

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو

The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional regulation and psychological well-being of women with vitiligo skin disease

Maryam Shahbazi

M.A. student in General psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Dr. Shahram Nematzadeh Getabi *

Assistant Professor, Psychology Department, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Shahram.nematzadeh@gmail.com

مریم شهبازی

دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناختی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

دکتر شهرام نعمت‌زاده گتابی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روان‌شناختی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional regulation and psychological well-being of women with vitiligo skin disease. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this research included all patients suffering from vitiligo (spots and psoriasis) referred to specialized skin and beauty clinics in Tehran in 2023, of which 30 people were selected using the purposeful sampling method and randomly assigned to two groups (15 people were placed in the experimental group and 15 people in the control group). The measurement tools included the Garnevsky and Kriage Emotion Regulation Questionnaire-short version (CERQ, 2006) and the Riff Psychological Well-Being Questionnaire-short version (RSPWB, 2002). The experimental group underwent group therapy based on acceptance and commitment during 8 sessions of 90 minutes twice a week, and the control group did not receive any therapeutic intervention. Multivariate analysis of the covariance test was used for analysis. The results of covariance analysis showed that by controlling the pre-test effect, there is a significant difference between the average emotional regulation and psychological well-being in the two experimental and control groups ($P < 0.001$). The findings of this research showed that group therapy based on acceptance and commitment was effective in reducing negative emotion regulation and increasing positive emotion regulation and the psychological well-being of women with vitiligo.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ویتیلیگو (لک و پیسی) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی پوست و زیبایی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آنها ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگذاری شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کراچ-نسخه کوتاه (CERQ، ۲۰۰۶) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف-نسخه کوتاه (RSPWB، ۲۰۰۲) بود. گروه آزمایش تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفت‌های دوربار قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در تنظیم هیجان منفی و مثبت و بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد ($P < 0.001$). یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی پذیرش و تعهد بر کاهش تنظیم هیجان منفی و افزایش تنظیم هیجان مثبت و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به ویتیلیگو اثربخش بوده است.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ویتیلیگو.

Keywords: Psychological Well-Being, Emotion Regulation, Acceptance and Commitment-based Therapy, Vitiligo.

ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۳

پذیرش: اسفند ۱۴۰۲

درایافت: بهمن ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های بیماری‌های پوستی به اختلالات رنگدانه‌ای مربوط است و در این بیماری ویتیلیگو^۲ یکی از شایع‌ترین اختلالات رنگدانه‌ای محسوب می‌شود (ال-سمدی^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). ویتیلیگو، ۰/۵ تا ۲ درصد از افراد در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ملانوسیت‌ها (سلول‌هایی که رنگدانه تولید می‌کنند) به طور انتخابی در طول شروع بیماری از بین می‌روند و در نتیجه لکه‌های سفیدرنگ روی پوست ایجاد می‌شوند (راحیل^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). در این افراد، از یکسو عوامل روان‌شناختی (نظیر تنفس و احساسات منفی) سبب پیشرفت بیماری‌های پوستی (مانند خارش و ویتیلیگو) می‌شود و از سوی دیگر اختلال‌های روانی نیز موجب بروز برخی بیماری‌های پوستی (نظیر ویتیلیگو پسوریازیس و درماتیت آتوپیک) می‌شود (بیوجی^۵، ۲۰۱۹).

دشواری تنظیم هیجان^۶ یکی از مشکلات شایع در بین بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی است (منتو^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان، مجموعه‌ای از راهبردها است که برای تعدیل هیجانات و پاسخ‌های هیجانی به کار می‌روند (ویزمون^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج مطالعات نشان می‌دهند وجود الگوهای بدتنظیمی هیجانی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی می‌تواند وضعیت پوستی افراد را تشدید و تداوم بخشد و نیز کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۶). توران و توران^۹ (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند افراد دارای اختلال کنند پوست دارای مشکلات تنظیم هیجان هستند.

