نپرداخته است. تأثیر درمان‌های روانشناختی بر دیگر متغیرها از جمله اضطراب، افسردگی و بهبود ریزش موی این بیماران در مطالعات مختلف تأیید شده است (۲۴-۲۱). بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع و پیچیده است که اخیراً یکی از مهم‌ترین اهداف درمانی به شمار می‌رود. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به آلپسی آرئاتا در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به گروه شاهد است.

روش کار

طرح این پژوهش از نوع مطالعه مورد شاهدهی همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. بیماران مورد مطالعه از مبتلایان به آلپسی آرئاتا مراجعه کننده به مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان در بهار ۸۷ انتخاب شدند. تشخیص بیماری توسط متخصص پوست و مو گذاشته شد. از آنجایی که اکثر درمان‌گران تعداد ۸ تا ۱۰ نفر را برای گروه درمانی مناسب می‌دانند (۲۵، ۲۶)، ۲۰ بیمار در دسترس که ملاک‌های ورود را دارا و داوطلب شرکت در جلسات بودند انتخاب شدند و به طور تصادفی به تعداد برابر در دو گروه آزمایش (گروهی که تحت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار می‌گیرد) و شاهد قرار گرفتند. نحوه قرار دادن این افراد به شیوه تصادفی بدین صورت بود که پس از شماره‌گذاری اسامی، افراد با شماره فرد در گروه آزمایش و افراد با شماره زوج در گروه شاهد

قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- بیماران زن باشند ۲- حداکثر سن بیمار ۵۰ و حداقل ۱۸ سال باشد ۳- افراد دارای حداقل مدرک سیکل باشند (با توجه به ماهیت فعال‌گونه و مشارکتی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس و انجام تکالیف روزانه به میزانی از انگیزه و انرژی و سطحی از توانایی افراد در شناسایی افکار و هیجان‌ها و درک رویکرد شناختی رفتاری نیاز است) و ملاک خروج شامل داشتن سابقه بیماری‌های روحی و روانی بود.

در ملاحظات اخلاقی ابتدا پس از تصویب رساله توسط کمیته پژوهشی دانشگاه، پژوهش‌گر به مرکز تحقیقات پوست و سالک معرفی و مجوز انجام تحقیق از مدیریت محترم مرکز اخذ گردید. کلیه شرکت‌کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در نمونه‌گیری شرکت کردند و از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد و بیان گردید در هر زمانی قادر به ترک جلسات هستند.

به منظور انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون در ابتدای جلسات اول و هشتم از بیماران خواسته شد پرسشنامه سکیندکس ۱۶ (skindex-16) را پاسخ دهند. هم‌چنین دو ماه بعد از اتمام جلسات روان‌درمانی از افراد خواسته شد پرسش‌نامه کیفیت زندگی را به منظور انجام پی‌گیری تکمیل کنند. هر دو گروه آزمایش و شاهد تحت درمان دارویی فوتو کموتراپی (Psoralen plus UltraViolet A) قرار داشتند ولی تنها گروه آزمایش تحت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار گرفت. در این درمان سعی می‌شود که افکار ناکارآمد و باورهای هسته‌ای که واکنش‌های هیجانی و روانشناختی افراطی و علائم بیماری را به همراه دارند شناسایی و اصلاح شوند. هم‌چنین با استفاده از تکنیک مدیریت استرس به بیماران آموزش داده می‌شود تا دریابند که مشکلاتشان چه بوده و راهبردهای مقابله با این مشکلات را نیز می‌آموزند (۲۷، ۲۸).

