

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری پوستی در زنان مبتلا به پسوریازیس

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۱۶

خلاصه

مقدمه: پسوریازیس یک بیماری مزمن و عودکننده است که بر جسم، روان و کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است. هدف از انجام این مطالعه، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به مرکز تحقیقات پوست و سالک شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و پیگیری ۱ ماهه بود. در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). شرکت کنندگان به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با بیماری پوستی (فینلای و خان، ۱۹۹۴) و استرس ادراک شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) در سه مرحله پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری پاسخ دادند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند اما گروه کنترل تا پایان مرحله‌ی پیگیری مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده تأثیر معنادار دارد و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری افراد گروه آزمایش را بهبود داد ($p < 0/001$). نتیجه‌گیری: بنابر نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با بیماری اثربخش بوده و پایداری آن در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم داشته است.

کلمات کلیدی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، استرس ادراک شده، کیفیت زندگی مرتبط با بیماری، پسوریازیس

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سمیرا پورمهر^۱

ایلناز سجادیان^{۲*}

فریبا جعفری^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد

اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ عضو هیات علمی گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت

جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان،

ایران

^۳ مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران مرکز تحقیقات آموزش پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir

مقدمه

فوردهم^۱ نشان داد که بسیاری از افراد مبتلا به پسوریازیس استرس ادراک شده، عواطف منفی و پریشانی روانشناختی بالاتر و کیفیت زندگی پایین تر را نسبت به سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند.

تحقیقات مختلف نشان دهنده آن است که بیماری‌های پوستی هم چون ویتیلیگو و پسوریازیس به شدت بر روی کیفیت زندگی مرتبط با بیماری این بیماران اثر داشته است (۹). بیماری پسوریازیس تأثیر منفی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد زیرا منجر به اضطراب و افسردگی و باعث کاهش بهره‌وری شخص در محل کار می‌شود و بار مالی و اقتصادی را بیشتر می‌کند؛ چرا که ناتوانی جسمی و تعداد دفعات غیبت را افزایش می‌دهد و باعث اختلال در عملکرد اجتماعی فرد نیز می‌شود (۱۹-۱۰). پژوهش گل‌فاندو همکاران بیانگر آن بود که بیماری پسوریازیس کیفیت زندگی بیماران مبتلا را کاهش می‌دهد.

کیفیت زندگی مرتبط با بیماری، دامنه‌های از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می‌آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوبی داشتن وجود بیماری در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی می‌باشد (۲۱). پیش از این پژوهش‌های متعددی به بررسی سودمندی مداخلات روانشناختی یا روانی- اجتماعی به عنوان درمان مکمل، طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن، با نتایج متفاوت، پرداخته شده است. برخی از شواهد مقدماتی در ارتباط با بیماری پسوریازیس نشان می‌دهند که مداخلات شناختی- رفتاری به عنوان درمان مکمل درمان پزشکی، منجر به کاهش استرس و شدت علائم بالینی در بیماری گردیده است (۲۲). از مداخله‌های روانشناسانه که در رابطه با پسوریازیس انجام شده است می‌توان به درمان شناختی- رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره

پوست بزرگترین عضو انسان است و به عنوان یک رابط بین محیط داخلی و خارجی فرد عمل می‌کند. این ارگان قابل مشاهده برای سایر افراد است و بنابراین هر گونه تغییر فیزیکی در پوست در بستر اجتماعی نیز قابل مشاهده است (۱). پسوریازیس یک بیماری شایع پوستی است که لزوماً خارش دار نبوده بلکه با پلاک‌های قرمز رنگ همراه با پوسته ریزی مشخص می‌شود (۲).

پسوریازیس به عنوان یک بیماری پوستی خودایمنی، روان‌تنی و چند سیستمی مطرح شده است و به نظر می‌رسد عوامل ژنتیکی و محیطی در تعامل، منجر به بروز بیماری پسوریازیس می‌گردند (۳).

