

اثر بخشی روان درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به اسکرودرمی (سیستمیک اسکروزیس)

لیلا شامکوئیان: دکترای روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

*فرح لطفی کاشانی: دانشجویار، دکترای روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). Lotfi.kashani@gmail.com

محمد رضا صیرفی: استادیار، دکترای روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

حسن احدی: استادیار، دکترای روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

هدی کاوسی: استادیار، فوق تخصص روماتولوژی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۷/۵/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: اسکرودرمی سیستماتیک یک بیماری خودایمنی مزمن، پیچیده و پیشرونده است که ابتلای به آن پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی را به دنبال دارد. هدف از این پژوهش، بررسی تاثیر روان درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی و همچنین دو زیر مقیاس آن (نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود و تداخل نگرانی از ظاهر در عملکرد اجتماعی فرد) در زنان مبتلا به اسکرودرمی بود.

روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بعد گذشت ۳ ماه از مداخله بود. جامعه آماری، شامل زنان مبتلا به اسکرودرمی است که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان شریعتی و مرکز روماتیسم ایران مراجعه داشتند. از این میان، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (Body Image Concern Inventory) لیتتون (۲۰۰۵) بود. داده‌ها بعد از جمع آوری، با کمک نرم افزار SPSS 24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر محاسبه شد.

یافته‌ها: روان درمانی یکپارچه نگر با جهت گیری چهار عامل مشترک، نگرانی از تصویر بدنی و دو زیر مقیاس آن در زنان مبتلا به اسکرودرمی را کاهش داده و این اثر بخشی بعد از سه ماه، ماندگار بود.

نتیجه گیری: بنابراین با استفاده از این روش درمانی می‌توان به کاهش نگرانی از تصویر بدنی در این بیماران کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: روان درمانی یکپارچه نگر، نگرانی از تصویر بدنی، اسکرودرمی سیستماتیک

مقدمه

در کنار تظاهرات ناهمگون اسکرودرمی، بسیاری از بیماران با پیامدهای جدی از جمله خطر مرگ‌ومیر (به‌طور میانگین حدود ۱۰ سال بعد از تشخیص) روبرو می‌باشند (۳). شیوع ابتلا به این بیماری در سنین بین ۳۰-۵۰ سالگی بوده و ۸۰ درصد مبتلایان را زنان شامل می‌شوند. از آن جایی که به‌ندرت به حوزه بهداشت روان این بیماران پرداخته شده است، مشکلات مربوط به حوزه روان‌شناختی در بیماران اسکرودرمی هنوز کاملاً مشخص نیست (۴)، اما می‌توان گفت؛ ماهیت این بیماری، موجب کاهش کیفیت زندگی و بهداشت روانی (۵)، خستگی و درد (۶ و ۷)، افزایش ناتوانی در طول زمان (۸)، سطح بالایی از علائم افسردگی

اسکرودرمی (Scleroderma)، واژه‌ای با ریشه یونانی به معنای پوست سخت (Sklerosis به معنای سفتی و derma به معنای پوست) است. اسکرودرمی یک اختلال خودایمنی در بافت همبند با منشأ نامشخص است که تظاهرات بالینی متنوع، سیر مزمن و اغلب پیش‌رونده دارد و فیبروز پوستی، فیبروز اعضای داخلی بدن، اختلالات شدید و ناتوانی در بیشتر ارگان‌های بدن را، موجب می‌شود (۱). شیوع این بیماری در ایالات متحده آمریکا حدود ۹/۸ - ۱۰ نفر، در هلند ۷۷ نفر و در کانادا به‌طور متوسط ۷۴ نفر در زنان و ۱۳ نفر در مردان در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است (۲).

می‌شوند، می‌توانند تصویر ذهنی از بدن را نیز تغییر دهند (۱۶). تصویر بدنی منفی، سازه‌ای است که در مشکلاتی نظیر افسردگی (۱۸)، اضطراب اجتماعی (۱۹)، اختلالات جنسی (۲۰) و بیماری‌های مزمن (۲۱) از جمله اسکرودرمی و عوارض جسمانی آن (۱۳) دیده می‌شود. از این‌رو در بیماری‌های مزمن، بین نگرانی از تصویر بدنی و عملکردهای روان‌شناختی، همبستگی بالایی وجود داشته و موجب کاهش عزت‌نفس (۲۲) و خودپنداره ضعیف (۲۳) می‌شود. روند رو به پیشرفت بیماری اسکرودرمی و درمان آن، عاملی برای منفی شدن دیدگاه این بیماران نسبت به تصویر بدنی خود در مقایسه با افراد سالم تلقی می‌گردد (۲۴) که احتمال بروز اختلالات خلقی، جنسی و خانوادگی را فراهم می‌سازد (۲۵) و بر هویت زنانه (۲۶)، پذیرش بیماری، ارتباطات بین فردی، سیر کلینیکی، پیش‌آگهی بیماری (۹) و مسائل شغلی (به‌ویژه در بیمارانی که وضعیت ظاهری آن‌ها در شغلشان اهمیت دارد) تأثیر می‌گذارد (۲۷). این قبیل مسائل، بیماران را با احساس انزوای اجتماعی، شرم، گناه، و ... روبرو می‌کند (۲۸). برای اکثر بیماران، تغییرات ظاهری بسیار ناراحت‌کننده است و حتی مقابله با آن‌ها دشوارتر از درگیری ارگان‌های داخلی می‌باشد (۱۲)، زیرا بدشکلی صورت باعث می‌شود که فرد همیشه به یاد داشته باشد که بیمار است، بنابراین از مکانیسم‌های تطابقی متمرکز بر هیجان (همچون اجتناب از رویارویی و فکر کردن به مشکل، انزوای طلبی، پرخاشگری، انتقاد از خود، پذیرفتن نقش بیمار و ...) استفاده می‌کنند که موجب اختلال در سازگاری می‌شود (۲۹). از طرفی، هرچه آسیب‌دیدگی در چهره و دست‌ها بیشتر باشد نگرانی بالاتری از تصویر بدنی را به دنبال دارد (۳۰).

به‌طور کلی می‌توان گفت که با وجود مشکلات جسمانی و روانی متعدد در زنان مبتلا به اسکرودرمی (۳۱)، ارائه مداخلات روان‌شناختی، از جمله روان‌درمانی یکپارچه نگر می‌تواند در بهبود بهداشت روانی این بیماران مؤثر باشد. تاریخچه نظریه یکپارچه‌نگر، در اواسط دهه ۱۹۴۰ شکل

(۳۵ تا ۶۵ درصد) و اضطراب (۵ و ۹) در این بیماران می‌شود.

به دلیل تولید کلاژن (Collagen) بیش‌ازحد در بدن، پوست رایج‌ترین ارگانی است که در بیماران مبتلا به اسکرودرمی سیستمیک (Systemic Sclerosis) درگیر می‌شود (۱۰). تقریباً تمام بیماران با علائم پوستی شدید، تغییرات پایدار و پیش‌رونده در ظاهر خود (از جمله کشیدگی، سفتی پوست بدن و صورت، پدیده رینود (Raynaud's phenomenon)، زخم‌های نواحی انتهایی بدن، تلانژکتازی (Telangiectasias)، کلسینوز (Calcinosis)، تغییر رنگ پوست، چروک دور لب و کوچک شدن لب‌ها و ...) را تجربه می‌کنند (۱۱).