جلسات درمان توسط روانشناس بالینی که در این زمینه آموزش دیده بود انجام شد. اعضای گروه آزمایش

طی یک دوره ۲ ماهه در معرض متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس) برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. جلسه اول شامل معارفه و بحث راجع به نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری آلپسی آرناتا همچنین راجع به ریشه‌ها و عوامل درونی و بیرونی ایجادکننده استرس و توضیح تن‌آرامی به عنوان تکنیکی برای کاهش برانگیختگی جسمی در مواقع استرس بود. در جلسات دوم و سوم درباره ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیر منطقی و توضیح درباره خطاهای پردازشی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار به عنوان راهکاری جهت مبارزه طلبیدن افکار غیر منطقی بیمار صحبت شد. جلسه چهارم شامل آموزش مدیریت خشم، جلسه پنجم آموزش شیوه حل مسأله، جلسه ششم آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، جلسه هفتم آموزش مدیریت بر زمان و جلسه هشتم شامل مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل بود. درمان‌گر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌ساخت. مهارت‌های جدید را به بیماران می‌آموخت و تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد. بیماران موظف بودند که در فاصله دو جلسه تمرین‌های عملی تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند.

بلافاصله پس از پایان دوره درمان، پرسش‌نامه اسکیندکس ۱۶ (skindex-16) به عنوان پس‌آزمون و دو ماه بعد به عنوان پی‌گیری توسط افراد دو گروه تکمیل گردید.

پرسش‌نامه اسکیندکس ۱۶، پرسش‌نامه‌ای برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران پوست است که با این نام اختصاری معروف می‌باشد و توسط چرن و همکاران در دانشگاه پزشکی سیدنی استرالیا در سال ۲۰۰۱ تهیه شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی شامل ۱۶ سوال می‌باشد که عموماً توسط خود آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردد و به منظور بررسی نظرات افراد در ۳ بعد علائم

بیماری، هیجانانگیز و عملکرد می‌باشد که به ترتیب با طرح ۳، ۵ و ۷ سوال در پرسش‌نامه سنجیده می‌شود. این پرسش‌نامه دارای آلفای کرونباخ ۸۶ تا ۹۳ درصد می‌باشد (۲۹). لازم به ذکر است هر چه نمره‌ی فرد در این پرسش‌نامه پایین‌تر باشد، فرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار است. استفاده از این پرسش‌نامه به این علت است که نسبت به سایر پرسش‌نامه‌های سنجش کیفیت زندگی بیماران پوست کوتاه‌تر و کامل‌تر می‌باشد. همچنین مزیت دیگر این پرسش‌نامه عدم وجود سوالات فرهنگی خاصی است لذا بدون هیچ‌گونه تغییری قابل استفاده است. در ایران تاکنون پژوهشی به منظور تعیین ویژگی‌های روانسنجی این پرسش‌نامه صورت نگرفته است. در پژوهش حاضر محقق این پرسش‌نامه را بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به آلپسی آرناتا در اصفهان اجرا نمود. تحلیل آماری پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) را ۸۴ تا ۹۰ درصد نشان داد که از حد مطلوب بالاتر است. روایی ظاهری و محتوایی این پرسش‌نامه توسط چند متخصص پوست و مو و روانشناس تأیید شده است.

در آنالیز آماری در خصوص آمار توصیفی از توزیع درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و در مورد آمار استنباطی از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف (K-S) جهت تعیین نوع توزیع متغیرها و آزمون لون جهت تعیین تساوی واریانس‌ها به کار گرفته شد. پس از مشخص شدن برقرار بودن پیش‌فرض لون، جهت بررسی اثر متغیرهای مداخله‌گر از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی گروه آزمایش ۳۱ و گروه شاهد ۳۳ سال بود. تحصیلات کل آزمودنی‌ها ۴۵ درصد در سطح دیپلم، ۲۵ درصد بالای دیپلم و ۳۰ درصد زیر دیپلم بود. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بیماران در

دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در جدول ۱ آمده است.

نتایج این جدول نشان می دهد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی مبتلایان به آلویسی آرناتا در گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس آزمون و پی گیری تفاوت وجود دارد.