تجربه علائم شدید مخصوصاً خارش، درد، احساس ناراحتی و به دنبال آن مشکلات روانی از جمله مواردی هستند که بیماران پوستی با آن دست به گریبان می‌باشند و جنبه‌های معمول زندگی تا فعالیت‌های اجتماعی تغیری و آموزشی ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند (بونیفیس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸). به همین دلیل، بهزیستی روان‌شناختی^{۱۱} در بیماران پوستی در بسیاری از پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است (هپات^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). شدت بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی آنها تأثیرگذار باشد (بلک استون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). بهزیستی روان‌شناختی یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می‌گردد و به بهبودی عاطفی برای توانایی لذت بردن از زندگی و گذراندن درد نالمیدی و ناراحتی و رسیدن به سطحی از اعتقاد به شان و ارزش خود و دیگران اشاره دارد و ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی هیجانی) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی) است (روگری^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰).

هدف بسیاری از افراد در سرتاسر دنیا دستیابی به سلامتی و شادمانی بالاتر است، یعنی روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمده که هدفشان پرورش دادن شناختها، احساس‌ها یا رفتار مثبت می‌باشد (فلاح چای و فلاحتی، ۱۳۹۵). بیمارانی که تحت درمان بیماری پوستی ویتیلیگو (لک و پیسی) قرار می‌گیرند، با توجه به نوع بیماری و درمان، ممکن است با چالش‌هایی از قبیل عوارض جانی داروهای استفاده شده در درمان روبرو شوند و برای مدتی از زندگی عادی فاصله بگیرند. به این ترتیب، بهبود یا کاهش مشکلات در اثر بیماری پوستی ویتیلیگو در بیماران با رویکردهای مختلف روان‌شناختی امکان‌پذیر است. یکی از این رویکردها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۵} است. هدف از این درمان، کمک به مراجع است تا در راستای ایجاد یک زندگی غنی کامل و معنادار بکوشد و رنج خود را در زندگی بپذیرد (علی‌رحمی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری و شناختی موج سوم است که بر ذهن آگاهی، پذیرش و تغییر رفتار مبتنی بر ارزش تأکید دارد و بر روی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کار می‌کند (آرنولد^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). درواقع

1. Vitiligo
2. AL-smadi
3. Rahele
4. Ujije
5. Difficulties in emotional regulation
6. Mento
7. Waizman
8. Turan & Turan
9. Boniface
10. Psychological Well-Being
11. Hepat
12. Blackstone
13. Ruggeri
14. Acceptance and commitment therapy
15. Arnold

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش افکار و هیجانات منفی، عواطف منفی افراد را کاهش می‌دهد (ژیونگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱).

گلاسمن^۲ و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند تلاش‌های ناموفق ما برای غلبه یافتن یا جلوگیری از درد و رنج به ناراحتی بسیار عمیق‌تری منجر می‌شود و تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساساتمان می‌توانیم زندگی‌مان را نجات دهیم و نباید با تلاش مداوم برای تبدیل روابطمان به چیزهایی که نیستند، اوضاع را پیچیده‌تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد افکار و احساساتش را بپذیرد و راههای تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد. شش فرایند اصلی در قالب یک فرایند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) به عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر و پذیرش معرفی شده است که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (سو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳).

پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این درمان در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش بدتنظیمی هیجان است. به عنوان مثال نتیجه پژوهش ایتوریه^۴ و همکاران (۲۰۲۲) حاکی از تأثیر این درمان بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی بزرگسالان دارای اضافه وزن یا چاقی بوده است. نتیجه پژوهش گودبی و کانگاس^۵ (۲۰۲۲) نشان‌دهنده آن بود که خود به عنوان زمینه (یکی از شش مؤلفه اصلی مدل درمانی پذیرش و تعهد) یک استراتژی تنظیم‌کننده هیجان مؤثر در کاهش پریشانی حاد در یک نمونه بزرگسال جوان در معرض استرس است. پژوهش مارینو^۶ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود بهزیستی روان‌شناختی در والدین افراد مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم مؤثر بوده است. سلیمان پور و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش احساسات و جلوگیری از اجتناب تجربه‌ای و شکل‌دهی به عمل متعهدانه و عادات سالم به بهبود کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو کمک کرده است. دانشی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو شده است. صاحبی و همکاران (۱۳۹۹) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی اثربخش بوده است.

