

اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر تبعیت از رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس)

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۳۱- تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۷

خلاصه

مقدمه: بروز بیماری‌های جسمانی مزمن همچون پسوریازیس موجب ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی و جسمانی در بیماران می‌شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس) انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران خودایمنی (پسوریازیس) شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ بیمار خودایمنی (پسوریازیس) با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه و هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله شناختی- رفتاری را طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه رفتارهای ارتقا سلامت (واکر و همکاران، ۱۹۸۷) و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد مداخله شناختی- رفتاری بر رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس) موثر بوده است. چنانکه این درمان توانسته منجر به بهبود رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این بیماران شود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری با تکیه بر پیگیری افکار خودکار برای شناسایی باورهای بنیادی، آموزش شیوه‌های رفتاری و خطاهای شناختی و افکارناکارآمد می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران خودایمنی (پسوریازیس) مورد استفاده گیرد.

کلمات کلیدی

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، رفتارهای ارتقا سلامت، بیماری خودایمنی پسوریازیس، مداخله شناختی- رفتاری

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مرمره صحتی^۱

حسن عشایری^{۲*}

شیوا دولت‌آبادی^۳

^۱گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش،

دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

^۲استادتمام دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی

ایران، تهران، ایران.

^۳استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران،

ایران

Email:

ashayerih.neuroscientist@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های فیزیولوژیک ممکن است برای افراد مشکلات روانی و اجتماعی ایجاد کند. زیرا زندگی طولانی‌مدت با علائم بیماری، هویت فرد را به خطر می‌اندازد، موجب تغییر نقش شده، بر تصویر ذهنی فرد از جسم خویش تأثیر می‌گذارد و به شیوه زندگی او آسیب وارد می‌کند (مورسشی، گوباشی و یونیس^۱؛ ۲۰۱۴؛ کیویلا، الو، گینگاس و کاراینن^۲؛ ۲۰۱۴؛ ال‌دی، سالم و عبدالعظیم^۳؛ ۲۰۱۷). یکی از بیماری‌هایی که می‌تواند عوارض فیزیولوژیک و روانی بسیاری در پی داشته باشد، پسوریازیس^۴ است (یانگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). پسوریازیس یک بیماری مزمن التهابی است که به نظر می‌رسد تحت تأثیر عوامل ژنتیک و ایمونولوژیک ایجاد می‌گردد. این بیماری می‌تواند در اثر عوامل محیطی و سیستمیک نظیر استرس و عفونت، دوره‌های متناوبی از فعالیت و خاموشی را داشته باشد (استورر، دانش، ساندها، پاسکو و کیمبل^۶؛ ۲۰۱۸). گرچه این بیماری می‌تواند در سنین مختلف بروز نماید، ولی بیشترین تظاهر آن در دو بازه زمانی ۱۵ تا ۳۰ سال و ۵۰ تا ۶۰ سال می‌باشد و در افراد کمتر از ۱۰ سال ناشایع است. پسوریازیس با ناخوشی‌های همزمان قابل توجهی همراه است. بروز بیماری‌های التهابی روده و مفاصل، لنفوم، بیماری‌های قلبی و عروقی، چاقی، دیابت نوع دو، و سندرم متابولیک در این بیماران ممکن است افزایش یابد (جاکوب و کوستو^۷؛ ۲۰۱۷).

پژوهشگران تأکید دارند که در درمان‌ها و تحقیقات مرتبط با پسوریازیس به عوامل اجتماعی و روان‌شناختی توجه کمی می‌شود (تسای، هو، چن، هسیاهو، لی^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). تجربه‌ای معمولی بین متخصصان پوست وجود دارد که تعداد قابل توجهی از بیماران‌شان در کنار مشکلات پوستی، نشانه‌ها و شکایات روان‌شناختی ابراز می‌کنند (یو، تا، هانگ و کلان^۹؛

۲۰۱۹) که این فرایند نشان از توجه و افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت است. شکل‌گیری رفتارهای ارتقا سلامت، مهم‌ترین فرایندی است که در این حوزه، درباره بیماران دارای آسیب‌های فیزیولوژیک مزمن می‌توان بدان توجه نمود (براتفورد و چان^۱؛ ۲۰۱۷؛ چانگ^۲؛ ۲۰۱۷). شیوه زندگی سالم یک زندگی متعادل است که در آن شخص به طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم می‌زند. اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که روی کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها موثر هستند. فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل و بیماری‌ها انجام می‌دهد (کندی، کامبرون، دکسیمهر، تریلک و ساندرز^۳؛ ۲۰۱۸). یک رویکرد جامع پیشنهاد می‌کند که رفتارهای ارتقاء سلامت ممکن است به عنوان دو جزء مکمل سبک زندگی سالم در نظر گرفته شوند (پندر، مارداگ و پارسونز^۴؛ ۲۰۰۲؛ کراول، لاپارت، هافمن و هیستمان^۵؛ ۲۰۱۶)، اجزای حفاظت‌کننده سلامت، احتمال مواجهه فرد را با بیماری یا آسیب کاهش می‌دهند و اجزای ارتقاء دهنده سلامت الگویی چندبعدی هستند که در راستای حفظ یا افزایش سطح خودشکوفایی، رفاه و رضایتمندی افراد عمل می‌کنند (وایت‌هد^۶؛ ۲۰۰۴). انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم با کمک آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند. به عبارت دیگر، ارتقا سلامت به عنوان راهبردی ضروری برای کاهش نابرابری بهداشتی و ارائه مراقبت‌های اولیه با کیفیت در نظر گرفته شده است (مک‌الیکوت، لیست کاپیتالو و لین موریس^۷؛ ۲۰۱۷؛ چانگ، تساس، تسای، یه، چیو و همکاران، ۲۰۱۷).

