

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی سلامت عمومی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک: یک کار آزمایی بالینی تصادفی

کمال صولتی^{۱*}، محمد موسوی^۲

خلاصه

مقدمه: بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک (Systemic lupus erythematosus یا SLE)، یک بیماری التهابی خودایمن با درگیری چند ارگان است که در آن اتوآنتی بادی علیه اجزای مختلف سلول تولید می شود. این بیماری علت ناشناخته و تظاهرات بالینی و آزمایشگاهی متفاوتی دارد. اختلالات روان پزشکی مختلفی از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی و شناختی در این بیماران مشاهده می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy یا MBCT) روی سلامت عمومی بیماران مبتلا به SLE صورت گرفت.

روش: این پژوهش از نوع تجربی با طرح کار آزمایی بالینی تصادفی شده بود که بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به SLE مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی روماتولوژی امام علی (ع) شهر کرد و طی مدت یک سال انجام شد. بیماران به ترتیب ورود به مطالعه و به صورت تصادفی در یکی از گروه های تجربی و شاهد تقسیم شدند (در مجموع ۴۶ نفر در دو گروه ۲۳ نفری) و هر دو گروه تحت مراقبت پزشکی معمول قرار گرفتند. بیماران گروه تجربی علاوه بر مراقبت معمول، ۸ جلسه به صورت گروهی تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. بیماران قبل، بعد و ۶ ماه پس از مداخله با استفاده از آزمون سلامت عمومی (General Health Questionnaire-28 یا GHQ-28) ارزیابی شدند. داده ها از طریق آزمون ANCOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: میانگین نمرات سلامت عمومی در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری از گروه شاهد هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری کمتر بود. نتیجه گیری: نتایج نشان می دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، در افزایش سلامت عمومی بیماران مبتلا به SLE مؤثر است و این اثربخشی تأثیر پایداری را به همراه دارد. واژه های کلیدی: لوپوس اریتماتوز سیستمیک، درمان شناختی، ذهن آگاهی، سلامت عمومی، روان درمانی

۱- دانشیار، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران ۲- استادیار، گروه روماتولوژی، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: kamal_solati@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۳۰ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۴/۲/۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۴/۱۰

مقدمه

بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک (Systemic lupus erythematosus یا SLE)، یک بیماری التهابی خودایمن با درگیری چند ارگان است که در آن اتوآنتی‌بادی علیه اجزای مختلف سلول تولید می‌شود. این بیماری اتیولوژی ناشناخته و تظاهرات بالینی و آزمایشگاهی متفاوتی دارد (۱)، اما عواملی مانند پاسخ‌های ایمنی، استعداد ژنتیکی، جنس مؤنث و عوامل محیطی در بیماری زایی آن دخیل می‌باشد. تظاهرات عضلانی-استخوانی، پوستی، کلیوی، عروقی، ریوی، قلبی، خونی، گوارشی، چشمی و عصبی از جمله تظاهرات این بیماری به شمار می‌رود (۲).

بر اساس مطالعه بزرگ بررسی جامعه نگر کنترل بیماری‌های روماتیسمی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام شد، شیوع SLE در ایران ۴۰ در ۱۰۰ هزار نفر برآورد شده است (۳) و نسبت ابتلای زنان به مردان ۸ به ۱ می‌باشد (۴). کمیته کالج آمریکایی روماتولوژی در سال ۱۹۹۹، اصطلاحات (DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders-4th edition) را برای سندرم‌های روانی-عصبی SLE پذیرفت که شامل اختلالات شناختی، روان‌آشفستگی (Delirium)، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلق و روان‌پریشی (Psychosis) است (۵).

Bachen و همکاران در پژوهش خود بر روی زنان مبتلا به SLE، نشان دادند که ۴۷ درصد آنان به اختلال افسردگی اساسی، ۲۴ درصد به اختلال ترس اختصاصی، ۱۶ درصد به اختلال هراس، ۹ درصد به اختلال وسواس فکری-عملی و ۶ درصد به اختلال دو قطبی نوع یک مبتلا بودند. اختلالات اضطرابی و خلقی شایع‌ترین اختلالات روانی این بیماران بود (۶). بیماران مبتلا به SLE در مقایسه با جمعیت عمومی، از استرس روزانه بیشتری رنج می‌برند که در مقابل، این استرس با شدت علائم بیماری مرتبط است (۷، ۸).