درباره‌ی عوامل موثر بر این بیماری به ویژه عوامل روانشناختی و اجتماعی مرتبط با پسوریازیس اطلاعات کمی وجود دارد. استرس، یکی از مهمترین 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 می‌کند که می‌تواند بر سلامت اثر بگذارند. به هنگام استرس، ارتباط روشنی میان بیماری و میزان واکنش پذیری سیستم ایمنی یافت شده است (۴). بررسی‌ها نشان داده است که بین شرایط جسمانی و روانی همگرایی وجود دارد و شرایط استرس زای زندگی و پریشانی روانی در افراد مبتلا به پسوریازیس غالب است (۵). استرس ادراک شده، به باور فرد در زمینه‌ی میزان جدی بودن استرس اشاره دارد (۶). پسوریازیس، بیماری پوستی است که به استرس وابسته بوده و ۴۰ تا ۶۰ درصد موارد با استرس شروع می‌شود (۷).

علاوه بر این، اکثریت بیماران مبتلا به پسوریازیس معتقدند که استرس در مقایسه با عوامل دیگر مانند عفونت، داروها و یا تروما، مهمترین علت شدت و شروع بیماری شان بوده است (۸). زندگی با پسوریازیس و درک بیماری می‌تواند منجر به افزایش ناراحتی و نارسایی کیفیت زندگی شود. نتایج مطالعات

به کیفیت زندگی افراد برابر یا حتی شدیدتر از بیماران مبتلا به سرطان یا بیماران دارای مشکلات قلبی است (۳۲). زنان مبتلا به پسونریزیس به دلیل آن که نسبت به مردان بیشتر به زیبایی ظاهری خود حساسند تحت فشار هستند، به همین خاطر کمک به این قشر می‌تواند از بوجود آمدن مشکلات زناشویی و اجتماعی در محیط خانواده و اجتماع پیشگیری کند.

با توجه به مشکلات روانشناختی ناشی از بیماری پسونریزیس و کمبود پژوهشی که در حیطه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر این بیماران وجود دارد، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر این درمان بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری زنان مبتلا به پسونریزیس انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری زنان مبتلا به پسونریزیس انجام گرفت. جامعه هدف این پژوهش، تمامی بیماران زن مبتلا به پسونریزیس بود که اسامی آن‌ها در پایگاه اطلاعاتی مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ثبت شده است. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بیماری پسونریزیس (سطح متوسط و شدید که آزاردهنده هستند) توسط متخصص پوست، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، جنسیت (زن) باشند و توانایی حضور در جلسات گروهی درمان و رضایت کامل جهت شرکت در گروه‌های درمانی. همچنین ابتلا به اختلالات حاد در روانپزشکی، غیبت بیش از دو جلسه، اعتیاد به مواد مخدر به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. بعد از اعلان عمومی در مرکز ۱۰۰ نفر حائز شرایط شرکت در جلسات تشخیص داده شدند که از میان این ۱۰۰ نفر، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های استرس ادراک شده^۱ کوهن و همکاران و پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی^۳ جهت سنجش متغیرهای

نمود (۲۳). بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش پایدار در احساسات و هیجان‌های مثبت می‌گردد (۲۴-۲۶). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران آموزش می‌دهد که الگوهای نشخواری، عاداتی و خودکار ذهن را به محض شناسایی، به الگوی آگاهانه و عمدی ذهن تبدیل کنند، به گونه‌ای که تفکرات و احساسات منفی، به عنوان رویدادهای ساده و گذرنده‌ی ذهن در نظر گرفته می‌شوند (۲۷) در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افراد جهت بهبود مسائل روان شناختی آموزش داده می‌شود و آن‌ها را قادر خواهد کرد که یاد بگیرند چگونه به صورت ذهنی نسبت به احساسات بدنی، افکار و هیجانات، آگاهی داشته باشند و آن‌ها را جهت پاسخ سازگارانه نسبت به علائم خطر عود مشکلات توانمند می‌سازد. نتایج بدست آمده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داد که این روش باعث کاهش علائم روان شناختی، آشفتگی‌های روانی و شدت علائم جسمانی در بیماران روان تنی می‌شود (۲۸).

پژوهش علی بیگی بنی و همکاران نشان داد که مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسونریزیس گردید (۲۹). همچنین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده (۳۰) و افزایش کیفیت زندگی مرتبط با بیماری افراد افسرده (۳۱) به تأیید رسیده است.