¹ . Promotion of Behaviors Health⁰

¹ . Bradford, Chan

¹ . Chung

¹ . Kennedy, Cambron, Dexheimer³, Trilk, Saunders

¹ . Pender, Murdaugh, Parsons

¹ . Carroll, Labarthe, Huffman, Hiftsman

¹ . Whitehead

¹ . McElligott, Leask Capitulo, Lynn Morris

¹. Morsi, Ghabashy, Younis

². Kivelä, Elo, Kyngäs, Kääriäinen

³. El Din, Salem, Abdulazim

⁴. Psoriasis

⁵. Young

⁶. Storer, Danesh, Sandhu, Pascoe, Kimball

⁷. Jacob, Kostev

⁸. Tsai, Ho, Chen, Hsiao, Lee

⁹. Yu, Tu, Huang, CLan

و ثابت، ۱۳۹۷؛ سلیمانی کهره، حسینی و افشاری‌نیا، ۱۳۹۸؛ لی، ژو، ها، تان، ژانگ، لی و چن، ۲۰۱۷؛ کیشیتا و لایدلا، ۲۰۱۷؛ وارویک، ریردوم، کوپر، مارایاما، رینولدز و همکاران، ۲۰۱۷؛ آسارنو و مانب، ۲۰۱۹). علاوه بر این نتایج پژوهش پژوهش‌های آسارنو و مانب (۲۰۱۹)؛ آنتل، اون، ایلس، ولز، هریس و همکاران (۲۰۱۹)؛ آور، جانکو و اولندیک (۲۰۱۷) و پاورز، دی کلین و اسمیتس (۲۰۱۷) نشان از آن داشت که درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش علائم آسیب‌زای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در افراد شود.

درمان شناختی- رفتاری متشکل از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن پیدا کردن راه‌حل‌هایی برای مسائل بیمار است (هاینس، ۲۰۱۵). این درمان می‌تواند در اصلاح شیوه‌های پردازشی و رفتاری مراجع مؤثر باشد زیرا اساس رفتار درمانی شناختی این است که افکار غیرانطباقی علت رفتار غیرانطباقی است و افراد باید طرق جدید فکر کردن را بیاموزند. رویکرد درمان شناختی- رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی است که به ترتیب در بستر شرطی‌سازی پاولفی و براساس دانش و شناخت پایه‌ریزی شده است. در دو دهه اخیر پژوهشگران و روان‌شناسان بسیاری از رویکرد درمان شناختی رفتاری بهره می‌گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند (لی، جین، ژو، ژائو، چن و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی- رفتاری بر مدل آموزش روانی ساخت‌دار استوار است، بر نقش تکلیف‌خانگی تأکید می‌کند، درمانجو را مسئول پذیرفتن نقش فعال در جلسات درمان و خارج از آن می‌داند، بر برقرار کردن اتحاد درمانی نیرومند تأکید می‌کند، و برای ایجاد کردن تغییر، از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری کمک می‌گیرند (لورنزو-لوکاسس، کیف و دی‌رایس، ۲۰۱۶). می‌توان اذعان داشت که رویکرد شناختی

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دیگر متغیری است که بر اثر بروز بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن و آسیب‌های روان‌شناختی حاصل از آن آسیب دیده و باعث می‌شود بیماران نسبت به افراد عادی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مراتب پایین‌تری را تجربه نمایند (صادقی، صفری موسوی، فرهادی و امیری، ۱۳۹۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای مجموعه رفتارهایی است که فرد در راستای ارزش‌هایش انجام می‌دهد (بنوی، نیر، نولف، دورینگ، کلو تسچ و گلوستر، ۲۰۱۸؛ صفری موسوی، ندری، امیری، رادفر و فرخچه، ۱۳۹۸). دارا بودن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سبب می‌شود که فرد علاوه بر رفتارهای ارزشمندانه، دارای تعهد در عمل نیز باشد (هیز، ۲۰۱۶؛ چانگ، وو، کلو و چن، ۲۰۱۸). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (المارزوگی، چیکلوت و مک‌کراکن، ۲۰۱۷). بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (کانگاسمی، لاپالاین، کانکانپا و تاملین، ۲۰۱۴؛ والدک، تاینال، ریما و چیمل، ۲۰۱۷؛ دنکلا، کانسدینگ، چانگ، استین، روچ و بلایس، ۲۰۱۸).

روش‌های درمانی روان‌شناختی مختلفی برای افراد با بیماری‌های فیزیولوژیک بکار گرفته شده است. یکی از درمان‌های مورد استفاده، درمان شناختی- رفتاری است که کارآیی بالینی خود را در پژوهش‌های مختلف خصوصاً برای افراد دارای بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن نمایش به‌گذاشته است (فولادی، محمدخانی، شهیدی و ابراهیمی دریانی، ۱۳۹۷؛ صمدزاده، صالحی، بنی‌جمالی و احدی، ۱۳۹۷؛ صیرفی، نامجو