پیامدهای پوستی معمولاً منجر به از شکل افتادگی و زشتی قابل مشاهده در قسمت‌های مختلف بدن می‌شود (۱۲) که علاوه بر ایجاد چالش‌های عملکردی و درد، نارضایتی از تصویر بدنی را در این بیماری به دنبال دارد (۱۳) و فرد پیامدهایی از جمله؛ از دست دادن احساس جذابیت و زیبایی، کاهش تعاملات اجتماعی و عدم سازگاری با بیماری را نشان می‌دهد (۱۴).

بنابراین، تصویر بدنی یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی است که تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد. تصویر بدنی شامل احساسی است که فرد درباره ویژگی‌ها و ساختار اجزای بدنش دارد (۱۵). به‌عبارت‌دیگر، تصویر بدنی با باورها، ادراک، افکار، احساسات و رفتارهای فرد در مورد ظاهر فیزیکی‌اش ارتباط دارد (۱۶). سازه ظاهر فیزیکی، دربرگیرنده سه مؤلفه است: مؤلفه ادراکی؛ که به ادراک دقیق اندازه بدن می‌پردازد، مؤلفه ذهنی؛ که جنبه‌هایی نظیر رضایتمندی، توجه، نگرانی و ارزیابی شناختی مربوط می‌شود و مؤلفه رفتاری؛ که به اجتناب از موقعیت‌های باز و موقعیت‌هایی که فرد ظاهر فیزیکی خود را به‌عنوان عامل شرمندگی ارزیابی می‌کند اشاره دارد (۱۵). تصویر بدنی می‌تواند تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، تعاملات فرد با محیط اجتماعی، سوانح، بیماری‌ها و جراحات بدنی قرار گرفته و برای فرد ایجاد نگرانی نماید (۱۷). پژوهشگران معتقدند که بیماری‌هایی که باعث تغییر در ساختار بدن

پژوهش‌های مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. از آن جمله، تأثیر رابطه درمانی مناسب، اتحاد و همدلی بر کاهش درد کارکردی (۴۲) و کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان (۴۳)، تأثیر ایجاد امید و انتظار درمان بر کاهش پریشانی روانی (۴۴)، بهبود سلامت روانی (۴۵)، افزایش رضایتمندی زناشویی زوج‌های مبتلا به سرطان پیشرفته پستان (۴۶) و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به نارسایی شدید کلیوی تحت همودیالیز (۴۷)، تأثیر آگاهی‌افزایی بر بهبود سلامت روان زنان مبتلا به سرطان (۴۵) و افزایش عزت‌نفس و توانمندی در حل مشکلات زندگی (۴۸) و افزایش رفاه جسمانی و روانی در بیماران مبتلا به دیابت (۵۰) و همچنین نظم‌بخشی رفتار بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان (۴۹) تأیید شد.

با توجه به گستره اثربخشی تجربی این روان‌درمانی و چهار عامل مشترک آن، هدف این پژوهش، تعیین تأثیر روان‌درمانی یکپارچه‌نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک بر بهبود نگرانی از تصویر بدنی و دو زیر مقیاس نگرانی از تصویر بدنی (ناراضی‌تی و خجالت فرد از ظاهر خود و میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر در عملکرد اجتماعی فرد) بوده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با پیگیری بعد از گذشت سه ماه از مداخله بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به اسکرودرمی سیستماتیک مراجعه‌کننده برای معاینات دوره‌ای به بیمارستان شریعتی (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) و مرکز رماتیسم ایران در نیم سال اول ۱۳۹۶ بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: (۱) گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری، (۲) تأهل (۳) سن بیماران در دامنه ۲۵ تا ۵۰ سال، (۴) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، (۵) سکونت در شهر تهران یا حومه، (۶) عدم تشخیص اختلالات روانی مطابق با DSM V، (۷) عدم مصرف داروهای روان‌گردان طی ۳ ماه گذشته و معیار خروج نیز

گرفت و اولین قدم‌های نظام‌دار در این زمینه توسط Robert Woodworth برداشته شد (۳۲). Arkowitz نیز این نظریه را به سه جهت‌گیری در حیطه روان‌درمانی تقسیم کرد، که شامل: یکپارچه‌نگری نظری، به‌گزینی و عوامل مشترک می‌باشند. نظریه‌پردازان حوزه عوامل مشترک معتقدند که علیرغم وجود تفاوت‌های نظری میان رویکردها، فرایندهای درمانی حاوی عوامل مشترک پنهان یا آشکار فراوانی هستند. نظریه‌پردازان نامدار زیادی در این زمینه به پژوهش پرداختند که از این میان می‌توان به روزنروایگ، گارفیلد و فرانک اشاره کرد. همچنین لطفی کاشانی چهار عامل مشترک را از بین رویکردهای شاخص روان‌درمانی معرفی کرد (۳۳). رویکرد ما در این مطالعه، روان‌درمانی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک است که در رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی و نظم‌بخشی رفتار خلاصه می‌شوند.

مداخله یکپارچه‌نگر مبتنی بر عوامل مشترک به دلیل بالا بردن سطح آگاهی و امید و انتظار به درمان در بیمار و همچنین پذیرش شرایط غیرقابل کنترل (بیماری) و احساس توانمندی بیشتر جهت مقابله با موارد قابل کنترل (اندیشه، احساس و رفتار)، می‌تواند موجب افزایش عزت‌نفس، کاهش نگرانی از تصویر بدنی، خستگی، درد، مشکلات خواب، کاهش پریشانی‌های روانی (اضطراب، افسردگی، ...) در بیمار شده و در مجموع موجب نظم‌بخشی رفتار آن‌ها شود. پژوهش‌های انجام شده در زمینه روان‌درمانی یکپارچه‌نگر، نشان‌دهنده موفقیت آن در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت است (۳۴ و ۳۵). همچنین این مداخله با جهت‌گیری چهار عامل مشترک موجب کاهش پریشانی (۳۶)، افزایش عزت‌نفس جنسی (۳۷) و ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (۳۸)، شادکامی و رضایتمندی زوجین (۳۹)، کاهش مشکلات و تعارضات زناشویی (۴۰) و افزایش عملکرد جنسی در همسران (۴۱) شد. علاوه بر این، شایستگی هر یک از چهار عامل مطرح شده در روان‌درمانی یکپارچه‌نگر در

بررسی ماندگاری اثر درمانی، بین دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

ابزار این پژوهش، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICI) بود که توسط لیتلتون، آکسوم و پوری در سال ۲۰۰۵ تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم و از نوع مداد کاغذی و خود گزارشی است. آزمودنی باید روی یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز این احساس را نداشته‌ام یا این کار را انجام نداده است) تا ۵ (همیشه این احساس را داشته‌ام یا این کار را انجام داده‌ام) به سؤالات پاسخ دهد. به این ترتیب، گستره نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ به دست می‌آید و هر چه نمره بالاتر باشد، نگرانی نسبت به تصویر بدنی بالاتر است. همچنین لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ساختار عاملی پرسشنامه را نیز بررسی کرده‌اند. نتایج، نشانگر دو عامل مهم و معنی‌دار بود: عامل یازده ماده‌ای اول دربرگیرنده نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود و نیز واریس و مخفی کردن نقایص ادراک شده بود و عامل دوم با هشت ماده، میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد را نشان می‌داد. لیتلتون اعتبار این پرسشنامه را به روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آوردند (۵۲). همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل را ۰/۶۹ گزارش نمودند. در ایران نیز تحقیقی که توسط بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) انجام گرفت اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ گزارش شد (۵۳). در تحقیقی دیگر، اعتبار این پرسشنامه و زیر مقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ محاسبه و برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶، خرده مقیاس اول ۰/۸۴ و خرده مقیاس دوم ۰/۷۱ گزارش شد (۵۴).