با توجه به اثرات نامطلوب بیماری پوستی ویتیلیگو (لک و پیسی) و اثر آن بر بهزیستی روان‌شناختی و پیامدهای ناشی از آن، با تشخیص بدموقع و مداخلات مناسب توسط درمانگران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب ناشی از بیماری و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو (لک و پیسی) کمک کرد. در مطالعات گذشته پژوهشی که تمام متغیرهای پژوهش را یکجا بررسی کند چه در خارج و چه در داخل کشور یافت نشد و به دلیل کمبود پژوهشی در این رابطه در این پژوهش این موضوع بررسی شد. نتیجه این پژوهش می‌تواند به عنوان تلاشی اساسی در راستای بهبود شرایط روان‌شناختی این بیماران مورد توجه قرار گیرد. لذا توجه بیشتر به این مسئله و انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه گامی مؤثر در راستای رفع مضلالات روانی افراد مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو و خانواده‌های آنها در سطوح مختلف شخصیتی و اجتماعی است. به این ترتیب، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو انجام پذیرفت.

روش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ویتیلیگو (لک و پیسی) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی پوست و زیبایی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آنها به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار Power-1/3 G^{*} استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل برابر با ۱۴ نفر یعنی در مجموع ۲۸ نفر برای انجام پژوهشی با اندازه اثر ۰/۵ و توان ۰/۸۵ درصد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، لازم بود. با توجه به احتمال افت شرکت کنندگان حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به

1. Xiong

2. Glassman

3. Hsu

4. Iturbe

5. Godbee & Kangas

6. Marino

اثرپذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناسانه زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو
The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional regulation and psychological well-being ...

پژوهش شامل سن ۲۰ تا ۴۰ سال، برخورداری از سلامت روان شناختی و نداشتن تاریخچه ابتلا به اختلالات شدید روانی و جسمانی (بر اساس مصاحبه بالینی)، نداشتن رویداد بحرانی یا تنفس زای شدید مانند مرگ عزیزان، طلاق و مهاجرت طی سه ماه اخیر، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طی انجام پژوهش و تمایل جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غبیت بیش از یک جلسه، ناقص پرسشنامه‌ها و عدم تمایل آنها به ادامه همکاری در پژوهش بود. از جنبه‌های اخلاقی پژوهش هم این بود که به افراد اطمینان داده شد که هیچ‌گونه اطلاعات خصوصی و خانوادگی از آن‌ها اخذ نخواهد شد و اطلاعات شرکت‌کنندگان به صورت شخصی و محترمانه نزد پژوهشگر امانت خواهد بود. درنهایت داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم هیجان-نسخه کوتاه (CERQ): این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایج^۱ در سال ۲۰۰۶ تهیه شده است. یک ابزار ۱۸ سؤالی است و راهبردهای تنظیم هیجان‌ها را در پاسخ به حادث تهدیدکننده و تنبیه‌گی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگرسرزنشگری؛ تمرکز بر فکر نشخوارگری؛ فاجعه‌آمیزپنداری؛ کم‌اهمیت‌شماری؛ تمرکز مجدد مثبت ارزیابی مجدد مثبت پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداچشم نمره در هر زیر مؤلفه به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم هیجان به دو دسته کلی تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی تقسیم می‌شوند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نسخه‌ی اصلی برای هرکدام از زیر مؤلفه‌ها بین ۰/۷۳ و ۰/۸۱ و ضریب روایی همزمان آن با زیر مؤلفه افسردگی پرسشنامه سلامت روان (فرم ۹۰ سؤالی) برای خودسرزنشگری ۰/۱۵، دیگرسرزنشگری ۰/۰۵، تمرکز بر فکر نشخوارگری ۰/۳۱، فاجعه‌آمیزپنداری ۰/۳۲، کم‌اهمیت‌شماری؛ تمرکز مجدد مثبت ۰/۰۶ - ارزیابی مجدد مثبت ۰/۰۶، پذیرش ۰/۰۳ و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۰۴ به دست آمده است (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). روایی محتوی نیز توسط هشت نفر روانشناس داوری و مورد توافق واقع شده و ضریب کنکال از ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ برای زیر مقیاس‌ها تعیین شد (پورحسین و هدهدی، ۱۳۹۴). در پژوهش رازقی وندی و همکاران (۱۴۰۲) پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان ۰/۸۹ و برای راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان انطباقی ۰/۸۸ و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان غیر انطباقی ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف- نسخه کوتاه (PWBS-SF)^۳: نسخه کوتاه (۱۸ سؤالی) پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، توسط ریف^۴ در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این نسخه مشتمل بر ۶ عامل است: سؤال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال؛ سؤال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط؛ سؤال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد شخصی؛ سؤال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳، عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ سؤال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶، عامل هدفمندی در زندگی و سؤال‌های ۲، ۸ و ۱۰، عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. نمره گذاری به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای = کاملاً موافقم تا ۱ = کاملاً مخالفم) می‌باشد و نمره بالا نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. ریف (۱۹۸۹) ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازارآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است. همبستگی نسخه کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف با پرسشنامه اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر^۵، ۲۰۰۶). در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۵۲، ۰/۵۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۳، ۰/۰۵۰ و ۰/۰۵۰ ضریب روابی همزمان آن با سیاهه‌ری روان‌درمانی مثبتنگر (رشید و سلیمانی^۶، ۲۰۱۳) برای عامل‌های ۰/۷۶ استقلال، تسلط بر محیط ۰/۳۸، رشد شخصی ۰/۳۹، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۳۲، هدفمندی در زندگی ۰/۳۱ و پذیرش خود ۰/۴۹ گزارش شد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short