برخلاف بیشتر بیماری‌های جسمی، بیماری‌های پوستی و از جمله آن‌ها پسونریزیس، اغلب برای دیگران قابل رویت است. بنابراین افرادی که از مشکلات پوستی رنج می‌برند ممکن است دچار مشکلات عاطفی و اجتماعی زیادی شوند مثلاً ممکن است از موقعیت‌های اجتماعی و مکان‌هایی که بیماری‌شان توسط دیگران دیده می‌شود، پرهیزکننده از طرف دیگر بیماری‌های پوستی با مسائل ساختگی درباره بهداشت و مسری بودن بیماری همراه است. از این رو این مسئله می‌تواند بر روی رفتار دیگران با بیماری تأثیر منفی بگذارد. با روانی آن برای بیماران بسیار زیاد است و سعادت حرفه‌ای، روانی و فیزیکی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در واقع میزان آسیب این بیماری

^۱-Perceived Stress Scale

به همین خاطر به زبان‌های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است که در مطالعه‌ی کوهن و همکاران ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیر مقیاس‌ها و نمره‌ی کلی پرسشنامه بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد. در این پژوهش از نسخه ۱۴ ماده‌ای استفاده شد. روایی محتوای این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تایید شد و پایایی نسخه فارسی توسط باستانی و همکاران محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ بدست آمده اسن (۳۵). آلفای کرونباخ برای این مقیاس در این پژوهش ۰/۷۱۱ بدست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با بیماری پوستی

پرسشنامه شامل دو قسمت مشخصات فردی و پرسشنامه‌ی (DLQI) مشخصات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، محل سکونت، ناحیه‌ی درگیر و مدت زمان ابتلا به بیماری بود. نمره بیشتر نشان دهنده تأثیر پذیری بیشتر کیفیت زندگی از مشکلات پوستی است. پرسشنامه DLQI توسط فینلای و خان^۲ (۳۶) در گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی کاردیف تهیه شده و نسخه‌ی فارسی آن توسط آقایی^{۳۷} اعتبارسنجی شده است که پایایی آن براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۴۳ است و در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۷۵۶ به دست آمد.

پژوهش بر روی آن‌ها اجرا شد. به منظور اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از مراکز ذی ربط به مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه اصفهان مراجعه شده و بعد از انتخاب نمونه‌های مورد نظر و گمارش تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه‌های پژوهش، همه در یک نوبت و در قالب یک شکل به زنانی که به عنوان نمونه انتخاب شدند ارائه گردید، سپس آن‌ها به صورت انفرادی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. تمام اطلاعات آن‌ها محرمانه بود و به شرکت کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می‌باشد. پس از این مرحله گروه آزمایش در جلسات مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی که به صورت ۸ جلسه‌ی یک ساعته و دو بار در هفته برگزار شد، شرکت کردند. در حالی که شرکت کنندگان در گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسش‌نامه‌ها توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. پس از یک ماه جلسه‌ی پیگیری برگزار شد و مجدداً هر دو گروه پرسش‌نامه‌ها را پاسخ دادند. تحلیل یافته‌ها نیز با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری توسط نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۳ انجام شد. خلاصه جلسات درمانی براساس بسته سگال و همکاران (۳۳) در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزارهای اندازه گیری

پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS-14)

این پرسشنامه توسط Cohen و همکاران (۳۴) تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و