درمان‌های روان‌شناختی در کاهش عوارض جسمی و روانی این بیماران مورد توجه قرار گرفته است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based cognitive

therapy یا MBCT) توسط Segal و همکاران در هشت جلسه گروهی و در جهت پیشگیری از عود افسردگی طراحی شد (۹). پایه اصلی این روش، بر اساس کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based stress reduction یا MBSR) Kabat-Zinn می‌باشد. این رویکرد، انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی و فرایندهای شناختی مفید را افزایش و نشخوار فکری، تعمیم بیش از حد در حافظه سرگذشتی و ارزیابی انتقاد از خود را کاهش می‌دهد. در این شیوه بیماران ترغیب می‌شوند تا تجربه را بدون قضاوت و همان‌گونه‌ای که شکل گرفته است، پردازش کنند و رابطه‌شان را با افکار و احساسات چالش‌برانگیز تغییر داده، آن‌ها را می‌پذیرند (۹). تأثیر مثبت این روش درمانی در اختلالات اضطرابی و خلقی، افسردگی خودکشی‌گرا، دردهای مزمن، سرطان و وسواس فکری-عملی به اثبات رسیده است (۱۵-۱۰). دیگر پژوهش‌ها نشان داد که درمان ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش هزینه‌های درمانی و بهبود کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان (۱۶)، کاهش اضطراب، افسردگی و عقاید خودکشی‌کننده سربازان (۱۷)، کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۸)، بهبود کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران مبتلا به پسوریازیس (Psoriasis) (۱۹) و کاهش علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS) (۲۰) مؤثر باشد.

Davis و همکاران در مطالعه خود آموزش ذهن آگاهی بر روی افراد سیگاری را بررسی نمودند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد، با وجود این که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه تجربی و شاهد در میل به تغییر، استرس ادراک شده و تجربه اجتنابی وجود داشت، اما اختلاف معنی‌داری در میزان ترک مشاهده نشد (۲۱). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از برنامه مدیریت استرس می‌تواند در کاهش درد و استرس و بهبود عملکرد روانی و جسمی بیماران مبتلا به SLE مؤثر باشد (۲۲). تحقیق Navarrete-Navarrete و همکاران به بررسی شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده کیفیت

عاطفی مرتبط با استرس روزانه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (۲۹) و بهبود پذیرش درد بیماران مبتلا به کمردرد (۳۰) مؤثر می‌باشد.

همان‌طور که برخی مطالعات نشان داده‌اند، بیماران مبتلا به SLE در طول بیماری درگیر اختلالات همراه مانند اختلالات خلقی و اضطرابی شده، از استرس روزانه بیشتری نسبت به جمعیت عمومی رنج می‌برند و این مسأله منجر به کاهش کیفیت زندگی و وخیم تر شدن علائم طبی آنان می‌شود. از طرف دیگر، سلامت عمومی و روان‌شناختی این بیماران کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و متخصصین تنها به درمان‌های طبی آن‌ها بسنده کرده‌اند و پیامدهای روانی این بیماری مورد غفلت قرار گرفته است. بنابراین انتخاب چنین بیمارانی به دلیل عدم انجام مطالعه بر روی آن‌ها و ضرورت توجه به رفع این اختلالات، می‌تواند منجر به بهبود سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی آنان شود. به همین علت، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع تجربی با طرح کارآزمایی بالینی تصادفی بود. جامعه آماری مطالعه را همه بیماران سرپایی مبتلا به SLE که به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی روماتولوژی امام علی (ع) بیمارستان آیت اله کاشانی شهر کرد مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۶ بیمار مبتلا به SLE بود که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند و به صورت نمونه‌گیری آسان (در دسترس) با تشخیص و مصاحبه بالینی متخصصین روماتولوژی و بر اساس معیارهای کالج آمریکایی روماتولوژی (American College of Rheumatology) (۳۱، ۳۲) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۴ ملاک از ملاک‌های تشخیصی SLE بر اساس معیارهای کالج آمریکایی روماتولوژی، داشتن تحصیلات حداقل سوم

زندگی در بیماران مبتلا به SLE و تغییرات آن‌ها پس از درمان شناختی- رفتاری پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان از بهبود قابل توجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران داشت (۲۳).