همچنین لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کردند که پرسشنامه حاضر با سایر مقیاس‌های اندازه‌گیری موجود در این حوزه (تصویر بدنی) همبستگی بالایی را نشان می‌دهد، همچنین همبستگی پرسشنامه حاضر با پرسشنامه اختلال بدنی BDD-SR در سطح اطمینان ۰/۰۱ برابر ۰/۸۳ (p=۰/۰۱ و r=۰/۸۳) است. این

شامل سه بار غیبت در جلسات مداخله بوده است. با استفاده از اطلاعات ثبت شده مراجعان در دفاتر بیمارستان و مرکز، و پس از انجام مصاحبه اولیه (معارفه و تشخیص بالینی روان‌شناختی) با هر بیمار، تعداد ۶۰ نفر دارای شرایط ورود شدند که با توجه به مشکلات شخصی بیماران، در نهایت ۳۰ داوطلب به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدف‌دار انتخاب گردیده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش برای برآورد حجم نمونه از جدول کوهن (۱۹۸۶)، با توجه به آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر بزرگ (F=۰/۴) و توان آزمون ۰/۶ استفاده کردیم (۵۱). شایان ذکر است که این تعداد نمونه با توجه به شرایط ناشی از بیماری و روش‌های علمی و نظری در پژوهش‌های روان‌شناختی نیمه آزمایشی که نیازمند تبادل اطلاعات و بحث (افکار، هیجان‌ها، و رفتار و ...) بین درمانگر و گروه می‌باشند، نیز منطبق است. (۳۷، ۴۹)

این پژوهش دارای کد اخلاقی به شماره IRCT20171125037622N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. قبل از شروع مداخله و در یک جلسه اختصاصی، ملاحظات اخلاقی برای بیماران بیان شد؛ افراد با ماهیت و نحوه همکاری در اجرای پژوهش آشنا و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند، آن‌ها آگاه شدند که محق هستند در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری انصراف داده و کلیه اطلاعات آن‌ها نزد پژوهشگر محرمانه خواهد بود. ارائه مداخله برای گروه آزمایشی به مدت ۹ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) در مرکز روماتیسم ایران اجرا گردید و بعد از اتمام طرح، برای گروه کنترل نیز ۳ جلسه روان‌درمانی یکپارچه نگر کوتاه‌مدت برگزار شد. لازم به ذکر است که فرایند روان‌درمانی یکپارچه نگر توسط پژوهشگر اصلی (پس از گذراندن دوره ۶ ماهه به صورت تئوری و عملی، زیر نظر اساتید متخصص روانشناس و اخذ مدرک مربوطه) انجام گرفته است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش قبل و بعد از ارائه مداخله یکپارچه‌نگر و همچنین سه ماه پس از آخرین روز مداخله (پیگیری) جهت

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی روان درمانی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	برگزاری پیش‌آزمون؛ بیان دلایل تشکیل گروه و قوانین؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر (رابطه درمانی)؛ اشاره به پیامدهای جسمانی و روانی ابتلا به بیماری اسکرودرمی در جنبه‌های مختلف زندگی و تاثیر آن بر تصویر بدنی؛ توضیح لزوم مراقبت‌های روانی و اهمیت آن در روند درمان (ایجاد رابطه درمانی و آگاهی‌افزایی)؛ ارائه شواهد علمی مبتنی بر تاثیرات روان درمانی بر مشکلات روانشناختی و سیستم ایمنی (آگاهی‌افزایی و ایجاد امید و انتظار درمان)؛ جمع‌بندی جلسه؛ ارائه تکلیف.
جلسه دوم	ادامه روشن‌سازی تاثیر بیماری و پیامدهای روانشناختی آن (آگاهی‌افزایی و برقراری رابطه درمانی)؛ مرور جلسه‌ی گذشته و گرفتن بازخورد از اعضای گروه (رابطه درمانی و ایجاد امید و انتظار درمان)؛ درخواست از اعضای گروه در بیان تجارب درونی خود (آگاهی‌افزایی). همدلی و انعکاس احساسات توسط درمانگر (برقراری رابطه درمانی)؛ دورنمایی از مشکل موجود فراهم کردن و کشف موضع بیمار نسبت به مشکلیش (آگاهی‌افزایی)؛ مقابله با فاجعه‌سازی (ایجاد امید). جمع‌بندی جلسه؛ ارائه تکلیف.
جلسه سوم	بررسی تکالیف (رابطه درمانی)؛ درمیان گذاشتن تجارب از هفته گذشته تا کنون (ایجاد امید و انتظار درمان)؛ لایه برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند بیمار (آگاهی‌افزایی)؛ پیدا کردن عنصر اصلی احساس ناخوشایند و بررسی نقش افکار و رفتار (آگاهی‌افزایی و ایجاد امید و انتظار درمان)؛ بدست آوردن انگیزه برای تغییر پیامدهای روانشناختی ناشی از بیماری و استرس‌های زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)؛ جمع‌بندی جلسه؛ ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	بررسی تجربه و برداشت بیمار در طول هفته گذشته از روند مداخله و تاثیر آن بر احساسات و رفتار (آگاهی‌افزایی)؛ روشن‌سازی گریز از آگاهی که به عنوان مانع یادگیری است؛ ترغیب به فکر کردن در مورد جایگاه کنونی، آینده و بررسی رفتار فعلی در نزدیک شدن یا دور شدن از اهداف زندگی (آگاهی‌افزایی)؛ ایجاد انگیزه برای همکاری در تعیین اهداف جدید و تغییر رفتار (ایجاد امید و انتظار درمان و نظم بخشی رفتار)؛ کمک به مراجع برای همدلی با خود، پذیرش خود در کنار بیماری؛ درک توان جسمی و روانی خود برای مقابله با موانع موجود و رسیدن به احساس لذت (آگاهی‌افزایی و ایجاد امید و انتظار درمان).
جلسه پنجم	بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)؛ در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان) آموزش جرات‌مندی جهت برون‌ریزی صحیح عواطف و بهبود روابط بین فردی (نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار)؛ آموزش شیوه‌های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی و زندگی روزمره (نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار)؛ جمع‌بندی جلسه؛ ارائه تکلیف جهت اجرا.
جلسه ششم	بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)؛ در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)؛ کسب توانایی جهت کنترل ذهن و افکار ناخوشایند؛ زندگی در لحظه و بدست آوردن آرامش؛ بیان منطق ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی؛ تمرین زندگی در حال با استفاده از حواس پنجگانه؛ آموزش تمرین تنفس و ثبت آن، آموزش آرمیدگی (آگاهی‌افزایی، نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار) ارائه تکلیف و تاکید بر انجام آن در طی هفته.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد (ایجاد امید و انتظار درمان)؛ ادامه تمرین تکنیک‌های ذهن آگاهی برای تغییر رفتارهای انعکاسی؛ نشخوارها و افزایش اطلاعات تا مراجع امکان پاسخ مناسب را به محرک‌ها داشته باشد (آگاهی‌افزایی و نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار)؛ دیدن و پذیرش واقعیت‌ها و تجربه‌ی تماشای آنچه در حال رخ دادن است؛ تجربه کامل احساسات، مسیریابی ناپهنجار اضطراب؛ روشن کردن و خنثی‌سازی واکنش‌های دفاعی و خود تیرته‌ساز؛ تقویت بخشیدن به آگاهی سالم (آگاهی‌افزایی و نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار)؛ جمع‌بندی جلسه؛ ارائه تکلیف.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)؛ در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)؛ تعیین اهداف و ارزش‌های بیمار در زندگی؛ بیان تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف؛ روشن‌سازی ارزش‌ها؛ بیان پاتولوژی ارزش‌ها؛ درخواست از بیماران تا اهداف و ارزش‌های خود را فهرست کنند (آگاهی‌افزایی و ایجاد امید و انتظار درمان)؛ بررسی آنچه در زندگی بیمار ارزش است و چگونگی برخورد با ارزش‌ها (آگاهی‌افزایی و نظم بخشی اندیشه، احساس و رفتار)؛ ارائه تکلیف؛ تهیه لیست ارزش‌ها و نمره‌گذاری آن.
جلسه نهم	اختتامیه؛ هدف؛ مرور تمامی مطالب جلسه‌ی اول تا هشتم و بازخورد گرفتن از بیماران؛ گرفتن پس‌آزمون.