¹ . Li, , Xu, Hu, Tan, Zhang, Li, Chen¹

² . Kishita, Laidlaw

³ . Warwick, Reardon, Cooper, Murayama, Reynolds

⁴ . Asarnow, Manbe

⁵ . Antle, Owen, Eells, Wells, Harris

⁶ . Oar, Johnco, Ollendick

⁷ . Powers, De Kleine, Smits

⁸ . Haynes

⁹ . Li, Jin, Xi, Zhu, Chen

⁰ . Lorenzo-Luaces, Keefe, DeRubeis

¹ . Chang, Tsai, Tsai, Yeh, Chiu

² . Psychological flexibility

³ . Benoy, Knitter, Knellwolf, Doering, Klotsche, Gloster

⁴ . Hayes

⁵ . Chang, Wu, Kuo, Chen

⁶ . Almarzooqi, Chilcot, McCracken

⁷ . Kangasniemi, Lappalainen, Kankaanpaa, Tammelin

⁸ . Waldeck, Tyndall, Riva, Chmiel

⁹ . Denckla, Consedine, Chung, Stein, Roche, Blais

⁰ . Cognitive Behavior Therapy

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کسب نموده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش و ۱۵ بیمار در گروه گواه). در این پژوهش ریزش وجود نداشت. سپس گروه آزمایش مداخله شناختی رفتاری را ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول دو ماه و نیم ماه دریافت نمودند. در حالی که گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بود. پس از اتمام آموزش، از افراد پس‌آزمون به عمل آمد. پس‌آزمون شامل پرسشنامه‌های قبلی بود. دو ماه پس از اتمام دوره مجدداً از بیماران دعوت به عمل آمد که همان پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. این کار جهت پیگیری و بررسی اثربخشی آتی صورت گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری خودایمنی (پسوریازیس)، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان در مراکز)، عدم برخورداری از آسیب‌های روان‌شناختی مزمن همچون اضطراب و افسردگی (با توجه به خوداظهاری و مصاحبه بالینی) و داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ابزار

پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت:^۳ پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را واکر^۴ و همکاران (۱۹۸۷) طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۴۹ عبارت است که ۶ بعد را اندازه‌گیری می‌کند. این شش بعد عبارتند از: تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس (شناسایی و منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس)، روابط بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی)، رشد معنوی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی). عبارات این پرسشنامه بر روی یک

رفتاری علاوه بر پرداختن به بازسازی شناختی، انواع مداخله‌های رفتاری را جهت تقویت مهارت‌های مقابله‌ای مورد استفاده قرار می‌دهد. همچنین این روش مداخله‌ای به طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید قرار داده و فرصتی برای افراد فراهم می‌آورد تا بتوانند شیوه‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خود تخریبی را آموخته و به هنگام رویارویی با مسائل مختلف در آینده، از آن‌ها استفاده نمایند (آگراس^۱؛ ۲۰۱۹؛ دانگ، لو، ژائو و ژائو^۲؛ ۲۰۱۰).

با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس و از سویی با نظر به کارایی مداخله شناختی رفتاری در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی مشابه، محققین تصمیم گرفتند تا میزان اثربخشی مداخله شناختی رفتاری را بر بهبود رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس) مورد بررسی و آزمون قرار دهند. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس) بود.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران خودایمنی (پسوریازیس) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بودند که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه و هدفمند انتخاب شدند. بر این اساس با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، فرم‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز درمانی بیماران خودایمنی (پسوریازیس) پخش و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها، تعداد ۳۰ بیمار خودایمنی (پسوریازیس) به شکل هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که پس از ارائه پرسشنامه‌های ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بین افراد داوطلب، و نمره‌گذاری آنها، ۳۰ نفر از بیمارانی که کمترین نمره را در پرسشنامه‌های ارتقا سلامت و

³. Health Promoting Lifestyle Profile

⁴. Walker

¹. Agras

². Dong, Lu, Zhou, Zhao

پرسشنامه بدست آمده است که عبارتند از جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی. این پرسشنامه براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که از امتیاز خیلی مخالفم ۱ تا خیلی موافقم ۷ درجه‌بندی شده است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر نمره ۱۴۰ است. نمره‌های بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و درستی آزمایشی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مازنین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. در ایران شاره و همکاران (۱۳۹۲)؛ به نقل از فاضلی و احتشام‌زاده هاشمی شیخ‌شبابی، (۱۳۹۳) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۸۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و احتشام‌زاده هاشمی شیخ‌شبابی (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، بیماران انتخاب شده (۳۰ بیمار) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ بیمار). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان شناختی رفتاری (هالفورد، ۲۰۰۵)؛ به نقل از قاسم‌زاده‌نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتایی و بنی‌هاشمی، (۱۳۸۹) را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در حالی که گروه گواه این مداخله درمانی را دریافت نکرد. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده خواهد شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به افراد هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

مقیاس چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و هر یک از گزینه‌ها ۱، ۲، ۳، ۴ امتیاز دارند (هرگز: ۱؛ گاهی اوقات: ۲؛ اغلب: ۳؛ همیشه و به طور معمول: ۴). حداقل نمره پرسشنامه ۴۹ و حداکثر نمره ۱۹۶ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده رفتارهای ارتقا سلامت بیشتر است. در پژوهش واکر و هیل - پروسکی (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۴. گزارش شد. هم‌چنین واکر و هیل - پروسکی (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ را برای ۶ خرده مقیاس این آزمون محاسبه نمودند. چو، جائه، چو و چو (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش نمودند. در ایران در پژوهش محمدی زیدی، پاکپور حاجی‌آقا و محمدی زیدی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌ها، از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. نتایج آزمون - بازآزمون نشان دهنده ثبات برای پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیرمقیاس‌های آن بود. تحلیل عاملی تاییدی مدل ۶ عاملی گویای برازش قابل قبولی بود. در پژوهش محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰) تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ تقلیل پیدا نمود. تعداد ۳ سوال در پژوهش آنها از نسخه اصلی حذف شد زیرا بار عاملی پایینی داشتند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱: پرسشنامه