جدول ۱: مقایسه نمرات کیفیت زندگی بیماران در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در دو گروه آزمایش (مبتلایان به آلویسی آرناتا) و شاهد

	پیش آزمون	پس آزمون	پی گیری
آزمایش	۳۸ (۷/۶۴۴)	۳۳/۱ (۲/۴۱)	۳۵/۵ (۷/۵۴۶)
شاهد	۳۶/۷ (۵/۴۷۸)	۳۸ (۵/۶۵۶)	۳۸/۱ (۵/۵۸۶)

در این پژوهش نمره پیش آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تأثیر آن بر روی نمره پس آزمون و پی گیری با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. با توجه به آن که تحلیل کواریانس از جمله آزمون های پارامتریک است، پیش فرض نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن صورت گرفت. نتایج نشان داد نمرات در دو گروه دارای توزیع نرمال است. هم چنین آزمون لون به منظور بررسی برابری واریانس ها انجام شد. (برای نمرات پس آزمون و پی گیری به ترتیب $p=0/39$ و $p=0/884$).

نتایج نشان داد که پراکندگی نمرات پیش آزمون در دو گروه درمان و شاهد یکسان است و پیش شرط تساوی واریانس ها برقرار است ($p>0/05$) با توجه به این که توزیع نمرات نرمال و تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد برابر است (۱۰ نفر) لذا استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است.

در جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس، تأثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلابه

آلویسی آرناتا را در مراحل پیش آزمون و پی گیری نشان می دهد. تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس آزمون و پی گیری معنی دار می باشد ($p<0/05$). میزان تأثیر این مداخله در مرحله پس آزمون ۶۶ درصد و در مرحله پی گیری ۴۶ درصد بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پس آزمون و پی گیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. هم چنین ضریب رگرسیون به دست آمده از تحلیل در مرحله پس آزمون و پی گیری مثبت و معنی دار می باشد ($p<0/001, B=0/945$).

جدول ۲. مقایسه تأثیر عضویت گروهی با استفاده از تحلیل کواریانس بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلویسی آرناتا در مرحله پس آزمون و پی گیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	ضریب F	مجذور اتا
پیش آزمون	پس آزمون	*۱۲۷/۷۰۹	۰/۸۸۳
کیفیت زندگی	گروه ها	*۳۳/۴۰۲	۰/۶۶۳
پیش آزمون	پی گیری	*۱۴۶/۵۰۸	۰/۸۹۶
گروه ها		*۱۴/۹۴۵	۰/۴۶۸

* $P<0/001$

بحث

درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس در این پژوهش باعث افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. نقش عوامل روانی در آسیب شناسی آلویسی آرناتا (۷-۹) و نیاز به انجام درمان های روانشناختی در پژوهش های متعدد به وضوح تاکید شده است (۷، ۱۹) اما مطالعات اندکی به بررسی تأثیر درمان های روانشناختی بر روی این بیماران پرداخته اند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی داری وجود دارد. در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران

آلپسی آرناتا شاخص‌های کیفیت زندگی از جمله علائم بیماری، وضعیت خلقی- هیجانی، عملکرد و روابط اجتماعی به علت بیماری و مشکلات ناشی از آن افت شدید پیدا کرده است. اثربخشی مداخله بر بهبود کیفیت زندگی بیماران را از دو جنبه شناختی و رفتاری می‌توان تبیین نمود که هر کدام به تفکیک ارائه می‌گردد.

از آنجایی که این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی ظاهر خود، نازرنده‌سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود بلکه موجب افزایش استرس فرد می‌گردد که خود می‌تواند تأثیر زیادی بر روی علائم بیماری و سیکل رویش مو بگذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیر منطقی با تأثیر بر روی هر دو جنبه می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی بیمار تأثیر گذار باشد.