آزمودنی‌ها و همچنین بررسی تغییرات بین گروهی (کنترل و آزمایش) بوده است، به‌منظور به حداقل رساندن خطاهای ناشی از تفاوت‌های فردی، از محاسبه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures) توسط نرم‌افزار فوق‌الذکر استفاده شده است.

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی جمعیت‌شناسی پژوهش، شامل تعداد بیماران، سن، میزان درآمد خانواده، مدت زمان ازدواج، زمان تشخیص بیماری، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات و شغل نمونه‌های مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل، به شرح ذیل بوده است: میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۴۷ سال با انحراف معیار ۵/۰۸ سال و کمینه ۲۶ و

نمونه‌ها، نشان از روایی بالایی این مقیاس است. علاوه بر این، روایی پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی آن با مقیاس ترس از ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی، حدود ۰/۵۵ محاسبه شد که در سطح اطمینان ۰/۰۰۱ معنی‌دار است (۵۴).

در پژوهش حاضر، اعتبار کل پرسشنامه تصویر بدنی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷ و همچنین اعتبار هر یک از عوامل اول و دوم به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۸ توسط پژوهشگر محاسبه شد.

تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت گرفته است و با توجه به این‌که هدف، مشاهده جداگانه تغییرات در روند زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

جدول ۲- ویژگی های توصیفی نمونه های پژوهش

متغیر	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	میانگین	انحراف معیار	کمینه/بیشینه	میانگین	انحراف معیار	کمینه/بیشینه
سن (سال)	۳۶/۴۷	۵/۰۸	۴۴/۲۶	۳۷/۸	۸/۰۲	۵۰/۲۶
درآمد (میلیون ریال)	۱۷/۲۷	۶/۳	۳۰/۱۰	۱۵/۰۷	۶/۱۷	۳۰/۱۰
مدت ازدواج (سال)	۱۱/۲	۸/۸۸	۳۰/۰۱	۱۶	۱۰/۲۶	۳۶/۲
تعداد فرزند	۱/۱۳	۰/۹۹	۳/۰	۱/۴۷	۱/۳	۵/۰
مدت تشخیص (سال)	۶/۸	۶/۸۷	۲۵/۰۱	۵	۴/۳۸	۱۳/۱

جدول ۳- میانگین، خطای استاندارد و انحراف معیار مولفه های روان شناختی

شرح	قبل از مداخله			بعد از مداخله			پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	
نارضایتی	۳۲/۶۷	۴/۷۶	۱/۲۲۹	۱۹/۴۷	۳/۸۹	۱/۰۰۴	انحراف معیار
فردی	۳۷/۲۰	۴/۴۹	۱/۱۶	۳۸/۰۰	۴/۵۷	۱/۱۸	انحراف معیار
نارضایتی	۲۵/۸۷	۶/۴۱	۱/۶۵۶	۱۶/۹۳	۳/۸۰	۰/۹۸۳	انحراف معیار
اجتماعی	۲۶/۱۳	۴/۱۰	۱/۰۶	۲۵/۴۰	۳/۹۱	۱/۰۱	انحراف معیار
نگرانی از	۵۸/۵۳	۸/۴۷	۲/۱۸۶	۳۶/۴۰	۵/۷۹	۱/۴۹۵	انحراف معیار
تصویر بدنی	۶۳/۳۳	۸/۲۲	۲/۱۲	۶۳/۴۰	۷/۹۰	۲/۰۴	انحراف معیار

جدول ۴- آزمون شاپیروویلیک برای نرمال بودن داده ها

متغیر	مراحل آزمون	گروه	آزمون شاپیروویلیک
نارضایتی فردی	پیش آزمون	آزمایش	سطح معناداری
		کنترل	درجه آزادی
		آزمایش	۰/۱۰۵
		کنترل	۰/۷۶۵
نارضایتی اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۳۴۰
		کنترل	۰/۲۵۸
کل نگرانی از تصویر بدنی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۵۷۰
		کنترل	۰/۳۰۷

بیشینه ۴۴ سال بوده است، این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب ۳۷/۸، ۸/۰۲، ۲۶ و ۵۰ سال می باشد. به طور کلی دو گروه پژوهشی از نظر شاخص های جمعیت شناسی تفاوت معناداری نداشتند. برخی از این ویژگی ها در جدول ۲ آمده است. از نظر تحصیلات از ۱۵ نفر هر گروه، ۷ نفر دیپلمه و لیسانسه و مابقی شامل ۳ نفر سیکل، ۴ نفر کاردانی و ۱ نفر کارشناس ارشد در گروه آزمایش و ۷ نفر سیکل و ۱ نفر دکترا در گروه کنترل بوده است. میانگین و خطای استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش و

کنترل در جدول ۳ درج شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا آزمون نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلیک انجام شد. مطابق جدول ۴، متغیر نگرانی از تصویر بدنی و دو خرده مقیاس آن (نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود و میزان تداخل نگرانی از ظاهر در عملکرد اجتماعی)، در هر سه دوره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بودند. از این رو می توان برای این پژوهش از آزمون های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده نمود. لذا فرضیات تحقیق در ادامه مطرح و آزمون گردید.

کنترل در جدول ۳ درج شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا آزمون نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلیک انجام شد. مطابق جدول ۴، متغیر نگرانی از تصویر بدنی و دو خرده مقیاس آن (نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود و میزان تداخل نگرانی از ظاهر در عملکرد اجتماعی)، در هر سه دوره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بودند. از این رو می توان برای این پژوهش از آزمون های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده نمود. لذا فرضیات تحقیق در ادامه مطرح و آزمون گردید.