2- Finlay & Khan

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

<p>جلسه اول: در مرحله اول از شرکت کنندگان خواسته می‌شود خود را معرفی کنند. در مرحله دوم مختصری از بررسی انتظارات مراجع از درمان شرح داده می‌شود. تعیین هدفهای جلسه و خط مشی کلی قانون گروه خلاصه ای از شیوه آموزشی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای مراجع. پس از آن از شرکت کنندگان خواسته می‌شود خوردن یک عدد کشمش را با تمام وجود احساس و در ادامه درباره این احساسات بحث کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن انجام می‌شود (همزمان با نفس کشیدن توجه خود را به قسمتی از بدنشان جلب می‌کنند). برای تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته می‌شود آنچه را در خوردن یک دانه کشمش آموخته اند در مورد مساوک زدن یا شستن ظروف هم پیاده کنند.</p>
<p>جلسه دوم: در ابتدای جلسه دوم، شرکت کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن (تمرین واری بدن) می‌شوند و پس از آن در مورد این تجربه و تجربه انجام تکلیف خانگی شان بحث می‌کنند. بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بی قراری و پرسه زدن ذهن) و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) بحث می‌شود. سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث می‌شود، با این مضمون که رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی‌کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجانانگیز را ایجاد می‌کند. پس از آن، از شرکت کنندگان خواسته می‌شود مدیتیشن در حالت نشسته را انجام دهند. برای هفته آینده نیز این تکالیف داده می‌شود: انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید. اتماکلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه ۳ تا ۲ دقیقه ای.</p>
<p>جلسه سوم: سومین جلسه بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی با تمرین دیدن و شنیدن آغاز می‌شود. در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می‌شود. که تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی شامل ۳ مرحله: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن انجام می‌شود. پس از این تمرین، یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه بدن انجام می‌شود. تکالیف منزل عبارت اند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاه، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند.</p>
<p>جلسه چهارم: همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار آغاز می‌شود. در ادامه در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین می‌شود. تکالیف منزل عبارت اند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند).</p>
<p>جلسه پنجم: در ابتدای جلسه پنجم، از شرکت کنندگان خواسته می‌شود مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن ارائه و اجرا می‌شود. تکالیف جلسات بعد عبارت اند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.</p>
<p>جلسه ششم: جلسه ششم با تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای آغاز می‌شود. تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی بحث می‌شوند. بعد تمرینی با این مضمون ارائه می‌شود که: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند. پس از آن چهار تمرین مدیتیشن به مدت (ساعت، پی در پی ارائه شد. تکالیف جلسه بعد عبارت می‌شوند از: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.</p>
<p>جلسه هفتم: جلسه هفتم با مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، آغاز می‌گردد. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خود چیست؟ در ادامه تمرینی ارائه می‌شود که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه ای انجام می‌شود. تمرین خانگی عبارت اند از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، انجام تمرین فضای تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.</p>
<p>جلسه هشتم: مضمون این جلسه استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته اید می‌باشد. این جلسه با مدیتیشن اسکن بدن آغاز می‌شود. بعد از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام می‌شود. سپس در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن ۹ بحث می‌شود. پس از آن در مورد کل جلسه سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابل‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند.</p>

نتایج

اطلاعات از ۳۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شرکت کنندگان در پژوهش ۳۰ نفر بودند که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. در گروه آزمایش میانگین سنی ۳۱/۵۳ و انحراف استاندارد ۸/۰۳ می باشد. در گروه کنترل میانگین سنی ۳۲/۴ و انحراف استاندارد ۸/۶۳ می باشد.

در بین اعضای نمونه در گروه آزمایش ۴ نفر دیپلم (۲۶/۷ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۵ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۳۳/۳ درصد) داشته اند و در گروه کنترل ۴ نفر دیپلم (۲۶/۷ درصد)، ۵ نفر لیسانس (۳۳/۳ درصد) و ۶ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۴۰ درصد) داشته اند. نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در ویژگی جمعیت شناختی تحصیلات و نتایج آزمون همبستگی جهت بررسی رابطه متغیر پیوسته سن با متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که بر طبق این مطالعه آزمودنی های پژوهش در گروه های مختلف تحصیلات در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی دار ندارند ($p > 0.05$). همچنین رابطه سن با متغیرهای پژوهش نیز غیر معنی دار است ($p > 0.05$) لذا در بررسی فرضیه های پژوهش نیازی به کنترل این متغیرهای جمعیت شناختی نیست.

با توجه به این آزمون فرضیه های این پژوهش نیازمند استفاده از تحلیل واریانس با اندازه های تکراری بود، که به محقق این اجازه را می دهد که دو گروه آزمایش و گواه را در متغیرهای پژوهش مقایسه نماید. بنابراین لازم است پیش فرض های مورد نیاز جهت کاربرد این آزمون شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس های نمرات و تساوی کوواریانس ها بررسی شود.

نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در ۳ مرحله به جز در مرحله ی پیش آزمون در گروه آزمایش متغیر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پیگیری تایید شده است ($p > 0.05$).

پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس ها در گروه ها در متغیر استرس ادراک شده در همه ی مراحل پیش آزمون، پس

آزمون و پیگیری تایید شده است ($p > 0.05$). پیش فرض یکسانی کواریانس ها مربوط به نمرات متغیرهای وابسته در متغیر استرس ادراک شده تایید می شود ($p > 0.05$).

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه های آزمایش و گواه در ۳ مرحله آزمون نشان داده شده است.

همان طور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد، میانگین نمرات استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پیگیری در گروه آزمایش کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد.

نتایج مقایسه ی تحلیل با اندازه گیری مکرر در بین آزمودنی ها یعنی مقایسه دو گروه (آزمایش و گواه) در متغیر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری در جدول ۳ ارائه شده است.