2. Garnefski & Kraaij

3. Ryff's Scale of Psychological Well-Being-Short Form

4. Ryff

5. Singers

5. Singer

برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: افراد گروه آزمایشی و گروه کنترل در مرحله پیشآزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. جلسات درمانی گروه آزمایشی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی پذیرش و تعهد بود که به صورت دو بار در هفته برگزار شد (جدول ۱). در طول این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از ۸ جلسه درمانی از همه افراد نمونه (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در یک جلسه پسآزمون به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پسآزمون گروه کنترل نیز به مدت ۶ جلسه تحت درمان مبتنی پذیرش و تعهد قرار گرفت. بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسال^۱ که در سال ۲۰۱۰ تدوین شده است، طی ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هفتاهای دومرتبه به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با شرکت کنندگان معارفه و ایجاد اتحاد درمانی معرفی ساختار جلسات، تأکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، اخذ رضایت‌نامه شرکت در پژوهش اجرای پیشآزمون آشنایی با رویکرد ACT.
جلسه دوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان معرفی و بررسی اجتناب تجربه‌ای و آگاهی از پیامدهای اجتناب تجربه‌ای و بررسی و ایجاد درمان‌گری خلاصه و ارائه استعاره انسان در استخر ماسه، بررسی انتظارات سی شرکت کنندگان از درمان ACT و شرح اهداف انسان زنده، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و تکلیف خانگی.
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهوده بودن آنها با ارائه استعاره عاشق شدن، تمثیل دروغ‌سنجه و دونات ژلای؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تقاویت آن با مفاهیم تسلیم شدن شکست، یأس، انکار مقاومت، تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم هم‌جوشی شناختی و بررسی آمیختگی به خود مفهوم پردازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و تمرین لیمو لیمو؛ تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان مرور تکلیف جلسه قبل و تمرین بیشتر گسلش، معرفی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و بودن در زمان حال، تفهم کامل‌تر این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل و معرفی تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل با ارائه استعاره اسکیت، تکلیف خانگی.
جلسه ششم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان مرور تکلیف جلسه قبل معرفی مفهوم ارزش‌ها و مقایسه آنها با اهداف شناسایی ارزش‌های افراد با استفاده از قطب نمای زندگی و حلقه هدف و استعاره مستند هفت‌روزه و عصای جادویی ذهن‌آگاهی و بودن در زمان حال و تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان مرور تکلیف جلسه قبل، ذهن‌آگاهی و بودن در زمان حال و وارسی بدن بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال معهده‌دانه تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد مرور تکلیف جلسه قبل، مرور ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی الگوهای رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات، در میان گذاشت‌تجارب اعضا گروه با یکدیگر و تشکر از شرکت کنندگان برای شرکت در گروه و آماده‌سازی آنها برای پایان جلسات و اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسه.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که افراد نمونه پژوهش همگی زن بودند و دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $32/77 \pm 2/59$ سال و گروه کنترل $31/36 \pm 3/48$ بود. ۱۰ نفر (۷۶٪) درصد از گروه آزمایش متأهل و ۵ نفر (۲۳٪) مجرد بودند و ۱۱ نفر (۷۳٪) از گروه کنترل متأهل و ۴ نفر (۲۷٪) مجرد بودند. جدول ۲ آمار توصیفی متغیر تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو
The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional regulation and psychological well-being ...