در یک کارآزمایی بالینی، تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر روی استرس‌های مزمن بیماران مبتلا به SLE مورد بررسی قرار گرفت و در آن ۴۵ بیمار مبتلا به SLE به دو گروه شاهد و تجربی تقسیم شدند. افراد گروه تجربی در طی ۱۰ جلسه، درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند. نتایج به دست آمده کاهش معنی‌داری را در میزان استرس‌های روزانه، اضطراب و افسردگی و بهبود زندگی گروه تجربی نسبت به گروه شاهد نشان داد، اما این کاهش در شاخص فعالیت بیماری (Disease activity index) معنی‌دار نبود (۲۴). Dobkin و همکاران در پژوهش خود، روان‌درمانی گروهی حمایتی- بیانی کوتاه مدت (Brief supportive-expressive group psychotherapy) را بر روی بیماران مبتلا به SLE کانادایی مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از عدم تأثیر این مداخله در دیسترس‌های روانی و مقابله‌های هیجان‌محور بیماران بود (۲۵). در مطالعه Ng و Chan، برنامه روانی- اجتماعی گروهی طی ۶ جلسه ۲/۵ ساعته به مدت ۶ هفته بر روی سلامت ذهنی روان‌شناختی ۵۶ بیمار مبتلا به SLE بررسی گردید. نتایج نشان از بهبود قابل توجهی در عزت نفس و سلامت روانی بیماران بعد از مداخله داشت (۲۶).

Karlson و همکاران در یک کارآزمایی بالینی، مداخله روان‌آموزشی (Psychoeducational) را در جهت بهبود پیامدهای بیماری SLE بر روی بیماران و همسرانشان بررسی کردند. بهبود تعاملات زوجین، افزایش خودکارآمدی و کاهش خستگی روزانه این بیماران از جمله نتایج تحقیق آنان بود، اما این مداخله تأثیری در فعالیت بیماری نداشت (۲۷). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از درمان‌های ذهن آگاهی و شناختی- رفتاری، در کاهش افسردگی و استرس‌های مرتبط با بیماران مبتلا به دیابت (۲۸) کاهش ناتوانی، خستگی، دردهای روزانه و اضطراب

احتمالی با این نشانه‌ها، برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی» بود (۹).

ابزارهای مورد استفاده شامل چک لیست سلامت عمومی (28- General Health Questionnaire یا GHQ-28) و چک لیست ویژگی‌های دموگرافیک بود. پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط Goldberg و Hiller ارایه گردید و هدف اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی می‌باشد. این پرسش‌نامه یک ابزار غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی و ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی کاربرد دارد. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سؤال و ۴ زیرمقیاس و شامل مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. پرسش‌نامه GHQ از اعتبار و پایایی رضایت‌بخشی برای انجام پژوهش‌های روان‌شناختی برخوردار است (۳۳). به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده گردید. نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

دامنه سنی آزمودنی‌های دو گروه ۶۴-۱۸ سال با میانگین $12/45 \pm 27$ سال در گروه تجربی و $13/62 \pm 29$ سال در گروه شاهد بود که با تحقیق Firestein و Kelley مبنی بر محدوده سنی بیماران ۵۵-۱۶ سال (۳۴) مطابقت دارد. ۱۷ نفر (۷۳/۹ درصد) بیماران گروه تجربی زن و ۶ نفر (۲۶/۱ درصد) مرد بودند. این میزان در گروه شاهد به ترتیب ۱۵ نفر (۶۵/۲ درصد) و ۸ نفر (۳۴/۸ درصد) بود که با گزارش Horvath و همکاران مبنی بر شیوع بالاتر این بیماری در زنان (۴) و همچنین جنس مؤنث به عنوان یک عامل مهم در بیماری زایی این بیماری (۲) همخوانی دارد. ۳۵ درصد مشارکت کنندگان متأهل (۵۴/۳ درصد) در گروه تجربی و

راهنمایی و رضایت از شرکت در مطالعه و معیارهای خروج نیز شامل سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی و سابقه دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته بود.

بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند و به ترتیب ورود به مطالعه، به صورت تصادفی در یکی از دو گروه تجربی و شاهد تقسیم‌بندی شدند (در مجموع ۴۶ بیمار در دو گروه ۲۳ نفری). پس از انتخاب بیماران و قبل از انجام مداخلات، آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش بر روی بیماران دو گروه اجرا شد. هر دو گروه تحت مراقبت پزشکی معمول (Usual medical care) و گروه تجربی علاوه بر آن، ۸ جلسه به صورت انفرادی تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. ۶ ماه پس از اتمام آخرین مداخلات روان‌شناختی، دو گروه دوباره با استفاده از آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش ارزیابی گردید که به عنوان مرحله پیگیری در پژوهش محسوب می‌شد.

برای محتوای جلسات از راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی Segal و همکاران (۹) استفاده گردید. دستورالعمل اجرایی جلسات در قالب ۸ جلسه شامل «توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این جا و اکنون و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای بیمار با استفاده از چند فن و یاد گرفتن انجام امور روزمره با توجه به آن‌ها، پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن و احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس، آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورد، یاد گرفتن این که بدون فرار و دوری از افراد، در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم، آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر نه واقعیت، هوشیار بودن از نشانه‌ها و پیامدهای روان‌شناختی بیماری SLE و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن

احتمال دارد تفاوت بین دو گروه صفر باشد. بنابراین، پیش فرض نرمال بودن نمرات علایم روان‌شناختی دو گروه در جامعه صفر بود. با توجه به نتیجه حاصل شده و نتایج آزمون Levene و همچنین برابر بودن تعداد بیماران دو گروه، استفاده از تحلیل کواریانس مانعی نداشت.

میانگین نمرات سلامت عمومی در زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و کارکرد جسمانی، پس از مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و همچنین ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (مرحله پیگیری) کاهش پیدا کرد؛ به طوری که میانگین مجموع این زیرمقیاس‌ها در گروه تجربی و مراحل پیش از مداخله، پس از مداخله و مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۵۷/۵۵، ۳۷/۲۸ و ۴۰/۶۹ به دست آمد که کاهش زیادی را نسبت به گروه شاهد نشان داد (جدول ۱).

نتایج مداخلات روان‌شناختی بر روی سلامت عمومی بیماران مبتلا به SLE در مراحل مختلف مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

۴۵/۷ درصد در گروه شاهد)، ۴۵ درصد دارای تحصیلات متوسطه (۴۷/۶ درصد در گروه تجربی و ۵۲/۴ درصد در گروه شاهد)، ۵۲ درصد خانه‌دار (۵۴/۲ درصد در گروه تجربی و ۴۵/۸ درصد در گروه شاهد)، ۴۳ درصد شهرنشین (۵۵/۰ درصد در گروه تجربی و ۴۵/۰ درصد در گروه شاهد) و ۳۹ درصد با سابقه بیماری ۵ تا ۸ سال (۴۴/۴ درصد در گروه تجربی و ۵۵/۵ درصد در گروه شاهد) بودند که بیشترین میزان را در این گروه‌ها تشکیل می‌دادند. نتایج آزمون Levene در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات علایم روان‌شناختی دو گروه نشان داد که مقدار F مشاهده شده برای سلامت روان برابر با ۰/۲۵۶ و کوچک‌تر از F بحرانی جدول (a = ۰/۰۵) (F = ۴/۴۱) است؛ در نتیجه فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین واریانس‌ها تأیید می‌شود و می‌توان گفت که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین، نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات علایم روان‌شناختی در دو گروه نشان داد که ۸۶ درصد

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون سلامت عمومی در دو گروه تجربی و شاهد