بر اساس یافته های به دست آمده در جدول ۳، میانگین نمرات استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری دارد ($p < 0.05$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۹۳/۴۲ درصد از تفاوت های فردی در استرس ادراک شده، نزدیک به ۸۵/۴ درصد از تفاوت های فردی در کیفیت زندگی به تفاوت بین دو گروه مربوط است.

جدول ۳ به طور جزئی تر نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی استرس ادراک شده، کیفیت زندگی برای اثر زمان و تعامل مراحل و گروه نشان می دهد. همچنین نتایج جدول ۳ نشان داد که تفاوت بین نمرات استرس ادراک شده در دو مرحله ی پس آزمون، پیگیری در دو گروه معنی دار است که نشان می دهد روند تغییر نمرات در مراحل پس آزمون، پیگیری در دو گروه با هم تفاوت دارند. میزان این تفاوت ها در حدود ۰/۳۸۶ است. یعنی ۳۸/۶ درصد از واریانس یا تفاوت های فردی در استرس ادراک شده به تفاوت های بین دو مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است. نتایج جدول قابل ذکر است که تفاوت بین نمرات کیفیت زندگی در دو مرحله پس آزمون، پیگیری در دو گروه معنی دار نیست. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش تایید شده است. به عبارت دیگر شناخت درمانی

مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری زنان مبتلا به پسوریازیس تأثیر معنی داری داشته است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	
استرس ادراک شده	آزمایش	۴۵/۳۳۳	۲/۰۵۸	۲۷/۲۶۶	۲/۶۵۸	۳۰/۶۶۶
	گواه	۴۳/۹۳۳	۲/۶۸۵	۴۵/۶۶۶	۲/۳۵۰	۴۵/۸۰۰
کیفیت زندگی مرتبط با بیماری	آزمایش	۲۴/۳۳۳	۱/۹۵۱	۱۵/۶۰۰	۱/۷۲۳	۱۷/۲۶۶
	گواه	۲۲/۲۶۶	۱/۲۷۹	۲۴/۷۳۳	۱/۷۵۱	۲۶/۴۰۰

جدول ۳. نتایج تحلیل با اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ادراک شده	درون گروهی	۸/۸۱۰	۱	۳/۲۲۲	۰/۰۸۴	۰/۱۰۷	۰/۴۱۰
	اثر زمان × پیش آزمون	۶/۸۵۳	۱	۲/۵۰۷	۰/۱۲۵	۰/۰۸۵	۰/۳۳۳
	اثر زمان × گروه	۴۶/۴۱۸	۱	۱۶/۹۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۶	۰/۹۷۸
کیفیت زندگی مرتبط با بیماری	بین گروهی	۴/۴۵۸	۱	۴/۴۵۸	۰/۴۲۰	۰/۰۱۵	۰/۰۹۶
	گروه	۳۹۳۸/۹۷۹	۱	۳۷۰/۷۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲	۱/۰۰
	درون گروهی	۰/۲۰۱	۱	۰/۱۴۸	۰/۷۰۳	۰/۰۰۵	۰/۰۶۶
کیفیت زندگی مرتبط با بیماری	اثر زمان × پیش آزمون	۰/۷۹۳	۱	۰/۵۸۶	۰/۴۵۱	۰/۰۲۱	۰/۱۱۴
	اثر زمان × گروه	۰/۲۳۵	۱	۰/۱۷۳	۰/۶۸۰	۰/۰۰۶	۰/۰۶۹
	بین گروهی	۰/۳۰۹	۱	۰/۰۵۷	۰/۸۱۴	۰/۰۰۲	۰/۰۵۶

۱/۰۰	۰/۸۵۴	۰/۰۰۱	۱۵۸/۱۰۹	۷۶۳/۳۰۲	۱	۸۶۳/۳۰۲	گروه
			۵/۴۶۰	۲۷		۱۴۷/۴۲۴	خطا

بحث و نتیجه گیری

شناختی مبتنی بر حضور ذهن، هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ هایی که آنها معمولاً برمی‌انگیزانند جدا کنند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد (۳۸). در آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیماران یاد می‌گیرند که چه طور به صورت متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکار متمرکز شوند. همچنین یاد می‌گیرند که افکار خود آیند، عادت‌ها، نشخوارهای ذهنی، افکارها و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آن‌ها آگاه شوند و در چشم انداز وسیع تری افکار و احساسات خود را ببینند. به عبارت دیگر، در این دیدگاه به افراد آموزش داده می‌شود احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن‌ها که آن‌ها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌ها، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود. به علاوه روش‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش پذیرش و کاهش اجتناب تجربی که مشخصه اصلی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است می‌تواند موثر واقع شود (۳۳).