از طرف دیگر از آنجایی که یکی از عوامل مؤثر بر ریزش مو افزایش استرس می‌باشد با آموزش شیوه‌های چالش با افکار میزان استرس افراد کاهش می‌یابد؛ اگرچه که این عامل به تنهایی نمی‌تواند باعث بهبود ریزش مو شده اما حداقل از بدتر شدن این بیماری جلوگیری می‌کند، در نتیجه وقتی بیمار متوجه شود که پیشرفت بیماری متوقف شده یا رو به کم شدن است به بهبودی مجدد خود امیدوار گشته و ناامیدی او نسبت به آینده کاهش می‌یابد که این خود عامل مؤثری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران است.

بخشی از اثربخشی مداخله که به جزء رفتاری مربوط می‌باشد با توجه به آموزش شیوه‌هایی برای کاهش استرس و بهبود روابط اجتماعی که در نتیجه آن عملکرد فرد بهبود می‌یابد قابل تبیین می‌باشد. اضطراب و استرس فرد از جهتی خود عامل مؤثری در تشدید علائم است و از جهت دیگر بر طبق دور باطلی که ایجاد می‌کند باعث افزایش افکار ناکارآمد می‌شود. آموزش تکنیک تن آرامی باعث کاهش تنش در بدن و در نتیجه احساس آرامش شده و در نتیجه از تشدید علائم کاسته و دور باطل را از بین می‌برد.

از جمله شیوه‌های رفتاری که برای افزایش روابط اجتماعی به کار برده شد، استفاده از تکنیک ابراز وجود و آموزش مهارت‌های ارتباطی بود. از آنجایی که این بیماران دچار تغییرات مشخصی در ظاهر خود می‌شوند به تدریج دچار انزوا شده و روابط اجتماعی محدودی خواهند شد. روابط اجتماعی یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم در کیفیت زندگی این افراد می‌باشد. با آموزش شیوه‌های ابراز وجود فرد می‌آموزد که چگونه در روابط اجتماعی به گونه‌ای جرأت‌ورزانه (نه منفعلانه و نه پرخاشگرانه) با دیگران ارتباط برقرار نماید. در واقع آموزش شیوه‌های ارتباطی باعث افزایش اعتماد به نفس این بیماران گشته، در نتیجه بیمار بدون ترس از این که برچسب بخورد با دیگران ارتباط برقرار می‌کند. همین امر لذت و احساس آرامش در روابط انسانی را در بیمار افزایش می‌دهد و باعث افزایش روابط متقابل اجتماعی می‌گردد که خود کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد.

این یافته پژوهشی را می‌توان همخوان با نتایج تحقیقات مشابه دانست. ویلمسن و وندرا لاین در سال ۲۰۰۸ و ویلمسن و همکاران در سال ۲۰۰۶ مطالعه‌ای با هدف اثبات تأثیر هیپنوتیزم درمانی بر بهبود روانی و نتایج بالینی انجام دادند. هیپنوتیزم در ۲۸ بیمار با آلپسی آرناتا گسترده که نسبت به درمان‌های معمولی قبلی بی‌پاسخ بودند، به تنهایی یا به عنوان درمان مکمل استفاده شد. نتایج نشان داد که همه ۲۱ بیمار، بعد از درمان نمره معناداری پایین‌تری برای اضطراب و افسردگی داشتند. رشد موی سر در حدود ۷۵ تا ۱۰۰ درصد در ۱۲ بیمار بعد از ۳ تا ۸ جلسه هیپنوتیزم درمانی دیده شد (۲۱، ۲۲). در مطالعه دیگری که تیشما و همکاران در سال ۱۹۹۱ انجام دادند ترکیبی از درمان روانشناختی و دارویی (آموزش خودزاد و دوز پایین مواد سرکوب کننده سیستم ایمنی) منجر به بهبود آلپسی یونیورسالیس شد. از آنجایی که استرس روانی و نابهنجاری وابسته به سیستم ایمنی به عنوان دلایل آلپسی یونیورسالیس ذکر شده، استرس بوسیله تن آرامی و درمان تصویر سازی ذهنی فرو

هفت برادران و سرکارخانم سمیه زارعزاده تشکر و قدردانی
نمایم.