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
افسردگی	شاهد	۱۲/۷۳ ± ۲/۵۲	۱۴/۴۱ ± ۲/۸۶	۱۳/۶۲ ± ۲/۴۳			
	تجربی	۱۳/۶۵ ± ۴/۱۲	۸/۹۰ ± ۲/۳۷	۹/۸۰ ± ۳/۱۲			
اضطراب	شاهد	۱۳/۴۱ ± ۳/۲۸	۱۴/۵ ± ۳/۵۹	۱۳/۸۹ ± ۳/۱۵			
	تجربی	۱۳/۸۴ ± ۴/۲۱	۹/۲ ± ۳/۵۴	۱۰/۱۴ ± ۳/۲۸			
کارکرد اجتماعی	شاهد	۱۳/۴۹ ± ۳/۷۵	۱۴/۷۱ ± ۴/۱۷	۱۵/۷ ± ۴/۳۶			
	تجربی	۱۵/۶۵ ± ۳/۵۱	۸/۸۳ ± ۲/۷۸	۹/۵۵ ± ۲/۹۵			
کارکرد جسمانی	شاهد	۱۴/۷ ± ۲/۹۴	۱۳/۷۵ ± ۳/۲۶	۱۴/۳۱ ± ۳/۶۲			
	تجربی	۱۴/۴۱ ± ۲/۸۵	۱۰/۳۵ ± ۲/۳۵	۱۱/۲ ± ۲/۴۹			
مجموع	شاهد	۵۴/۳۳ ± ۷/۴۹	۵۷/۳۷ ± ۸/۱۴	۵۷/۵۲ ± ۹/۵۶			
	تجربی	۵۷/۵۵ ± ۹/۷۵	۳۷/۲۸ ± ۱۰/۰۴	۴۰/۶۹ ± ۸/۸۴			

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی سلامت عمومی بیماران مبتلا به Systemic lupus erythematosus (SLE) در مراحل پس آزمون و پیگیری

مرحل	منابع	شاخص های آماری			درجه آزادی	ضریب F	سطح معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
پس آزمون	پیش آزمون				۱	۳۷/۴۰	۰/۰۱	۰/۴۹	۰/۹۵
	عضویت گروهی				۱	۹۸/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۰/۹۷
پیگیری	پیش آزمون				۱	۲۲/۸	۰/۰۰۹	۰/۲۷	۰/۸۸
	عضویت گروهی				۱	۷۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۴

بحث

مطالعه حاضر سعی کرد تا تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را روی سلامت عمومی بیماران مبتلا به SLE مورد بررسی قرار دهد. Navarrete-Navarrete و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری، کاهش معنی داری را در استرس های روزانه، اضطراب، افسردگی و بهبود زندگی بیماران مبتلا به SLE داشته است، گرچه این مداخله در شاخص فعالیت بیماری تغییری ایجاد نکرده بود (۲۴) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. نتایج جدول ۱ حاکی از بهبود میانگین نمرات کلی سلامت عمومی در مراحل پس از مداخله و پیگیری نسبت به مرحله پیش از مداخله و نشانگر تأثیر روش MBCT بر افزایش سلامت عمومی بیماران مبتلا به SLE بود. میانگین نمرات افسردگی و اضطراب پس از مداخلات کاهش یافت که با سایر مطالعات (۱۴، ۱۲-۱۰) مطابقت دارد. از طرف دیگر، میانگین نمرات کارکرد اجتماعی و کارکرد جسمانی کاهش پیدا کرد. با توجه به این که انتظار می رود درمان های روان شناختی بر کارکرد جسمانی و اجتماعی بیماران اثر مثبتی بر جای گذارد، اما در مطالعه حاضر تأثیر مثبتی روی این کارکردها نداشت. شاید یکی از مهم ترین دلایل این مسأله، اتیولوژی ناشناخته این بیماری و تظاهرات جسمانی آن است و مداخلات روان شناختی تنها می تواند در رفع علائم روان شناختی مؤثر باشد. همان طور که مطالعه