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط دنیس و واندروال^۲ در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی - رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در ایران و در پژوهش شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی (۱۳۹۲)؛ به نقل از فاضلی و احتشام‌زاده هاشمی شیخ‌شبابی، (۱۳۹۳) سه زیرمقیاس برای این

1. Hill-Polerecky

2. Cho

3. Psychological Flexibility Questionnaire

4. Dennis, Vander Wal

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری (هالفورد، ۲۰۰۵؛ به نقل از قاسم‌زاده‌نساچی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتایی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۹)

| جلسات | توضیحات |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی، اجرای پیش‌آزمون ارائه قواعد و هنجارهای گروه، بیان اهداف به وسیله اعضا، روشن کردن انتظارات اعضا از شرکت در جلسات گروه. |
| جلسه دوم | آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، آشنایی با اضطراب و کیفیت زندگی، بیان نکاتی به وسیله اعضا در خصوص اضطرابی که تجربه کرده بودند، توجه کردن اعضا به موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب، دادن تکلیف. |
| جلسه سوم | تشخیص موقعیت و افرادی که باعث اضطراب می‌شوند، آموزش مدل A-B-C، بیان نمونه‌هایی از اضطراب اعضا بر اساس مدل A-B-C، توجه کردن به افکار و باورها. |
| جلسه چهارم | توجه به افکار و باورهای قبل از اضطراب یا عواملی که بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها اثر می‌گذارد، توجه به افکار خودکار قبل از هیجان‌ها، توجه به نشانه‌های جسمانی و هیجانی بعد از باورها، توجه به رفتارهای بعد از افکار. دادن تکلیف. |
| جلسه پنجم | توجه بیشتر به افکار منفی قبل از اضطراب، تمثیل اقیانوس و پیکان عمودی برای شناسایی طرح‌واره‌ها، انجام تمرین‌های رفتاری در این خصوص، بررسی خودگویی‌های اعضا در هنگامی که دچار اضطراب شده‌اند و شناسایی و تغییر و تعدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار و خودگویی‌های منفی. دادن تکلیف. |
| جلسه ششم | پیگیری افکار خودکار برای شناسایی باورهای بنیادی و به تبع آن رفتارهای ناسازگار، شناسایی باورهای بنیادی ناکارآمد، شناسایی رابطه بین افکار ناسازگار با هیجان‌ها، افکار منطقی و کارآمد، توجه به تغییرات رفتاری و هیجانی بعد از تغییر افکار، آموزش رفتاری کنترل اضطراب، دادن تکلیف. |
| جلسه هفتم | ادامه شناسایی باورهای بنیادی و تغییر در آن، آموزش شیوه‌های رفتاری مانند صحبت کردن و مذاکره درباره اضطراب، آرام‌سازی، به تعویق انداختن واکنش، تمرکز بر تنفس که باعث آرام‌سازی در حین اضطراب خواهد شد، آموزش راه‌حل‌های گوناگون برای حل مسئله (موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز)، آموزش نحوه واکنش رفتاری به موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز، دادن تکلیف. |
| جلسه هشتم | خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفتند و درباره سود و زیان آن‌ها بحث شد. بازسازی خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد آموزش داده شد و شواهد تایید کننده یا رد کننده آن‌ها بررسی شد. دادن تکلیف. |
| جلسه نهم | مهارت‌های ارتباطی، موانع ارتباط و انواع سبک‌های ارتباطی آموزش داده شد. آرمیدگی یا ریلکشن و شیوه‌های حل تعارضات آموزش داده شد. دادن تکلیف. |
| جلسه دهم | بررسی پیشرفت و رسیدن اعضا به اهداف، آموزش چگونگی یاد گرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا، بررسی احساسات اعضا در خصوص تمام شدن جلسات، شناسایی افراد و موقعیت‌های حامی در زندگی آن‌ها، توجه به اینکه تغییرات تدریجی است نه آنی، اجرای پس‌آزمون. |

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که چنان که در جدول (۱-۴) مشاهده می‌شود در هر دو گروه آزمایش و گواه ۱۱ نفر (معادل ۳۶/۶۷ درصد) زن و ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) مرد بودند. علاوه بر این در گروه آزمایش ۳ نفر (معادل ۱۰ درصد) دارای تحصیلات دارای دیپلم، ۸ نفر (معادل ۲۶/۶۷ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در گروه گواه نیز ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات دارای دیپلم، ۸ نفر (معادل ۲۶/۶۷ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۳ نفر (معادل

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

گواه نیز ۲ نفر (معادل ۶/۶۷ درصد) دارای سن ۲۲ تا ۲۷ سال، ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) دارای سن ۲۸ تا ۳۳ سال، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۷ درصد) دارای سن ۳۴ تا ۳۹ سال، و ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) نیز دارای سن ۴۰ و بالاتر از ۴۰ سال بودند. حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱۰ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در نهایت در گروه آزمایش ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) دارای سن ۲۲ تا ۲۷ سال، ۳ نفر (معادل ۱۰ درصد) دارای سن ۲۸ تا ۳۳ سال، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۷ درصد) دارای سن ۳۴ تا ۳۹ سال، و ۳ نفر (معادل ۱۰ درصد) نیز دارای سن ۴۰ و بالاتر از ۴۰ سال بودند. در گروه