آزمون ($\alpha=0/05$) بوده است. بنابراین مفروضه کرویت برای آن‌ها برقرار نبود. بنابراین، در تجزیه واریانس درون آزمودنی از آزمون هینه-فلت استفاده شد. مقادیر F در کاهش نارضایتی فردی، اجتماعی و همچنین کل نگرانی از تصویر بدنی به ترتیب ۱۷۵/۴۵، ۴۳/۶۸، و ۱۴۶/۶۷ محاسبه گردید که در سطح ($P<0/05$) معنی‌دار شدند (جدول ۶)، یعنی مداخله در کاهش نگرانی فردی و اجتماعی و همچنین کل نگرانی از تصویر بدنی مؤثر بوده و اندازه این تأثیر به ترتیب برای حالت تأثیر متقابل زمان در گروه معادل ۰/۸۶، ۰/۶۱ و ۰/۸۴

نتایج آزمون لون نیز نشان داد که این آزمون در هر سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای نارضایتی فردی و اجتماعی و کل نگرانی از تصویر بدنی در سطح $P<0/05$ معنادار بوده است (جدول ۵). بنابراین واریانس خطا در بین دو گروه آزمایش و کنترل یکسان می‌باشد. از این نظر نیز مانعی برای تحلیل واریانس مکرر وجود ندارد.

نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت برای کاهش نارضایتی فردی، اجتماعی و کل نگرانی از تصویر بدنی، در هر سه مورد کوچک‌تر از سطح اطمینان

جدول ۵- آزمون لون برای برابری واریانس خطاها در بین دو گروه کنترل و آزمایش

مرحله	df	۲df	نارضایتی فردی		نارضایتی اجتماعی		کل نگرانی از تصویر بدنی	
			F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱	۲۸	۰/۱۵۲	۰/۶۹۹	۰/۱۳۳	۰/۷۱۸	۲/۷۸۴	۰/۱۰۶
پس آزمون	۱	۲۸	۱/۳۱۴	۰/۲۶۱	۰/۲۸۱	۰/۶۰	۰/۰۰۶	۰/۹۴
پیگیری	۱	۲۸	۱/۳۹۸	۰/۳۴۷	۰/۴۸۷	۰/۴۹۱	۰/۰۰۶	۰/۹۳۹

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس برای اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی

نوع آزمون	منابع تغییرات	نارضایتی فردی		نارضایتی اجتماعی		کل نگرانی از تصویر بدنی	
		F	سطح معناداری	اندازه اثر	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان		۱۱۳/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۸۰	۵۷/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۲
هینه فلت	گروه	۹۱/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷	۱۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	زمان × گروه	۱۷۵/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۴۳/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۴

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین متغیر گروه در هر مرحله از انجام آزمایش

گروه آزمایش	گروه کنترل		
	نارضایتی فردی	نارضایتی اجتماعی	کل نگرانی از تصویر بدنی
پیش آزمون	-۴/۵۳	۰/۲۷	-۴/۸
پس آزمون	-۱۸/۵۳ **	۸/۴۷ **	-۲۷ **
پیگیری	-۱۹/۲۷ **	۸/۹۲ **	-۲۸/۲ **

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین برای متغیر زمان در هر سطح متغیر گروه

منحرف	پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پیگیری			
	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد		
گروه آزمایش	نارضایتی فردی	۱۳/۲ **	۰/۷۷۶	نارضایتی اجتماعی	۰/۸۳۳	۰/۸۳۳
	نارضایتی اجتماعی	۸/۹۳ **	۱/۱۴۴	کل نگرانی از تصویر بدنی	۱/۱۱۸	۱/۱۱۸
گروه کنترل	نارضایتی فردی	۰/۸	۰/۶۷۸	نارضایتی اجتماعی	۰/۶۲۴	۰/۶۲۴
	نارضایتی اجتماعی	۰/۷۳۳	۰/۳۸۴	کل نگرانی از تصویر بدنی	۱/۱۷۴	۱/۱۷۴

*P<0.05 ** P<0.01

می‌باشد. (جدول ۵).

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در مقایسه میانگین‌ها نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، اختلاف بین دو گروه کنترل و آزمایش معنی‌دار نبود. در حالی که این اختلاف بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار ($P < 0.05$) بود (جدول ۷). همچنین، در گروه کنترل که هیچ‌گونه آموزشی ندیدند، میانگین نمره نارضایتی فردی در طول مراحل مختلف اندازه‌گیری، به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. نمره هر یک از گزینه‌های نارضایتی فردی، نمره نارضایتی اجتماعی و نمره کل نگرانی از تصویر بدنی در گروه آزمایش، پس از مداخله روان‌درمانی، به ترتیب به‌طور متوسط $13/2$ و $8/93$ و $22/13$ واحد نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافت که این کاهش در هر سه حالت معنی‌دار ($P < 0.05$) بوده و معنی‌داری این اختلاف در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز حفظ شده است که به ترتیب برای نارضایتی فردی، نارضایتی اجتماعی و کل نگرانی از تصویر بدنی معادل $12/26$ ، $9/2$ و $21/8$ می‌باشد. نتایج خروجی آزمون تحلیل واریانس مکرر که به‌صورت هم‌زمان دو گروه را در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) مورد ارزیابی قرار می‌دهد نشان می‌دهد که نمره پس‌آزمون نسبت به پیگیری برای سه متغیر به ترتیب برابر $0/27$ ، $0/33$ و $0/33$ بوده و از نظر آماری معنادار نیست. این شرایط نشان‌دهنده ماندگاری اثر روان‌درمانی بعد از گذشت سه ماه می‌باشد (جدول ۸).

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، که به‌صورت نیمه آزمایشی در مورد ۳۰ زن مبتلا به اسکرودرمی سیستماتیک در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال انجام گردید، روان‌درمانی یکپارچه نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک به‌صورت گروهی در ۹ جلسه در بین گروه آزمایش اجرا شد. یافته‌های این پژوهش بر اساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که این مداخله در کاهش نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، تداخل نگرانی از ظاهر در عملکرد اجتماعی و نگرانی کلی از تصویر بدنی مؤثر بوده

است و از اندازه اثر آن در سطح 0.05 برای هر یک از متغیرها به ترتیب معادل 0.86 ، 0.61 و 0.84 می‌باشد (جدول ۶).

ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که تفاوت معناداری در نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش، بین زمان پس‌آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود که بیانگر ماندگاری اثر درمان در طول زمان (سه ماه) است.

یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات Jolly و همکاران، Duijts و همکاران، و Datta و همکاران مبنی بر افزایش احساس رضایتمندی از تصویر بدنی ناشی از مداخلات روان‌شناختی بر روی بیماران مزمن همسو بود (55 ، 56 ، 57). Gumuchine و همکاران در تحقیقی با محوریت گروهی بر روی ۲۲ بیمار اسکرودرمی به این نتیجه رسیدند که نگرانی از تصویر بدنی یکی از منابع اصلی پریشانی در این بیماران است که با بیان احساسات و افکار (آگاهی)، میزان آن کاهش می‌یابد (58). آذر، ریس و همکاران، با استفاده از مصاحبه انگیزشی گروهی (نظم‌بخشی رفتار) در ۷۵۲ بیماری اسکرودرمی، ایجاد انگیزه برای انجام تمرینات ورزشی را فراهم کردند که بر مؤلفه‌های جسمانی و روانی از جمله کاهش ضخیم شدن پوست و بهبود تصویر بدنی تأثیر داشت (59). همچنین نتایج پژوهش حاضر با پیامدهای رضایتمندی از تصویر بدنی مطالعه Meghan در ارائه مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و آگاهی افزایی زنان مبتلا به اختلال پرخوری، هماهنگ بوده است (60). در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ ابتدا به بیماری اسکرودرمی، پیامدهای جسمانی متعددی را به همراه دارد که باعث تغییر در ظاهر و ساختار بدن بیمار می‌شود و تصویر ذهنی فرد را از خویشتن دگرگون می‌سازد (13). از آنجائی که برداشت از تصویر بدنی بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد مانند؛ تجارب درونی (احساسات، افکار، تمایل رفتاری، تغییرات فیزیولوژیکی و مرور خاطرات تلخ) در موقعیت‌های مختلف، تأثیرگذار است (61) و عامل اساسی در تعیین چگونگی تعامل با دیگران محسوب می‌شود (17) و درک نامناسب از تصویر ذهنی بدنی و عدم