همان طور که جدول ۲ نشان می دهد، بین میانگین نمرات سلامت عمومی در دو گروه تجربی و شاهد در مرحله پس آزمون اختلاف معنی داری وجود داشت (۰/۰۰۱ $p = ۹۸/۶۰$ ، $F = ۰/۷۸$) به دست آمد؛ بدین معنی که ۷۸ درصد تفاوت مشاهده شده مربوط به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بود. حاصل توان آماری برابر با ۰/۹۷ و نشانگر کفایت حجم نمونه بود. نتایج این قسمت از مطالعه، فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود اختلاف معنی دار میانگین نمرات مقیاس سلامت عمومی بین دو گروه شاهد و تجربی را در مرحله پس آزمون مورد تأیید قرار می دهد.

بین میانگین نمرات سلامت عمومی در دو گروه تجربی و شاهد در مرحله پیگیری اختلاف معنی داری مشاهده شد (۰/۰۰۱ $p = ۷۹/۴۱$ ، $F = ۰/۳۸$) ضریب تأثیر برابر با ۰/۳۸ و نشان دهنده ارتباط ۳۸ درصدی تفاوت مشاهده شده با تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بود. توان آماری ۰/۹۴ به دست آمد که نشان می دهد حجم نمونه، کفایت لازم را داشته است. نتایج این قسمت از مطالعه، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر وجود اختلاف معنی دار میانگین نمرات مقیاس سلامت عمومی بین دو گروه شاهد و تجربی را در مرحله پیگیری تأیید نمود و نشان داد که این مداخله تأثیر پایداری در سلامت عمومی این بیماران داشته است.

که برخی از آن‌ها مانند استرس و اضطراب می‌تواند با درمان شناختی- رفتاری تغییر کند و صرف نظر از سطح فعالیت بیماری، باعث بهبود قابل توجه در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این بیماران شود (۲۳). این یافته با پژوهش حاضر مشابهت دارد؛ چرا که کیفیت زندگی به عوامل مختلفی همچون استرس، اضطراب و افسردگی وابسته است و درمان شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش این عوامل و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی نقش داشته باشد.

نتایج حاصل شده از مطالعه حاضر این مسأله را رهنمون می‌کند که با وجود ناشناخته بودن بیماری SLE (۲) و به دلایل پیامدهای منفی این بیماری که منجر به بروز بیماری‌های روانی به خصوص افسردگی و اضطراب روی این بیماران می‌شود (۶)، توجه به ابعاد و پیامدهای روان شناختی بیماران در کنار درمان‌های طبی و دارویی مختص آنان، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این که ارتباط نزدیکی بین تن و روان وجود دارد و بروز مشکل در هر کدام از این ابعاد، پیامدهای منفی بر بعد دیگر به همراه خواهد داشت و با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی بیماران مبتلا به SLE، لازم است متخصصین داخلی و روماتولوژیست‌ها تنها به درمان‌های طبی و دارویی این بیماران اکتفا نکنند و از طریق تعاملی که با سایر متخصصین در حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی دارند، به درمان این بیماران با رویکرد کار گروهی بپردازند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، بی‌سواد بودن برخی از شرکت کنندگان مطالعه بود و محقق به واسطه نوع مداخله (که مستلزم داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بود)، مجبور به حذف آن‌ها از مطالعه و جایگزین کردن نمونه‌های جدید بود که منجر به صرف زمان بیشتر

Navarrete-Navarrete و همکاران نشان داد، مداخلات روان شناختی می‌تواند در کاهش استرس‌های روزانه، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به SLE مؤثر باشد، اما در شاخص فعالیت بیماری یا به تعبیری علایم جسمانی بیماران تأثیری نداشت (۲۴). این یافته با مطالعه حاضر مشابهت دارد.

محققین دیگر، اثربخشی این روش درمانی را بر کاهش هزینه‌های درمانی و بهبود کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بازماندگان بیماران مبتلا به سرطان (۱۶)، پذیرش درد بیماران مبتلا به کمردرد (۳۰)، ناتوانی، درد و استرس‌های روزانه بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید (۲۹) و علایم افسردگی بیماران مبتلا به دیابت (۲۸) مورد تأیید قرار دادند که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص نوع مداخله همخوانی دارد.