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری | | گروه‌ها | مولفه‌ها |
|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|-------------|----------------|
| میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| ۹۴/۱۳ | ۷/۳۳ | ۱۰۹/۶۶ | ۸/۵۳ | ۱۰۶/۴۶ | ۷/۳۸ | گروه آزمایش | رفتارهای ارتقا |
| ۹۳/۴۶ | ۷/۵۲ | ۹۲/۸۰ | ۸/۴۶ | ۹۰/۸۶ | ۷/۶۱ | گروه گواه | سلامت |
| ۷۵/۲۶ | ۱۰/۳۷ | ۹۶/۵۳ | ۱۴/۴۱ | ۹۲/۱۳ | ۱۴/۱۲ | گروه آزمایش | انعطاف پذیری |
| ۷۴/۳۳ | ۱۵/۸۵ | ۷۵/۴۶ | ۱۶/۳۴ | ۷۵/۰۶ | ۱۵/۸۲ | گروه گواه | روان شناختی |

آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیر رفتارهای ارتقا سلامت رعایت شده است ($p > 0/05$)، اما در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی این پیش فرض رعایت نشده بود ($p < 0/05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوس-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار f | مقدار p | اندازه اثر | توان آزمون |
|-------------------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------|------------|------------|
| رفتارهای ارتقا | ۸۵۵/۲۶ | ۲ | ۴۲۷/۶۳ | ۶۰/۸۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۳ | ۱ |
| سلامت | ۹۲۶۱/۸۷ | ۱ | ۹۲۶۱/۸۷ | ۶۵/۹۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۶ | ۱ |
| تعامل مراحل و گروه بندی | ۱۲۱۷/۶۲ | ۲ | ۶۰۸/۸۱ | ۸۶/۵۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲ | ۱ |
| خطا | ۳۹۳/۷۷ | ۵۶ | ۷/۰۳ | | | | |
| انعطاف پذیری | ۲۰۸۶/۴۰ | ۱/۱۹ | ۱۷۴۷/۴۲ | ۱۵۴/۲۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱ |
| روان شناختی | ۳۸۱۵/۵۱ | ۱ | ۳۸۱۵/۵۱ | ۱۶/۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ | ۰/۹۸ |
| تعامل مراحل و گروه بندی | ۱۷۰۴/۰۹ | ۱/۱۹ | ۱۴۲۷/۲۲ | ۱۲۵/۹۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۱ | ۱ |
| خطا | ۳۷۸/۸۴ | ۳۳/۴۳ | ۱۱/۳۳ | | | | |

انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس) فارغ از تاثیر گروه بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و

نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریاژیس) داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۷۲ و ۷۱ درصد از تغییرات متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریاژیس) توسط تعامل متغیر مراحل و گروه بندی تبیین می شود. حال نتایج مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش می شود.

دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه بندی (مداخله شناختی- رفتاری) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریاژیس) تاثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر مداخله شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه بندی به عنوان مهم ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که مداخله شناختی- رفتاری با تعامل مراحل

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

| مولفه | مرحله | مقدار t | درجه آزادی | تفاوت میانگین ها | خطای استاندارد برآورد | سطح معناداری |
|--------------------------|-----------|-----------|------------|------------------|-----------------------|--------------|
| رفتارهای ارتقا سلامت | پیش آزمون | ۰/۲۴ | ۲۸ | ۰/۶۶ | ۲/۷۱ | ۰/۸۰ |
| | پس آزمون | ۵/۴۳ | ۲۸ | ۱۶/۸۶ | ۳/۱۰ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیگیری | ۶/۰۹ | ۲۸ | ۱۵/۶۰ | ۲/۵۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| انعطاف پذیری روان شناختی | پیش آزمون | ۰/۱۹ | ۲۸ | ۰/۹۳ | ۴/۸۶ | ۰/۸۵ |
| | پس آزمون | ۳/۷۴ | ۲۸ | ۲۱/۰۶ | ۵/۶۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۳/۱۱ | ۲۸ | ۱۷/۰۶ | ۵/۴۷ | ۰/۰۰۴ |

پژوهش نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری بر رفتارهای ارتقا سلامت و در بیماران خودایمنی (پسوریاژیس) موثر بوده است. چنانکه این درمان توانسته منجر به بهبود رفتارهای ارتقا سلامت این بیماران شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش فولادی و همکاران (۱۳۹۷)؛ سلیمانی کهره، حسینی و افشاری نیا (۱۳۹۸)؛ کیشیتا و لایدلا (۲۰۱۷)؛ وارویک و همکاران (۲۰۱۷)؛ آسارنو و مانب (۲۰۱۹)؛ پاورز، دی کلین و اسمیتس (۲۰۱۷) همسو بود. چنانکه سلیمانی کهره، حسینی و افشاری نیا (۱۳۹۸) با بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونری نشان داد که این درمان کارآیی لازم در کاهش اضطراب و افسردگی دارا است. همچنین فولادی و همکاران (۱۳۹۷) با بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود ارتقای سلامت جسمی روانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دریافتند که درمان شناختی رفتاری می تواند منجر به بهبود و ارتقای سلامت جسمی روانی بیماران شود

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می دهد، در متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش آزمون (۰/۸۵ و ۰/۸۰) معنی دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون (۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۱) و پیگیری (۰/۰۰۴ و ۰/۰۰۱) در متغیرهای رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی معنی دار می باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی داری متفاوت از میانگین گروه گواه است. این بدان معناست که مداخله شناختی رفتاری توانسته منجر به بهبود رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران خودایمنی در مراحل پس آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریاژیس) انجام گرفت. یافته اول