کمک می‌شود تا در مواجهه با افکار خودآیندی (عدم رضایتمندی و نگرانی از تصویر بدنی) که بار منفی دارند و تنظیم هیجانی را مختل می‌سازند، ثبات هیجانی‌اش حفظ شود. ثبات هیجانی موجب می‌شود که فرد به افکار مزاحم توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این افکار از ذهنش باشد و این توانایی افکار خودآیند و هیجانات منفی را کاهش می‌دهد. همچنین افزایش توجه و آگاهی نسبت به هیجانات و اندیشه‌ها نیز موجب می‌شود که بیمار به عملکرد رفتاری متعهدانه و مؤثر (نظم‌بخشی رفتار) بپردازد. از طرفی، قرار گرفتن در گروه و شنیدن تجارب درونی سایر بیماران، موضع بیمار را مشخص می‌سازد و او را قادر می‌سازد تا با فاجعه سازی مقابله کند، زیرا به این مفهوم دست می‌یابد که او تنها دردمند این گروه نیست. این روند مداخله‌ای موجب امیديایی، افزایش امید و بقای آن می‌شود و در نهایت این توانایی را به بیمار می‌دهد تا با نظم‌بخشی رفتار (اندیشه، احساس و عملکرد) به ترمیم مؤلفه‌های روانی آسیب‌دیده‌ی ناشی از بیماری (۶۶)، مانند تصویر بدنی و مؤلفه‌های ادراکی، ذهنی، و رفتاری آن دست یابد، به‌طور مثال به جای اجتناب از خود و دیگران به انجام رفتار جرئت‌مندانه مبادرت ورزد و به جای تمرکز بر حذف عوامل آسیب‌زا (بیماری و پیامدهای ناشی از آن)، هیجانات و اندیشه‌های خود را بپذیرد و از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارد. بنابراین هر یک از مؤلفه‌های درمانی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک می‌تواند نقش بسزایی در کاهش نگرانی از تصویر بدنی و زیر مقیاس‌های آن داشته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، با توجه به ماهیت و شرایط بیماران و گنجانده نشدن تمام پیامدهای جسمی و روانی احتمالی موجود در بیماری اسکرودرمی اشاره کرد. از آنجایی که عوامل استرس‌زا، اثرات آن و نحوه مقابله با آن‌ها در مردان و زنان متفاوت است و با توجه به پیشینه حقیق که پژوهشی، پیشنهاد می‌شود روان درمانی یکپارچه‌نگر در مورد بیماران مرد مبتلا به اسکرودرمی نیز انجام شود و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد.

رضایت از آن می‌تواند به مشکلات جسمی و روانی منجر شود، (۶۲) لذا در این پژوهش با ارائه روان‌درمانی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک (رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایی و نظم‌بخشی رفتار) سعی بر این بود تا با ایجاد یک رابطه درمانی مناسب و همدلی کردن با بیماران با آگاهی افزایی، بیمار را از شرایط جسمانی و روانی خود مطلع سازیم و از بار سرمایه‌گذاری او بر روی ارزش‌های سلامتی و زیبایی بکاهیم و فرصتی برای تمرکز بیمار بر سایر ارزش‌ها مهیا سازیم، به‌طوری که فرد امکان شناسایی سایر توانایی‌ها، ارزشمندی‌ها و شایستگی‌های خویشتن را دریابد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (۶۳). آگاهی افزایی موجب می‌شود که بیمار هشیارانه، با علاقه و پذیرش از تجربه اینجنا و اکنون خویش مطلع شود و دیدگاه او در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجاناتش تغییر یابد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجانات ناخوشایند و قبول آن‌ها سوق دهد، لذا بیمار، در مقابله با هیجاناتش احساس خودکنترلی و تسلط و در نهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری خواهد داشت. (۳۳) آگاهی افزایی، که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی بیمار در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجاناتش را به‌طور چشمگیری بالا می‌برد و به بیمار اجازه می‌دهد تا طیف وسیعی از افکار و هیجانات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند. (۶۴)

وقتی بیماران تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره می‌کنند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی دردناک و ناخوشایند نیز تهدیدکننده و تحمل‌ناپذیر به نظر نمی‌رسند. آگاه شدن به این شیوه، به بیماران کمک می‌کند تا رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به‌نوعی تغییر دهند، و تأثیر و نفوذ آن بر زندگی‌شان کمتر شود، این امر یعنی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، موجب می‌شود بیماران به تجربیات جدید با گشودگی پاسخ دهند و رویدادها را همان‌گونه که هست پذیرا باشند (۶۵). با آگاهی افزایی، به بیمار

psychological, and social characteristics. *Qual Life Res*; 2017. 26(1):85-94.

7. Racine M, Hudson M, Baron M, Nielson WR; Canadian Scleroderma Research Group. The Impact of Pain and Itch on Functioning and Health-Related Quality of Life in Systemic Sclerosis: An Exploratory Study. *J Pain Symptom Manage*; 2016. 52(1):43-53.

8. Pilch M, Scharf SN, Lukanz M, Wutte NJ, Fink-Puches R, Glawischmig-Goschnik M, et al. Spiritual well-being and coping in scleroderma, lupus erythematosus, and melanoma. *J Dtsch Dermatol Ges*; 2016. 14(7):717-28.

9. Malcarne VL, Fox RS, Mills SD, Gholizadeh S. Psychosocial aspects of systemic sclerosis. *Curr Opin Rheumatol*; 2013. 25(6):707-13.

10. Adigun R, Bhimji S. Systemic Sclerosis (CREST syndrome). *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2017 Jun.

11. Volkmann ER, Furst DE. Management of Systemic Sclerosis-Related Skin Disease: A Review of Existing and Experimental Therapeutic Approaches. *Rheum Dis Clin North Am*; 2015. 41(3):399-417.

12. Ennis H, Herrick AL, Cassidy C, Griffiths CE, Richards HL. A pilot study of body image dissatisfaction and the psychological impact of systemic sclerosis-related telangiectases. *Clin Exp Rheumatol*; 2013. 31 (2) :12-7.

13. Jewett LR, Hudson M, Malcarne VL, Baron M, Thombs BD; Canadian Scleroderma Research Group. Sociodemographic and disease correlates of body image distress among patients with systemic sclerosis. *PLoS One*; 2012. 7(3):e33281.

14. Nakayama A, Tunnicliffe DJ, Thakkar V, Singh-Grewal D, O'Neill S, Craig JC, Tong A. Patients' Perspectives and Experiences Living with Systemic Sclerosis: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *J Rheumatol*; 2016 Jul. 43(7):1363-75.

15. Nayir T, Uskun E, Yürekli MV, Devran H, Çelik A, Okyay RA. Does Body Image Affect Quality of Life? A Population Based Study. *PLoS One*; 2016. 20:11(9).