تکنیک‌های آموزش ذهن آگاهی اساساً تکنیک‌های افزایش توجه هستند که در درمان بیماران مبتلا به استرس مفید واقع می‌شود (۳۹).

می‌توان گفت که ذهن آگاهی با آگاهی از افکار، هیجانات و حواس بدنی: خودآگاهی مانع پردازش و در نتیجه تداوم الگوهای غیرمفید فکری می‌شود و آگاهی اندیشمندانه از مشکلات به بهترین وجه منجر به پردازش خالقانه تر و در نتیجه حل مسئله ی مؤثرتر می‌گردد و با تمرکز توانایی تنظیم و حفظ توجه بر روی یک کانون خاص، به بیماران کمک می‌کند که

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به پسروریازیس مراجعه کننده به مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود و بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری زنان مبتلا به پسروریازیس مراجعه کننده به مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. یافته‌های حاکی از موثر بودن درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری زنان مبتلا به پسروریازیس بود و نشان داد آموزش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به آزمودنی‌های گروه آزمایش، موجب کاهش استرس ادراک شده و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شده است. به عبارت دیگر درمان مذکور توانسته است همگی متغیرهای پژوهش را در پس آزمون بهبود داد، و همچنین در مرحله پیگیری نیز اثر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تداوم داشته است. نتایج این پژوهش با نتایج بدست آمده توسط فوردهم، علی بیگی بنی و همکاران، کاویانی و همکاران، گریسون^۲ و همکاران همسو بود.

در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سه هدف اساسی دنبال می‌شود. الف) تنظیم توجه، ب) توسعه آگاهی فراشناختی، ج) تمرکززدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از بیم چنین الگوهای فکر تمرکززدایی کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی از واقعیت یا ویژگی هایی از «خود» نیستند. به طور کلی، در درمان

بخشی از وجود ذاتی و درونی انسانها هستند به چالش بکشیم (۴۰-۴۱). تک جنسیتی بودن نمونه پژوهش حاضر و محدود بودن جامعه پژوهش به شهر اصفهان از جمله محدودیت هایی است که باید تعمیم نتیجه پژوهش به سایر جامعه های آماری با احتیاط صورت گیرد.

پیشنهاد می شود این مطالعه با نمونه های بزرگتر، در شهرهای مختلف و در مورد جنسیت مردان مبتلا به این بیماری نیز انجام گیرد. پیشنهاد می شود به منظور ارزیابی پایداری و تداوم تاثیر مداخله بکار رفته، اجرای مراحل پیگیری در فواصل سه ماهه و شش ماهه صورت گیرد. به علاوه مقایسه همزمان این درمان با درمانهای روانشناختی دیگر بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه ای حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی به کد تصویب ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۴۸ در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می باشد. بدین وسیله نویسندگان مقاله از معاونت محترم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات بیماری های پوستی و سالک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کارکنان مرکز صدیقه طاهره (س) اصفهان و همچنین بیمارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند کمال قدردانی دارند.

افکار ناکارآمد را از خود دور کرده و به تدریج این ظرفیت را در خود به وجود آورند که افکار پریشان کننده یا حواس بدنی را بدون این که به آن ها واکنشی نشان دهند از خود دور کنند. در حین انجام این تمرین ها، افراد یاد می گیرند که افکار خود را مشاهده کنند، آن ها به عنوان فکر در نظر بگیرند نه به عنوان واقعیت، سپس به عقب بازگردند و توجه خود را به زمان حال برگردانند و همینطور به افکار جایگزین نیز توجه کنند. با حضور در لحظه در خلال شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افراد یاد می گیرند که در لحظه حضور داشته باشند و با پذیرش / عدم قضاوت پذیرش آنچه که اتفاق می افتد تا اندازه ای را اندازی عادات شناختی خودکار را متوقف می کند. پذیرش و آگاهی به مراجع امکان می دهد که به «چیزهای بد» و «چیزهای خوب» با دید وسیع تری بنگرد، بدون قضاوت آن ها را مورد مشاهده قرار دهد، و به این ترتیب به جای آن که صرفا به گونهای خودکار به یک جز موقعیت پردازد، به کل موقعیت پاسخ دهنده که همه ی این عوامل باعث می شود بر کیفیت زندگی بیماران موثر واقع شود.

روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می کند که یاد بگیرند چگونه از احساس های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگاران ای به علائم هشدار دهنده عود بیماری نشان دهند. بنابراین ذهن آگاهی این توانایی را به ما می دهد تا آسیب پذیری های فراگیر در انسان را ببینیم و با آن روبرو شویم و آن ها را که

Reference

1. Fordham B.A. The role of Mindfulness based cognitive therapy in the management of Psoriasis, the university of Manchester. (2012). 116-119.
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):329-36.
3. Kim H.J. & Lebwohl M.G. Biologics and Psoriasis the Beat Goes on. Dermatologic Clinics. 2019; 37(1):29-36.
4. Sarafino E. Psychology of Health, Translating Elahe Mirzaee et al., Tehran: Growth Publication. 2008.
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: 146-155.

۶. Rosenstock I.M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. 1990.
7. Naldi L., Chatenoud L., Linder D., Belloni F. A., Peserico A., Virgili A. R., 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):61-7.
8. Rigopoulos D, Gregoriou S, Katrinaki A, Korfitis C., Larios G., Stamou C., et al. Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate. *Eur J Dermatol.* 2010 ;1;20(2):189-95.
9. Ghajarzadeh M, Kheirkhah S, Ghyiasi M. Quality of life and depression in patients with vitiligo. *jdc.* 2011; 2 (4) :203-209
10. Barrea L., Nappi F., Di Somma C., Savanelli M. C., Falco A., Balato A., et al. Environmental risk factors in psoriasis: the point of view of the nutritionist. *Int J Environ Res Public Health.* 2016; 22;13(7):743
11. Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol* 2015; 90: 9–20.
12. Menter A., Korman N.J., Elmets C.A., Feldman S.R., Gelfand J.M., Gordon K.B., 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: 137–174
13. Nast A., Gisondi P., Ormerod A.D., Splus P.I., 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: 2277–2294.
14. Mrowietz U., Barker J., Boehncke W.H., Iversen L., Kirby B., Naldi L., et al. Clinical use of dimethyl fumarate in moderate-to-severe plaque-type psoriasis: a European expert consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32(Suppl 3): 3–14.
15. Mrowietz U, Szepietowski JC, Loewe R., Van de Kerkhof P., Lamarca R., Ocker W.G., et al. Efficacy and safety of LAS41008 (dimethyl fumarate) in adults with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis: a randomized, double-blind, Fumaderm(R) - and placebo-controlled trial (BRIDGE). *Br J Dermatol* 2017; 176: 615–623.
16. European Medicines Agency (EMA). EPAR summary for the public: Skilarence, dimethyl fumarate. URL http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Summary_for_the_public/human/002157/WC500231110.pdf (last accessed: 2017 July 2018).
17. Feldman SR, Krueger GG. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(Suppl 2): ii65–ii68; discussion ii69-73.
18. Oji V, Luger TA. The skin in psoriasis: assessment and challenges. *Clin Exp Rheumatol* 2015; 33: S14–S19.
19. Feldman S.R., Fleischer A.B., Reboussin D.M., Bradham D.D., Exum M.L., Clark A.R. The economic impact of psoriasis increases with psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 564–569.
20. Gelfand J.M., Feldman S.R., Stern R.S., Thomas J., Rolstad T., Margolis D.J. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. *J Am Acad of Dermatol.* 2004; 51(5):704-708.
21. Mohammad Khanei P., Khannipour H. Mind-focused treatments. Tehran: Publications of University of Welfare. 2012.