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این بیماران شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش صمدزاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ صیرفی، نامجو و ثابت (۱۳۹۷)؛ لی و همکاران (۲۰۱۷)؛ آسارنو و مانب (۲۰۱۹)؛ آنتل و همکاران (۲۰۱۹)؛ آور، جانکو و اولندیک (۲۰۱۷) بود. چنانکه صمدزاده و همکاران (۱۳۹۷) با بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر روان‌درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان دادند که این درمان منجر به بهبود روان‌درستی این بیماران شده است. همچنین صیرفی، نامجو و ثابت (۱۳۹۷) با آزمون تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی، رعایت توصیه‌های پزشکی و ادراک‌های منفی از بیماری در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید دریافتند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و ادراک‌های منفی از بیماری و افزایش رعایت توصیه‌های پزشکی در بیماران شود.

در تبیین یافته حاضر باید گفت در درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌شود تا با اضطراب و نگرانی خود مقابله موثری داشته باشند (آور، جانکو و اولندیک، ۲۰۱۷). همچنین در درمان شناختی - رفتاری از انواع تکنیک‌ها استفاده می‌شود. تکنیک آرام‌سازی عضلانی به افراد کمک می‌نماید تا منبع اضطراب و استرس را شناسایی کرده و آن را کاهش دهد. این فرایند از آن جهت مهم است که کاهش اضطراب می‌تواند منجر به بهبود پردازش شناختی و هیجانی و در نتیجه بهبود در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر شود. چرا که صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۸) در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که کاهش اضطراب تاثیر مستقیمی بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد. از طرفی در خلال جلسات درمانی درمان شناختی رفتاری، بیماران خودایمنی هیجان‌ات منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد و استرس‌زا را شناسایی کرده و به جای اجتناب نمودن، با آن مواجه می‌شوند. علاوه بر این، تکنیک‌های شناختی و حل مسئله نیز به افزایش خودآگاهی کمک کرده و باعث کاهش اجتناب در افراد می‌شود که این عوامل با کمک به بیماران خودایمنی در جهت شناخت صحیح و راه‌های مقابله با هیجان‌ات منفی سبب می‌شود تا آنها شناخت و خودآگاهی بالاتری را در جهت مواجهه با هیجان‌ات منفی به

در تبیین یافته حاضر باید گفت در که آگاهی افراد از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی، داشتن زندگی شاد و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند (لی و همکاران، ۲۰۱۷). همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل افراد برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی می‌شود که می‌تواند منجر به بهبود رفتارهای ارتقا سلامت در بیماران خودایمنی گردد. چرا که توجه به تمرین‌های مداخله شناختی رفتاری همچون آموزش رفتاری کنترل اضطراب و کسب مهارت‌های ارتباطی سبب می‌شود تا بیماران خودایمنی با بکارگیری این فنون، افکار و رفتارهای آسیب‌رسان خود را کم نموده و بر این اساس بتوان تغییرات در رفتارهای ارتقا سلامت را در آنان مشاهده نمود. علاوه بر این بر طبق درمان شناختی - رفتاری تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیرمنطقی و تحریفات فکری شده و سعی می‌شود با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌تواند با تقویت مثبت‌اندیشی و رفتارهای مثبت، منجر به تقویت جایگاه رفتارهای ارتقا سلامت در این بیماران شود. از طرفی در درمان شناختی رفتاری تاکید می‌شود که الگوهای رفتاری آموختنی هستند. بر این اساس از طریق درمان شناختی - رفتاری می‌توان اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیرواقع‌بینانه و رفتارهای ناکارآمد را با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع‌بینانه تعدیل و جایگزین نمود (کیشیتا و لایدلا، ۲۰۱۷). بر این اساس می‌توان با کاربرد فنون درمان شناختی - رفتاری به بازآرشیابی منطق تفکرات فرد پرداخته و آنها را اصلاح کرد و از این طریق احساس مثبت‌تری در بیماران خودایمنی پدید می‌آید که می‌تواند افزایش رفتارهای ارتقا سلامت را نیز بر اساس همین فرایند انتظار داشت.

یافته دوم پژوهش نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس) موثر بوده است. چنانکه این درمان توانسته منجر به بهبود

اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس)، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود مداخله شناختی- رفتاری به درمانگران و مشاوران حوزه بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن همچون پسوریازیس معرفی شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای این بیماران، جهت بهبود رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس) گامی عملی برداشته باشند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی مرمه صحتی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین الملل کیش بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنها و مسئولین مراکز درمانی این بیماران که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

دست آورده تا از این طریق بتوانند پردازش شناختی کارآمدتری را تجربه نمایند که نتیجه این فرایند را می‌توان در افزایش نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مشاهده نمود. محدود بودن دامنه تحقیق به بیماران خودایمنی (پسوریازیس) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران؛ عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی (پسوریازیس)، عدم تمایل بعضی از بیماران جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (همانند بیماران تالاسمی، دیابتی، سرطانی، نشانگان اکتسابی کمبود ایمنی و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به