16. Gallacher R. Altered body image. *Nurs Stand*; 2017 Aug 9. 31 (50):64-65.

17. Swami V. Negative body image and eating disorder symptomatology among young women identifying with Goth subculture. *Body Image*; 2017. 21:30-33.

18. Flores-Cornejo F, Kamego -Tome M, Zapata-Pachas MA, Alvarado GF. Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*; 2017 Oct-Dec. 39(4):316-322.

19. Pawijit Y, Likhitsuwan W, Ludington J, Pisitsungkagarn K. Looks can be deceiving: body image dissatisfaction relates to social anxiety through fear of negative evaluation. *Int J Adolesc*

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد؛ روان‌درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک (رابطه درمانی، ایجاد امید و انتظار درمان، آگاهی افزایش و نظم‌بخشی رفتار) نقش موثری در کاهش نگرانی از تصویر بدنی و زیر مقیاس‌های آن در زنان مبتلا به اسکلرودرمی سیستماتیک دارد و اثربخشی آن در طول زمان، پایدار می‌باشد. بنابراین این درمان می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های پزشکی ارائه گردد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با کمک مرکز تحقیقات روماتولوژی بیمارستان شریعتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و در مرکز روماتیسم ایران انجام پذیرفت، لذا از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر فرهاد غریب دوست و تمامی کارکنان محترم آن مجموعه که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند و همچنین بانوان عزیزی که در این پژوهش شرکت کردند، نهایت تشکر و تقدیر را بعمل می‌آورد.

منابع

1. Leite CC, Maia Â. Symptoms of disease and psychological adaptation in Brazilian scleroderma patients. *Rev Bras Reumatol*; 2013. 53(5):405-11.

2. Kwakkenbos L, Thombs BD, Khanna D, Carrier ME, Baron M, Furst DE, et al. Performance of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System-29 in scleroderma: a Scleroderma Patient-centered Intervention Network Cohort Study. *Rheumatology (Oxford, England)* April 2017. 56(8).

3. Fischer A, Zimovetz E, Ling C, Esser D, Schoof N. Humanistic and cost burden of systemic sclerosis: A review of the literature. *Autoimmun Rev*; 2017.16(11):1147-1154.

4. Gumuchian ST, Peláez S, Delisle VC, Carrier ME, Jewett LR, El-Baalbaki G, et al. Exploring Sources of Emotional Distress among People Living with Scleroderma: A Focus Group Study. *PLoS One*; 2016. 11(3):e0152419.

5. Almeida C, Almeida I, Vasconcelos C. Quality of life in systemic sclerosis. *Autoimmun Rev*; 2015 Dec.14(12):1087-96.

6. Merz EL, Malcarne VL, Roesch SC, Nair DK, Salazar G, Assassi S, Mayes MD. Longitudinal patterns of pain in patients with diffuse and limited systemic sclerosis: integrating medical,

33. Lotfi Kashani F. The common factors in psychotherapy as a new approach. Ph.D. thesis. Islamic Azad University, Tehran Science and research branch. 1998.(Persian)
34. Jovanovic MD, Svrakic D. Integrative Treatment of Personality Disorder. Part I: Psychotherapy. *Psychiatr Danub*; 2017 Mar. 29(1):2-13.
35. Haliburn J, Stevenson J, Halovic S. Integration in the Psychodynamic Psychotherapy of Severe Personality Disorders: The Conversational Model *J Pers Disord*. 2017 May 17:1-17.
36. Lotfi Kashani F, Vaziri Sh, Akbari ME, Mousavi SM, Smaeeli Far N. Effectiveness of Four-Factor Psychotherapy in Decreasing Distress of Women with Breast Cancer. 5th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014. 159: 214-18
37. Akbari M, Lotfi Kashani F, Vaziri Sh. The Efficacy of Four-factor Psychotherapy on Increasing Sexual Self-esteem in Breast Cancer Survivors. *Iran Quart J Breast Dis*; 2017. 10(1): 48-60. (Persian)
38. Monemi Motlagh Sh, Shoaee Kazemi M. Effectiveness of 4 factor psychotherapy (increasing awareness, hope, Therapeutic relationship and behavior regulation) on improving the quality of life of women with breast cancer. *Iran J Breast Dis*; 2013. 5(2&3):50-59. (Persian)
39. Ghandi H. Effectiveness of four factor psychotherapy (expectancy to therapy, therapeutic relationship, increasing awareness and behavior regulation) on happiness and marital satisfaction. [M.S. Dissertation]. Khorasgan Branch: Islamic Azad University; 2015. [Persian]
40. Lotfi kashani F, Vaziri Sh, Doost Z. The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in the decrease of Marital Conflicts. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished MA Thesis 2014. (Persian).
41. Saberian, Lotfi kashani F, Vaziri Sh. The Effectiveness of Four – Factors Psychotherapy in Increasing of Sexual Functions. Islamic Azad University, Roudehen Branch, unpublished Thesis 2014. (Persian)
42. Hausteiner –Wiehle C, Schaefer R. Therapeutic relationship and communication. Attitude towards patients with functional pain syndromes. *Schmerz*; 2013. 27 (4):419-27.
43. Leuteritz K, Weißflog G, Barthel Y, Brähler E, Zwerenz R, Wiltink J, Beutel ME. Therapeutic alliance and treatment outcome in psychodynamic psychotherapy of depressed breast cancer patients: the same old story or different from other populations? *Breast Cancer*; 2017 Nov. 24(6):765-773.
44. Vaziri S, Lotfi Kashani F, Zeynolabedini N, Zeynolabedini N. The effectiveness of Group Hope therapy on Decreasing of Psychological Distress *Med Health*; 2017 Jul 6.
20. Woods L, Hevey D, Ryall N, O'Keeffe F. Sex after amputation: the relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disabil Rehabil*; 2018 Jul.40(14):1663-70.
21. Mills SD, Fox RS, Malcarne VL. Body Image in Children with Morphea: A Systematic Review. *Pediatr Dermatol*; 2015.32(4): 188-90.
22. İyigün T, Kaya M, Gülbeyaz SÖ, Fıstıkçı N, Uyanık G, Yılmaz B, Onan B, Erkanlı K. Patient body image, self-esteem, and cosmetic results of minimally invasive robotic cardiac surgery. *Int J Surg*; 2017. 39:88-94.
23. Mendo-Lázaro S, Polo-Del-Río MI, Amado-Alonso D, Iglesias-Gallego D, León-Del-Barco B. Self-Concept in Childhood: The Role of Body Image and Sport Practice. *Front Psychol*; 2017. 24;8:853.
24. Knafo R, Haythornthwaite JA, Heinberg L, Wigley FM, Thombs BD. The association of body image dissatisfaction and pain with reduced sexual function in women with systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford)*; 2011. 50(6):1125-30.
25. Fang SY, Lin YC, Chen TC, Lin CY. Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*; 2015.23(9) :2551-9.
26. Mills SD, Fox RS, Merz EL, Clements PJ, Kafaja S, Malcarne VL, Furst DE, Khanna D. Evaluation of the Satisfaction with Appearance Scale and Its Short Form in Systemic Sclerosis: Analysis from the UCLA Scleroderma Quality of Life Study. *J Rheumatol*; 2015 Sep. 42(9):1624-30.
27. Poole JL, Anwar S, Mendelson C, Allaire S. Workplace barriers encountered by employed persons with systemic sclerosis. *Qual Life Res*; 2017.26(1):85-94.
28. Newton EG, Thombs BD, Groleau D. The experience of emotional distress among women with scleroderma. *Qual Health Res*; 2012. 22:1195–1206.
29. Erol Ursavaş F, Karayurt Ö. Adaptation of the Sexual Adjustment and Body Image Scale in Turkish Breast Cancer Women. *Int J Nurs Knowl*; 2016 Jul. 27(3):162-9.
30. Amin K, Clarke A, Sivakumar B, Puri A, Fox Z, et al. The psychological impact of facial changes in scleroderma. *Psychol Health Med*; 2011. 16(3): 304–12.
31. Faezi ST, Paragomi P, Shahali A, Akhlaghkhah M, Akbarian M, Akhlaghi M, et al. Prevalence and Severity of Depression and Anxiety in Patients With Systemic Sclerosis: An Epidemiologic Survey and Investigation of Clinical Correlates. *J Clin Rheumatol*; 2017. 23(2):80-86.
32. Thorne F C. Principles of personality counseling: An eclectic view point. Brandon, VT: J Clin Psychol; 1950.