منابع

1. Taborda ML, Weber MB, Freitas ES. Assessment of the prevalence of psychological distress in patients with psychocutaneous disorder dermatoses. *J An Bras Dermatol* 2005; 80(4): 351-4.
2. Kavak A, Yesildal N, Parlak A, Gokdemir G, Aydogan I, Anul H, et al. Alopecia areata in Turkey: demographic and clinical features. *J European Academy of Dermatology and Venereology* 2008; 22(8): 977-81.
3. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines-Part II. National Alopecia Areata Foundation *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(3): 440-47.
4. Horing CM, Gieler U. Alopecia areata. *J Dermatology and Psychosomatics* 2002; 3: 196-7.
5. Wasserman D, Guzman-Sanchez DA, Scott D, McMichael A. Alopecia areata. *International J of Dermatology* 2007; 46: 121-131.
6. Hunt N, McHull S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005; 331: 951-3.
7. Berker DAR, Messenger AG, Sinclair RD. Disorders of hair. In: Rook A. *Rook's Textbook of Dermatology*. Wiley InterScience Blackwell 2004; 63:1-63
8. Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Roddriguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J of Dermatology* 1999; 26(10): 625-32.
9. Giovagholi AR, Meneses RF, Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *J Epilepsy and Behavior* 2006; 9: 129-43.
10. Peterman AH, Cella D, Rothrock N. Evaluation of health related quality of life. 2003; [cited 2008 Nov24], Available from: <http://www.uptodate.com/>.
11. Rejeske, WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adult. *J of Gerontology* 2001; 56: 23-35.

نشانه شد و برای گرفتن نتایج بهتر از دوز پایین یک سرکوب کننده سیستم ایمنی استفاده شد. این روش از بین ۶ نفر برای ۵ نفر با آلوپسی یونیورسالیس مقاوم به درمان مؤثر بود (۲۳). پژوهش دیگری که با هدف ارزیابی تأثیر آرمیدگی و تصویرسازی دیداری بر روی بیماران آلوپسی آرئاتا انجام شد رشد مو و درجات اضطراب از واقعیت بیماران بررسی شد. نمونه شامل افراد بزرگسال (۳ مرد و ۷ زن) بود که سن شروع بیماریشان بعد از ۱۶ سالگی بود. افراد در دو گروه گواه و درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که افراد درمان شده به صورت معنی داری در این دو متغیر متفاوت بودند (۲۴).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود از جمله اینکه جلسات با پیشنهاد خود بیماران تنها برای زنان برگزار شد و هم‌چنین تعداد نمونه کم بود، به همین دلیل تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر سعی بر آزمون فرضیه مربوط به تأثیر درمان‌های روانشناختی بر بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به آلوپسی آرئاتا در چهارچوب یک روش شناسی معتبر داشت. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس توانسته است موجب بهبود کیفیت زندگی گروه آزمایش گردد. بنابر این با توجه به مشکلات روحی روانی متعدد بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های روان درمانی به صورت مقایسه‌ای استفاده گردد. هم‌چنین مطالعه‌ای با هدف تعیین میزان تأثیر روش‌های روان درمانی بر درمان بیماری آلوپسی آرئاتا صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله ماحصل یک پایان نامه دانشجویی است که با همکاری مرکز تحقیقات پوست و سالک شهر اصفهان انجام شده است. بر خود لازم می‌دانم از سرکار خانم دکتر

12. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-QOL: A disease-specific Quality-of-life Questionnaire. *J of Gastroenterology* 2000; 95: 999- 1007.
13. Schatz M, Mosen D, Kosinski M, Vollmer WM, Magid DJ, Connor E, et al. The relationship between asthma-specific quality of life and asthma control. *J Asthma* 2007; 44: 391- 5.
14. Issa BA, Baiyewu O. Quality of life patients with diabetes mellitus in a Nigerian teaching hospital. *J Hon Kong Psychiatry* 2006; 16: 27-33.
15. Saleh HM, Salem SAM, ElSheshetawy RS, El-Samei AMA. Comparative study of psychiatric morbidity and quality of life in psoriasis, vitiligo and alopecia areata. *Egyptian Dermatology Online J* 2008 [cited 2008 Oct10], Available from: <http://www.edoj.org.eg/vol004/0401/002/01.htm>.
16. Gulec AT, Tanriverdi N, Duru C, Saray Y, Akcali C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004; 43(5): 352-6.
17. Buljan D, Buljan M, Situm M. Psychodermatology: a brief review for clinicians. *J Psychiatria Danubina* 2005; 17 (1-2): 76-83.
18. Lechner SC, Antonl MH, Lydston D, Laperrere A, Ishll M, Devleux J, et al. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *J of Psychosomatic Research* 2003; 54(3): 253-61.
19. Penedo FJ, Dahn JR, Molton I, Gonzalez JS, Kinsinger D, Roos BA, et al. Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. *J Cancer* 2003; 100(1): 192-200.
20. Penedo FJ, Traeger L, Dahn J, Molton I, Gonzalez JS, Schneiderman N, et al. Cognitive behavioral stress management Intervention Improves Quality of Life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *International J of Behavioral Medicine* 2007; 14(3): 164 - 72.
21. Willemsen R, Vanderlinden J. Hypnotic approaches for alopecia areata. *International J of Clinical and Experimental Hypnosis* 2008; 56(3): 318-33.
22. Willemsen R, Vanderlinden J, Deconinck A, Roseeuw D. Hypnotherapeutic management of alopecia areata. *J of American Academy of Dermatology* 2006; 55(2): 233-7.
23. Teshima H, Sogawa H, Mizobe K, Kuroki N, Nakagawa T. Alopecia universalis. *Psychother Psychosom J* 1991; 56: 235-41.
24. Eppley SR. [Relaxation and visual imagery: treatment for alopecia areata]. [PhD thesis] University of Cincinnati 1986.
25. Bloch S. An introduction to the psychotherapies. 3rd ed. London: Oxford University Press; 1996.p.245-7
26. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.p147
27. Smith JC. Stress Management: A Comprehensive handbook of techniques and strategies. New York: Springer; 2002.p.147
28. Penedo FK, Antoni MH, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management for prostate cancer recovery. London: Oxford University Press; 2008.p.340-42
29. Chern MM, Lasek RL, Sahay AP, Sands LP. Measurement properties of Skindex-16: a brief quality of life measure for patients with skin diseases. *J of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2001: 105-10.

Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients` s quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan

Neshat doust HT¹, Nilforoushzadeh MA², Dehghani F^{3*}, Molavi H⁴

1-Associate Professor, PhD of Clinical Psychology, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

2-Associate Professor , Dermatologist, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3-MSc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4-Professor, PhD of Psychology, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Received 6 Apr, 2009 Accepted 8 Jul, 2009

Abstract

Background: Researches showed that there is a relationship among alopecia areata, psychological factors and prevalence of psychological disorders. In addition alopecia areata has a great effect on the quality of life of these patients. The purpose of this study is to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on female patients` s the quality of life with alopecia areata.

Methods and Materials: This is a case-control study with pre and post-test exam which is carried out in Isfahan Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre. The participants consisted of 20 alopecia areata patients diagnosed by specialists. The questionnaire was Skindex-16 which was completed by patients before and after the intervention. Cognitive-behavioral stress management therapy was done on the case group in eight sessions over a period of two months. Data was analyzed with covariance (ANOVA).

Results: The mean of quality of life scores in experimental group in v.s control group significantly decreased ($P < 0.05$).

Conclusion: It seems, cognitive-behavioral stress management therapy causes in quality of life improvement in patients with alopecia areata.

Key words: Alopecia Areata, Cognitive-Behavioral Stress Management Therapy, Quality of Life

*Corresponding author;

Email: fahimeh_dehghani@yahoo.com

Address: Department of psychology, psychology and educational sciences faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Postal Code: 8174673441