نتایج جداول ۱ و ۲ اختلاف معنی داری را بین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه شاهد هم در مرحله پس از مداخله و هم در مرحله پیگیری نشان داد. Karlson و همکاران ۱۲۲ بیمار مبتلا به SLE را به همراه همسرانشان به مدت ۶ ماه تحت مداخله روان آموزشی قرار دادند. نتایج حاکی از وجود اختلاف معنی دار در تعاملات زوجی و مهارت حل مسأله پس از مداخله و بهبود معنی داری در حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، تعاملات زوجی و خستگی مزمن روزانه، ۶ ماه پس از آخرین مداخلات بین دو گروه بود (۲۷) که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت داشت؛ چرا که علایم و مشکلات روان‌شناختی ارتباط مستقیمی با خودکارآمدی، تعاملات زوجی و خستگی مزمن روزانه دارد؛ به طوری که بهبود سلامت عمومی منجر به بهبود فاکتورهای فوق می‌شود.

در یک مطالعه، ۳۴ بیمار مبتلا به SLE به دو گروه تقسیم شدند. بیماران یکی از گروه‌ها علاوه بر مراقبت‌های پزشکی معمول، تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی به عوامل مختلفی وابسته است

سپاسگزاری

مقاله حاضر با کد کارآزمایی بالینی IRCT201412018253N3 تصویب گردید. بدین وسیله از تمام بیماران مبتلا به SLE مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی امام علی (ع) بیمارستان آیت اله کاشانی شهرکرد که در این طرح شرکت کردند و همچنین معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد که در تأمین هزینه‌های این طرح ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

جهت جمع آوری نمونه‌ها شد. از طرف دیگر، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از مقیاس شاخص فعالیت بیماری جهت ارزیابی علایم طبی این بیماران استفاده گردد تا مشخص شود آیا این مداخله می‌تواند در تقلیل علایم طبی مؤثر باشد؟

References

1. Lau CS, Yin G, Mok MY. Ethnic and geographical differences in systemic lupus erythematosus: an overview. *Lupus* 2006; 15(11): 715-9.
2. Hahn BH, Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Systemic lupus erythematosus . In: Longo D, Fauci A, Harrison T, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, et al., Editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 18th ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical; 2012.
3. Jamshidi AR, Tehrani-Banihashemi A, Dahaghin S, Gholami J, Froozanfar MH, Akhlaghi M, et al. Clinical hand osteoarthritis in Tehran: prevalence, signs, symptoms, and pattern - COPCORD stage I, Iran study. *J Rheumatol* 2008; 35(7): 1467-8.
4. Horvath L, Czirjak L, Fekete B, Jakab L, Pozsonyi T, Kalabay L, et al. High levels of antibodies against Clq are associated with disease activity and nephritis but not with other organ manifestations in SLE patients. *Clin Exp Rheumatol* 2001; 19(6): 667-72.
5. The American College of Rheumatology. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum* 1999; 42(4): 599-608.
6. Bachen EA, Chesney MA, Criswell LA. Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2009; 61(6): 822-9.
7. Peralta-Ramirez MI, Jimenez-Alonso J, Godoy-Garcia JF, Perez-Garcia M. The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosom Med* 2004; 66(5): 788-94.
8. Bricou O, Taieb O, Baubet T, Gal B, Guillevin L, Moro MR. Stress and coping strategies in systemic lupus erythematosus: a review. *Neuroimmunomodulation* 2006; 13(5-6): 283-93.
9. Segal ZV, Williams J, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press; 2002.
10. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78(2): 169-83.
11. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2008; 22(4): 716-21.

12. Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord* 2010; 24(6): 590-5.
13. Crane C, Williams JMG. Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression. *Mindfulness (N Y)* 2010; 1(1): 10-20.
14. Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract* 2012; 18(4): 233-52.
15. Kulz AK, Landmann S, Cludius B, Hottenrott B, Rose N, Heidenreich T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 314.
16. Wood AW, Gonzalez J, Barden SM. Mindful caring: using mindfulness-based cognitive therapy with caregivers of cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2015; 33(1): 66-84.
17. Serpa JG, Taylor SL, Tillisch K. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) reduces anxiety, depression, and suicidal ideation in veterans. *Med Care* 2014; 52(12 Suppl 5): S19-S24.
18. Stafford L, Thomas N, Foley E, Judd F, Gibson P, Komiti A, et al. Comparison of the acceptability and benefits of two mindfulness-based interventions in women with breast or gynecologic cancer: a pilot study. *Support Care Cancer* 2015; 23(4): 1063-71.
19. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med* 2015; 20(1): 121-7.
20. Zomorodi S, Abdi S, Tabatabaee SK. Comparison of long-term effects of cognitive-behavioral therapy versus mindfulness-based therapy on reduction of symptoms among patients suffering from irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2014; 7(2): 118-24.
21. Davis J, Manley A, Goldberg S, Smith S, Jorenby D. Randomized trial comparing mindfulness training for smokers to a matched control. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2014; 47(3): 213-21.
22. Greco CM, Rudy TE, Manzi S. Effects of a stress-reduction program on psychological function, pain, and physical function of systemic lupus erythematosus patients: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2004; 51(4): 625-34.
23. Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramirez MI, Sabio JM, Martinez-Egea I, Santos-Ruiz A, Jimenez-Alonso J. Quality-of-life predictor factors in patients with SLE and their modification after cognitive behavioural therapy. *Lupus* 2010; 19(14): 1632-9.
24. Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramirez MI, Sabio-Sanchez JM, Coin MA, Robles-Ortega H, Hidalgo-Tenorio C, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2010; 79(2): 107-15.
25. Dobkin PL, da Costa D, Dritsa M, Fortin PR, Senecal JL, Goulet JR, et al. Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: differential contributors to mental and physical health. *Arthritis Care Res* 1999; 12(6): 401-10.
26. Ng P, Chan W. Group psychosocial program for enhancing psychological well-being of people with systemic lupus erythematosus. *J Soc Work Disabil Rehabil* 2007; 6(3): 75-87.
27. Karlson EW, Liang MH, Eaton H, Huang J, Fitzgerald L, Rogers MP, et al. A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2004; 50(6): 1832-41.

28. Tovote KA, Fler J, Snippe E, Peeters ACT, Emmelkamp PMG, Sanderman R, et al. Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2014; 37(9): 2427-34.
29. Davis MC, Zautra AJ, Wolf LD, Tennen H, Yeung EW. Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83(1): 24-35.
30. Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012; 12: 162.
31. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25(11): 1271-7.
32. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40(9): 1725.
33. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1): 139-45.
34. Firestein GS, Kelley WN. Kelley's textbook of rheumatology. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2009.

The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on General Health in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: A Randomized Controlled Trial

Kamal Solati, Ph.D.^{1*}, Mohammad Mousavi, Ph.D.²

1. Associate Professor, Department of Psychiatry and Cellular & Molecular Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
2. Assistant Professor, Department of Rheumatology and Medical Plants Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

* Corresponding author; e-mail: kamal_solati@yahoo.com

(Received: 24 Dec. 2014 Accepted: 1 July 2015)

Abstract

Background & Aims: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune inflammatory disease, involving multiple organs and producing autoantibodies against different components of the cell. SLE is of unknown etiology with various clinical and laboratory manifestations. Different psychological disorders are seen in patients with SLE, including mood, anxiety, and cognitive disorders. This study was conducted to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on general health in these patients.

Methods: This experimental, randomized, clinical trial was conducted on 46 patients with SLE referring to Imam Ali Clinic in Shahrekord, Southwest Iran within 1 year. The patients were assigned to either of the treatment and control groups (23 patients in each). Both groups underwent routine medical care. The treatment group also underwent 8 group sessions of MBCT. The patients were assessed using the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) prior to, after, and 6 months after the intervention. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results: Mean score of general health was significantly lower in the MBCT group compared to the control group in both post-test and follow-up periods.

Conclusion: The findings indicated that MBCT contributed to enhancing general health in patients with SLE and that this is a sustainable effect.

Keywords: Systemic lupus erythematosus (SLE), Cognitive therapy, Mindfulness, General health, Psychotherapy