منابع

- سلیمانی کهره، ز.، حسینی، س. س.، افشاری‌نیا، ک. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری، موسیقی درمانی و تن‌آرامی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونری، مجله یافته، ۲۱(۳)، ۱۴۳-۱۲۹.
- صادقی، م.، صفری موسوی، س. س.، فرهادی، م.، امیری، م. (۱۳۹۶). نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشفقتی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس بیماران، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۵(۲): ۱۴۶۸-۱۴۷۵.
- صفری موسوی، س. س.، ندری، م.، امیری، م.، رادفر، ف.، فرخچه، م. (۱۳۹۸). نقش پیش‌بینی‌کنندگی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر افسردگی و اضطراب و استرس مبتلایان به دیابت نوع دو، مجله مطالعات ناتوانی، ۹(۱)، ۶-۱.
- صمدزاده، ا.، صالحی، م.، بنی‌جمالی، ش. س.، احدی، ح. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن آگاهی بر روان‌درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۴۹۹-۴۹۱.
- صیرفی، م. ر.، نامجو، س. س.، ثابت، م. (۱۳۹۷). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی، رعایت توصیه‌های پزشکی و ادراک‌های منفی از بیماری در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید: یک کارآزمایی بالینی تصادفی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۲۲(۲)، ۶۲-۴۸.
- فاضلی، م.، احتشام‌زاده هاشمی شیخ‌شبان، س. ا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده، اندیشه و رفتار، ۹(۳۴)، ۲۷-۳۶.
- فولادی، ن.، محمدخانی، ش.، شهیدی، ع.، ابراهیمی دریانی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود و ارتقای سلامت جسمی روانی بیماران مبتلا به سندرم روده ی تحریک‌پذیر، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۶(۳)، ۳۲۳-۳۱۲.
- قاسم‌زاده نساجی، س.، پیوسته‌گر، م.، حسینیان، س.، موتایی، ف.، بنی‌هاشمی، س. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان، مجله علوم رفتاری، ۱(۴): ۳۵-۴۲.
- محمدی زیدی، ع.، پاکپور حاجی آقا، ا.، محمدی زیدی، ب. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، مجله دانشکده علوم پزشکی مازندران، ۲۱(۱)، ۱۱۳-۱۰۳.

Agras, W.S.(2019). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(4): 169-179.

Almarzooqi, S., Chilcot, J., McCracken, L.M.(2017). The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2): 239-243.

Antle, B.F., Owen, J.J., Eells, T.D., Wells, M.J., Harris, L.M., Cappiccie, A., Wright, B., Williams, S.M., Wright, J.H.(2019). *Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. Contemporary Clinical Trials*, 78: 46-52.

Asarnow, LD., Manber, R.(2019). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2): 177-184.

Benoy, C., Knitter, B., Knellwolf, L., Doering, S., Klotsche, J., Gloster, A.T.(2018). Assessing psychological flexibility: Validation of the Open and Engaged State Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18: In Press, Corrected Proof

Bradford, N.K., Chan, R.J.(2017). Health promotion and psychological interventions for adolescent and young adult cancer survivors: A systematic literature review. *Cancer Treatment Reviews*, 55: 57-70.

Carroll, A.J., Labarthe, D.R., Huffman, M.D., Hitsman, B.(2016). Global tobacco prevention and control in relation to a cardiovascular health promotion and disease prevention framework: A narrative review. *Preventive Medicine*, 93: 189-197.

Chang, K., Tsai, W., Tsai, C., Yeh, H.I., Chiu, P., Chang, Y., Chen, H., Tsai, J., Lee, S.(2017). Effects of Health Education Programs for the Elders in Community Care Centers – Evaluated by Health Promotion Behaviors. *International Journal of Gerontology*, 11(2): 109-113.

Chang, W.H., Wu, C., Kuo, C., Chen, L.H.(2018). *The role of athletic identity in the development of athlete ...burnout: The moderating role of psychological flexibility. Psychology of Sport and Exercise*, 39: 45-51.

Cho, J.H., Jae, S.Y., Choo, I.L., & Choo, J. (2014). Health-promoting behaviour among women with abdominal obesity: a conceptual link to social support and perceived stress. *Journal of advanced nursing*, 70(6), 1381-1390.

Chung, J.E.(2017). *Retweeting in health promotion: Analysis of tweets about Breast Cancer Awareness Month. Computers in Human Behavior*, 74: 112-119.

Denckla, C.A., Consedine, N.S., Chung, W.J., Stein, M., Roche, M., Blais, M. (2018). A double-edged sword? Sub-types of psychological flexibility are associated with distinct psychiatric disorders. *Journal of Research in Personality*, 77: 119-125.

Dennis, J.P., Vander Wal, J.S.(2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.

Dong, G., Lu, Q., Zhou, H., Zhao, X. (2010). Impulse inhibition in people with Internet addiction disorder: Electrophysiological evidence from a Go/NoGo study. *Neuroscience Letters*, 485(2): 138-142.

El Din, U.A.A.S., Salem, M.M., Abdulazim, D.Q.(2017). *Is Fibroblast growth factor 23 the leading cause of increased mortality among chronic kidney disease patients? A narrative review. Journal of Advanced Research*, 8(3), 271-278.

Hayes, S.C.(2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behavior Therapy*;47(6): 869-85.

Haynes, P.(2015). *Application of Cognitive Behavioral Therapies for Comorbid Insomnia and Depression. Sleep Medicine Clinics*, 10(1): 77-84.

Jacob, L., Kostev, K.(2017). *Psoriasis risk in patients with type 2 diabetes in German primary care practices. Primary Care Diabetes*, 11(1): 52-56.

Jimenez-Fonseca, P., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J., Carmona-Bayonas, A., Beato, C., García, T., del Mar Muñoz, M., Ramchandani, A., Ghanem, I., Rodríguez-Capote, A., Jara, C., Calderon, C. (2018). The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*; 26(5): 1411-1418.