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیر					
گروه آزمایش			گروه کنترل		
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	متغیر
میانگین (انحراف استاندارد)	تنظیم هیجان منفی				
(۴/۸۴) ۱۷/۵۰	(۴/۳۱) ۱۹	(۱/۴۳) ۱۴/۲۵	(۳/۴۶) ۲۲/۶۳		تنظیم هیجان مثبت
(۷/۹۸) ۳۸/۶۹	(۷/۳۳) ۳۷/۰۱	(۱/۲۹) ۴/۷۵	(۶/۹۸) ۳۴/۰۶		بهزیستی روان‌شناختی
(۸/۲۵) ۴۰/۴۴	(۶/۳۴) ۴۱/۵۰	(۱۲/۲۵) ۵۰/۷۵	(۷/۷۲) ۲۸		

طبق جدول ۲ در متغیر پژوهش میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته است؛ این بهبود در متغیر تنظیم هیجان منفی به صورت کاهش میانگین و در متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و بهزیستی روان‌شناختی به صورت افزایش میانگین بود؛ بنابراین تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه آزمایش است.

به منظور مقایسه گروه از مایشی و گروه کنترل از نظر متغیرهای واپسی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های زیربنایی آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج به دست آمده ($P=0.05$) حاکی از بهنجار بودن توزیع نمرات در دو گروه آزمایشی و کنترل است. یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج این آزمون حکایت از برابری ماتریس کوواریانس‌ها داشت ($P=0.21$ و $F=5/9$ و $Box M=11/20$). برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای تنظیم هیجان منفی ($P=0.04$ و $F=0.036$)، تنظیم هیجان مثبت ($P=0.024$ و $F=0.062$) و بهزیستی روان‌شناختی ($P=0.17$ و $F=1/90$) و نشانگر تحقق مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری همگنی شبیه‌های رگرسیون است که با معنی دار شدن ($P<0.01$) نتایج F گروه \times پیش‌آزمون برای متغیرهای مورد بررسی تنظیم هیجان منفی ($F=26/93$ و $P=0.01$)، تنظیم هیجان مثبت ($P=0.01$ و $F=7/57$) و بهزیستی روان‌شناختی ($P=0.01$ و $F=16/52$) فرض همگنی شبیه‌های رگرسیون تائید نشد که از این تخلف می‌توان با اتخاذ سطح آلفای سخت‌گیرانه‌تر (استفاده از آلفای 0.025 به جای آلفای 0.05) چشم پوشی کرد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی نمره‌های متغیرهای پژوهش

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطای معناداری	سطح
اثر پیلایی	۰/۷۴	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱
لامبادای ویکلز	۰/۲۵	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۲/۹۱	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۹۱	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱

شاخص لامبادای ویکلز به دست آمده برای متغیرهای مورد پژوهش ($F=16/78$ و $P<0.001$) در سطح $1\leq P\leq 0.001$ معنی دار بود. بر این اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای واپسی تنظیم هیجان منفی تنظیم هیجان مثبت و بهزیستی روان‌شناختی بین گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد، برای بررسی این تفاوت، تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی نمره‌های پس‌آزمون انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آماره	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تنظیم هیجان منفی	پیش‌آزمون	۱۸۴/۴۴	۱	۱۸۴/۴۴	۱۸۴/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸
گروه	گروه	۲۰۲/۷۲	۱	۲۰۲/۷۲	۲۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
خطا	خطا	۱۹۸/۵۵	۲۸	۶/۸۴	۲۰۲/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰
تنظیم هیجان مثبت	پیش‌آزمون	۳۹۵/۵۹	۱	۳۹۵/۵۹	۳۹۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
گروه	گروه	۵۵۹/۹۵	۱	۵۵۹/۹۵	۲۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
خطا	خطا	۵۸۴/۸۶	۲۸	۲۰/۱۶	۲۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۶۱۷/۲۸	۱	۱۶۱۷/۲۸	۲۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹
گروه	گروه	۲۴۰۱/۷۵	۱	۲۴۰۱/۷۵	۴۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
خطا	خطا	۱۶۵۵/۶۵	۲۸	۵۷/۰۹			