30(33):4124-33.

58. Datta A, Aditya C, Chakraborty A, Das P, Mukhopadhyay A. The Potential Utility of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Reducing Stress and Improving Wellbeing in Cancer Patients in Kolkata. *J Cancer Educ*; 2016 Dec. 31(4):721-729.

59. Gumuchian ST, Peláez S, Delisle VC, Carrier ME, Jewett LR, El-Baalbaki G, et al. Exploring Sources of Emotional Distress among People Living with Scleroderma: A Focus Group Study. *PLoS One*; 2016 Mar 23. 11(3):e0152419.

60. Azar M, Rice DB, Kwakkenbos L, Carrier ME, Shrier I, Bartlett SJ, et al. Exercise habits and factors associated with exercise in systemic sclerosis: a Scleroderma Patient-centered Intervention Network (SPIN) cohort study. *Disabil Rehabil*; 2017 May. 8:1-7.

61. Moradi M, Samari AA. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on clinical syndrome and body image in women with bulimia nervosa. *J Fundamen Ment Health*; 2017 Aug-Sep. 19(5): 394-400.

62. Meghan M. Gillen Eva S. Lefkowitz. Gender and racial / ethnic differences in body image development among college student. *Body Image*; 2012. 9(1): 126-130.

63. Hung TM, Lin CR, Chi YC, Lin CY, Chen EY, Kang CJ, et al. Body image in head and neck cancer patients treated with radiotherapy: the impact of surgical procedures. *Health Qual Life Outcom*; 2017 Aug 23. 15(1):165.

64. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Ann Rev Clin Psychol*; 2011. 7(1):141-168.

65. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New Yourk: Guilford press. 2012.

66. Klainin-Yobas P, Ramirez D, Fernandez Z, Sarmiento J, Thanoi W, Ignacio J, et al. Examining the predicting effect of mindfulness on psychological well-being among undergraduate students: A structural equation modelling approach. *Personal Individ Differ*; 2016. 91: 63-68.

67. Vohs KD, Baumeister RF. Understanding Self-Regulation. *Handbook of Self-Regulation*. New York: The Guilford Press; 2004. Vol. First, pp. 1-9.

among Women with Breast Cancer. *J Health Psychol*; 2015. 4 (13). 62-53. (Persian)

46. Vaziri Sh, Lotfi kashani F, Mousavi SM, & Akbari M E. The Role of Hope Increasing in the Improving of Mental Health among Patients infected with cancer. 3rd International Congress on Supportive and Palliative Care in Cancer. Cancer Research Center. Medical Sciences of Shahid Beheshti University 2011. (Persian)

47. Rock EE, Steiner JL, Rand KL, Bigatti SM. Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breast cancer. *Support Care Cancer*; 2014. 22(9): 2351-9.

48. Rahimpour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iran J Nurs Midwif Res*; 2015 Nov-Dec. 20(6): 694-9.

49. Abreu L, Nunes JA, Taylor P, Silva S. Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support. *Health Soc Care Commun*. 2017 Jun 22.

50. Lotfi kashani F, Vaziri Sh, Zeinolabedini N, Zeinolabedini N. Effectiveness of Behavior Regulation Training on Anxiety reduction among Women with Breast Cancer. *J Appl Psychol*; 2014. 4 (28): 45-58.

51. Rehackova L, Araújo-Soares V, Adamson AJ, Steven S, Taylor R. Sniehotta FF. Acceptability of a very-low-energy diet in Type 2 diabetes: patient experiences and behaviour regulation. *Diabet Med*; 2017 Nov. 34(11):1554-67

52. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research Methods in Behavioral Sciences. Publication of the Institute of Agahe: 2014. (Persian)

53. Littleton HL, Axsom DS, Pury CL. Development of the body image concern inventor. *Behav Res Therap*; 2005; 43:229 -241.

54. Heidari A, AliPour, Khodadadi S. Comparison of Social Anxiety and Concerns of the Physical Image of Female and Male Students. *New Find Psychol*; 2012. 7(22). 83-95. (Persian)

55. Besak Nejad S, Ghaffari M. The Relationship between Fear of Physical Morbidity and Psychological Disorders in Students. *J Behav Sci*; 2007. 1(2). (Persian)

56. Jolly M, Peters KF, Mikolaitis R, Evans-Raoul K, Block JA. Body image intervention to improve health outcomes in lupus: a pilot study. *J Clin Rheumatol*; 2014 Dec. 20(8):403-10.

57. Duijts SF, van Beurden M, Oldenburg HS, Hunter MS, Kieffer JM, Stuijver MM. et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *J Clin Oncol*; 2012 Nov 20.

The Effectiveness of Integrative Psychotherapy on Body Image in Women with Systemic Sclerosis (Scleroderma)

Leyla Shamkoeyan, PhD, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

* **Farah Lotfi Kashani**, PhD, Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran (*Corresponding author). Lotfi.kashani@gmail.com

Mohammad Reza Seyrafi, PhD, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Hasan Ahadi, PhD, Professor of Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Hoda Kavosi, MD, Assistant Professor of Rheumatology Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

Abstract

Background: Systemic scleroderma is a chronic autoimmune, complex and progressive disease that has many physical, psychological and social consequences. The purpose of this study was to investigate the effect of integrated psychotherapy with the orientation of four common factors on reducing image body anxiety as well as its two sub-scales (the dissatisfaction and embarrassment of the person from their appearance and the interference of appearance anxiety in the social function of the individual) in women with Scleroderma.

Methods: The research was a semi-experimental design with pre-test and post-test design in both experimental and control groups, and follow-up after 3 months of intervention. The statistical population included women with scleroderma referred to Shariati Hospital of Tehran and Iran's Rheumatism Center in 2017. Of these, 30 patients were selected as available samples and randomly were placed in two control and treatment (experiment) groups. The research tool was the Littleton's Body Image Questionnaire (2005). Data were analyzed by SPSS24 software and repeated measures analysis of variance after completing the questionnaires.

Results: Integrated psychotherapy with four common factors guidance reduced image body anxiety and its two sub-scales in women with systemic sclerosis, and this effect was lasting after three months.

Conclusion: Through this therapeutic approach, we can help to reduce the concern of the body image in patients with scleroderma.

Keywords: Integrative Psychotherapy, Body image concern, Systemic scleroderma