22. Fortune D.G., Richards H.L., Kirby B., Bowcock S., Main C.J. & Griffiths C.E. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol.* 2002;146(3):458-65.
23. Kwon C.W., Fried R.G., Nousari Y., Ritchlin C. & Tausk F. Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? *Clin Dermatol* 2018; 36(6): 698-703.
24. Dahlgaard J., Jørgensen M.M., Velden A.M., Sumbundu A., Gregersen N., Olsen R.K., et al. Mindfulness, health, and longevity. In the science of hormesis in health and longevity. Academic Press 2019; 243-55. 19.
25. Ivtzan I., Young T., Martman J., Jeffrey A., Lomas T., Hart R., et al. Integrating mindfulness into positive psychology: A randomised controlled trial of an online positive mindfulness program. *Mindfulness* 2016; 7(6): 1396-1407. 20.
26. Kashdan T.B., Ciarrochi J.V., editors. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being.* New Harbinger Publications. 2013.
27. Williams J.M., Duggan D.S., Crane C. & Fennell M.J. Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J clin psychol.* 2006;62(2):201-10.
28. Gaylord S.A., Palsson O.S., Garland E.L., Faurot K.R., Coble R.S., Mann J.D., et al. Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(9):1678.
29. Alibeige-Beni E., Salehi A. & Jafari F. The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Emotional WellBeing (Stress, Anxiety, Depression, and Sadness) of Patients with Psoriasis. *Journal of Isfahan Medical School.* 21735(436):756-762.
30. Greeson J.M., Smoski M.J. & Suarez E.C., Brantley J.G., Ekblad A.G., Lynch T.R., et al. Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: potential moderating effects of religiosity, spirituality, trait mindfulness, sex, and age. *J Altern Complement Med.* 2015;21(3):166-74.
31. Kaviani H., Javaheri F. & Bahraini H. The effectiveness of cognitive-based cognitive therapy is to reduce their thoughts. Negative, ineffective attitude, depression and anxiety follow-up 60 days. *Journal of Cognitive Sciences,* (2005). 1 (7): 58-49.
32. Villasenor-Park Jennifer, Wheeler David, Grandinetti Lisa, "Psoriasis: Evolving treatment for a complex disease". *Cleveland Clinic Journal of Medicine,* 2012; 79 (6):413-423.
33. Segal ZV, Williams JMG. & Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse* New York: Guilford Press. (2002).
34. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983; 1:385-96.
35. Bastani F., Rahmatnejad L., Jesmi F., Haghani H. Breastfeeding Self efficacy and Perceived Stress. *Iranian Journal of Nursing.* 2008.21(54). pp:9-22.
36. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology.* 1994;19(3):210-6.
37. Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, Mazharinia N, Finlay AY. DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC dermatol.* 2004;4(1):8.
38. Sohrabi F., Jaffari Fard S., Zareei S. & Eskandari H. The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on panic disorder. *Journal of Clinical Psychology.* 2013.4(16):31-43.
39. Smits J.A., Minhajuddin A., Jarrett R.B. Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social phobia. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):271-8.
40. Grossman P., Niemann L., Schmidt S. & Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2004 Jul 1;57(1):35-43.

41.Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice. 2003;10(2):144-56.

*Original Article***Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Perceived Stress and Quality of Life Related to the Skin Disease of Women with Psoriasis**

Received: 11/05/2020- Accept: 06/08/2020

Samira Pourmehr¹Ilnaz Sajjadian^{2*}Fariba Jaffari³¹ Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan, Isfahan, Iran² Faculty member of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran³ Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center (SDLRC), Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
² Medical Education Research Center (MERC), Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir

Abstract**Introduction:** Psoriasis is a chronic and recurrent disease that has an effect on the body, mental and quality of life of patients. The purpose of this study was to investigate the effect of mindfulness based cognitive therapy on perceived stress and quality of life associated with the disease of women with psoriasis referring to Isfahan Dermatology Research Center.**Methods:** The research design was quasi-experimental using pre-test and post-test with control group and one-month follow-up. For this purpose, 30 patients who referred to the Dermatology and Cutaneous Leishmaniasis Research Center of Isfahan during 2017 were selected through convenience sampling and randomly assigned into experimental and control groups (each including 15 individuals). All participants responded to (IPQ), Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Cohen Perceived Stress Scale in three stages, namely pre-test, post-test and follow-up. The experimental group attended in 8 focused therapies (Segal, Williams & Teasdale therapeutic package 2002) biweekly. Control group did not receive any intervention until the end of the follow-up phase. The data were analyzed by repeated measure analysis of variance.**Results:** The results revealed that mindfulness-based cognitive therapy significantly reduces perceived stress and enhanced the disease-related quality of life in the experimental group compared with the control group ($p < 0.001$)**Conclusion:** According to the results of this study, which showed that while the effect of mindfulness-based therapy is significant for improving and reducing perceived stress and improving the quality of life associated with psoriasis, this treatment was also effective in the follow-up phase and its effect was continuous.**Keywords:** Mindfulness based cognitive therapy, perceived stress, Dermatology Quality of life, Psoriasis.**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.