با توجه به جدول ۴ بین گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ تنظیم هیجان منفی، تنظیم هیجان مثبت و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح ($P \leq 0.001$) وجود دارد. بر اساس میانگین‌های ارائه شده در جدول ۴، یافته‌های حاصل نشان می‌دهند که در مرحله پس‌آزمون تنظیم هیجان منفی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش و تنظیم هیجان مثبت و بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است؛ میزان تأثیر برای تنظیم هیجان منفی 0.50 ، تنظیم هیجان مثبت 0.48 و بهزیستی روان‌شناختی 0.59 بود؛ یعنی 50 درصد از واریانس تنظیم هیجان منفی، 48 درصد از واریانس تنظیم هیجان مثبت و 59 درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی ناشی از درمان مبتنی پذیرش و تعهد است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش تنظیم شناختی هیجان منفی و افزایش تنظیم شناختی هیجان مثبت در بین زنان مبتلا به ویتیلیگو شده است. این یافته با نتایج پژوهش گودبی و کانگاس (۲۰۲۲)، سلیمان پور و همکاران (۱۴۰۱) و صاحبی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش امیدواری خلاقانه به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ها و شناخت‌های خود، آگاهی یابند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه تر کنار بگذارند. به همین دلیل این شیوه درمانی مراجع را از چنگ کشمکش خودتخریبی که گرفتار آن شده و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به راه حل‌های هیجان‌مدار مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد را رها می‌سازد و باعث بهبود سازگاری روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی و اجتماعی فرد می‌شود (باتلر و سیاروچی، ۲۰۰۷). این درمان به دلیل سازوکارهای پذیرش افزایش آگاهی حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان جویان را مجهرز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آنها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آنها بپردازند (شریفی و همکاران، ۱۴۰۰). ماهیت فراتشخیصی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به ارائه پاسخ متفاوت افراد به مشکلات می‌شود، چراکه مشکل راحل کرده یا ذهن را تعییر می‌دهد. کاری که به دلیل کاهش توانایی برای زنان مبتلا به ویتیلیگو دشوار است و از دستیابی به پیری مثبت از طریق اعتبارسنجی تجربیات و واکنش‌های فردی با پذیرش رویدادی که فرد نمی‌تواند از رویداد اجتناب کند و آن را تغییر دهد، حمایت می‌کند (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶). راهبردهای پذیرش بر تنظیم احساسات و هیجانات نیز تأثیر مثبت می‌گذارند، انگیختگی فیزیولوژیکی را کاهش و پاسخ‌های مؤثر در کنترل هیجانی را ارتقاء می‌دهند (جورج و دیکازمن، ۲۰۱۵).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو
The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional regulation and psychological well-being ...

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو را به‌گونه‌ای مثبت تحت تأثیر قرار دهد. این یافته با نتایج پژوهش ابتوریه و همکاران (۲۰۲۱)، مارینو و همکاران (۲۰۲۲)، سلیمان پور و همکاران (۱۴۰۱) و دانشی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. از جمله مهم‌ترین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران مبتلا به بیماری پوست ویتیلیگو به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف اعمال و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، نامیدی و افسردگی که بهنوبه خود موجب تشديد مشکلات می‌شوند، رهایی یابند. از طرفی درمان مذکور سبب بهبود انعطاف‌پذیری روانی بیماران می‌شود که می‌تواند بیماران را قادر سازد تا بهطور فعال بر مشکلات خود غلبه کند، آگاه تر شوند و با توانایی‌های خود ارتباط بیشتری برقرار کنند (لی^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمايل و پذیرش می‌باشد. در این مؤلفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌گردد تا تحریبات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند در توجیه این مسئله می‌توان گفت که چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیدهای فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند. بنابراین آموزش آن به بیماران مبتلا به بیماری برص یا پیسی باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به مسائل مربوط به بیماری خود می‌شود و درنتیجه سازگاری آنها بهبود می‌یابد (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶).