Kangasniemi, A., Lappalainen, R., Kankaanpää, A., Tammelin, T.(2014). Mindfulness skills, psychological flexibility, and psychological symptoms among physically less active and active adults. *Mental Health Phys Activ* ;7(3):121-7.

Kennedy, A.B., Cambron, J.A., Dexheimer, J.M., Trilk, J.L., Saunders, R.P.(2018). *Advancing health promotion through massage therapy practice: A cross-sectional survey study. Preventive Medicine Reports*, 11: 49-55.

Kishita, N., Laidlaw, K.(2017). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?. *Clinical Psychology Review*, 52, 124-136.

- Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H., Kääriäinen, M.(2014). *The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. Patient Education and Counseling, 97(2), 147-157.*
- Li, C., Xu, D., Hu, M., Tan, Y., Zhang, P., Li, G., Chen, L.(2017). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for patients with diabetes and depression, *Journal of Psychosomatic Research, 95, 44-54.*
- Li, J., Jin, J., Xi, S., Zhu, Q., Chen, Y., Huang, M., He, C.(2019). *Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. American Journal of Otolaryngology, 40(2): 253-256.*
- McElligott, D., Leask Capitulo, K., Lynn Morris, D.(2010). The effect of a holistic program on health-promoting behaviours in hospital registered nurses. *Journal of Holistic Nursing. The American Holistic Nurses Association, 20(10):1-9.*
- Morsi, T.S., Ghobashy, S., Younis, G.(2014). *Quality of life and psychological disorders in Egyptian patients with chronic lung diseases: Clinico-physiological correlation. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 63(3), 731-743.*
- Oar, E.L., Johnco, C., Ollendick, T.H.(2017). *Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. Psychiatric Clinics of North America, 40(4): 661-674.*
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2002). *Health promoting in nursing practice. 4 ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.*
- Powers, M.B., De Kleine, R.A., Smits, J.A.J.(2017). *Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. Psychiatric Clinics of North America, 40(4): 611-623.*
- Storer, M.A., Danesh, M.J., Sandhu, M.E., Pascoe, V., Kimball, A.B.(2018). *An assessment of the relative impact of hidradenitis suppurativa, psoriasis, and obesity on quality of life. International Journal of Women's Dermatology, 4(4): 198-202.*
- Tsai, T., Ho, J., Chen, Y., Hsiao, P., Lee, W., Chi, C., Lan, C., Hui, R.C., Lin, Y., Yang, K., Wong, T., Sheu, H., Hsu, H., Chu, G., Huang, Y.(2019). *Health-related quality of life among patients with moderate-to-severe plaque psoriasis in Taiwan. Dermatologica Sinica, 36(4): 190-195.*
- Waldeck, D., Tyndall, I., Riva, P., Chmiel, N. (2017). *How do we cope with ostracism? Psychological flexibility moderates the relationship between everyday ostracism experiences and psychological distress. Journal of Contextual Behavioral Science, 6(4): 425-432.*
- Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., Creswell, C.(2017). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review, 52, 77-91.*
- Whitehead, B. (2004).Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing; 47(3): 311-320.*
- Young, P.M., Chen, A.Y., Ford, A.R., Cheng, M.Y., Lane, C.J., Armstrong, A.W. (2019). *542 The impact of online care on mental health and functional measures in psoriasis patients. Journal of Investigative Dermatology, 139(5), 93-100.*
- Yu, S., Tu, H., Huang, Y., CLan, C.E.(2019). *The incidence of anxiety may not be correlated with severity of psoriasis: A prospective pilot study. Medical Hypotheses, 130: 109-115.*

Original Article

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Intervention on Adherence to Health Promotion Behaviors and Psychological Flexibility in Autoimmune (Psoriasis) Patients

Received:21/07/2020- Accept: 27/12/2020

Marmareh Sehati ¹
 Hasan Ashayeri ^{2*}
 Shiva Doulatabadi ³

¹ Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

² Professor, Faculty of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Email:
 ashayerih.neuroscientist@yahoo.com

Abstract

Introduction: The incidence of chronic physical diseases such as Psoriasis causes psychological and physical traumas in the patients. Therefore the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral intervention on health promotion behaviors and psychological flexibility in autoimmune (psoriasis) patients.

Methods: The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up design. The statistical population of the study included autoimmune (psoriasis) patients in Tehran in autumn and winter of 2019-20. 30 autoimmune (psoriasis) patients were selected through non-random volunteer and purposeful sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (15 patients in the experimental and 15 in the control groups). The experimental group received ten ninety-minute sessions of cognitive-behavioral intervention during two and a-half months. The applied questionnaires in the current study included the questionnaire of health promotion behaviors (Walker et.al, 1987) and psychological flexibility questionnaire (Denis and Wanderwall, 2010). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA.

Results: The results showed that the cognitive-behavioral intervention has been effective on health promotion behaviors and psychological flexibility of autoimmune (psoriasis) patients, as this therapy has succeeded in the improvement of health promotion behaviors and psychological flexibility in these patients.

Conclusion: According to the findings of the present study it can be concluded that the cognitive-behavioral therapy can be used as an efficient therapy to improve health promotion behaviors and psychological flexibility in autoimmune (psoriasis) patients relying on following automatic thoughts to identify fundamental beliefs, training behavioral methods and cognitive errors and inefficient thoughts.

Keywords: Psychological flexibility, health promotion behaviors, psoriasis autoimmune disease, cognitive-behavioral intervention

Acknowledgement: There is no conflict of interest.