درمجموع می‌توان گفت که از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقرن به صرفه است و در مقیاس وسیع قابل اجرا است، این امکان را دارد که به کاهش زوال سلامتی و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی از طریق معنادار کردن زندگی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی در افراد بیمار کمک کند. بر اساس رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اگر کاهش عملکرد منجر به ناتوانی در دستیابی به یک هدف شود استراتژی‌های جایگزین جبرانی صرف منابع اضافی یا تغییر اهداف اولیه به منظور حفظ عملکرد می‌تواند مانع از اجتناب تجربی و رفتاری در زنان مبتلا به بیماری‌های پوستی شود. بنابراین این رویکرد درمانی از این امر حمایت می‌کند که پذیرش کاهش‌هایی که تغییرناپذیر هستند و به دنبال آن شناسایی اهدافی که هنوز قابل دستیابی هستند، سازگار و سودمند است.

با توجه به اینکه جامعه آماری در این پژوهش را زنان مبتلا به ویتیلیگو تشکیل داده بود، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها و سایر زنان مبتلا به ویتیلیگو ساکن در شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود جلسه‌های پیگیری درمان به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی‌مدت، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، عدم بررسی نتایج به تفکیک جنسیت اشاره نمود. بنابراین توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی نتایج به تفکیک جنسیت بررسی شود، از مصاحبه ساختاریافته و مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها و سنجش متغیرها استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل برسد و اینکه نتایج در مراحل پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت بررسی شود، پیشنهاد می‌شود که متخصصان بهداشت روان در حوزه روان‌شناختی زنان مبتلا به ویتیلیگو با شناخت کامل نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کارگیری این درمان، به اتخاذ رویکرد انعطاف‌پذیرتر نسبت به کاستی‌ها و نقصان‌های بیماری پوستی و هدفمند کردن در باقی‌مانده عمر در زنان مبتلا به ویتیلیگو کمک کنند.

منابع

- پورحسین، ر، و هدھدی ز. (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین تحمل ناپذیری بلاکلیفی با نگرانی. رویش روان‌شناختی، ۴، (۱۲)، ۷۳-۶۱.
<http://frooyesh.ir/article-1-185-fa.html>
- خانجانی، م، شهیدی، ش، فتح آبادی، ج، مظاہری، م، و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار در روان‌شناختی بالینی، ۹ (۳۲)، ۳۶-۲۷.
https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_67_en.html?lang=fa

دانشی، ر.، حافظی، ف.، و همایی، ر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری پوستی پیسی: یک مطالعه راهنمای اجتماعی، ۱۱۷-۱۲۸.

<https://journals.ssbmu.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/31261>

رزاقی وندی، ن.، جعفری، د.، و بهرامی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و مواجهه از طریق واقعیت مجازی بر تنظیم شناختی هیجان

<http://frooyesh.ir/article-1-4780-fa.html>

سلیمان پور، م.، پیرخانفی، ع.، و زهراکار، ک. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۱۳(۲۱)، ۹۸۷-۱۰۰۴.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-1485-fa.html> شریفی، م.، کاکابرایی، ک.، و افساری نیا، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی.

https://medrehab.ssbmu.ac.ir/article_1101617.html

صاحبی، م.، حسن زاده، ر.، و میرزایان، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر راهبردهای تنظیم هیجانی، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۶(۶)، ۶۰-۷۳.

<http://jhpm.ir/article-1-1186-fa.html>

عبدی، ص.، دوازده‌مامی، م.، احسانی، ا.، و جعفری، م. (۱۳۹۶). نقش شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پسوریاژیس. پوست و زیبایی، ۲۱(۲)، ۷۱-۸۲.

<http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5252-fa.html>

فلاح چای، س.، و فلاحی، م. (۱۳۹۵). مقایسه سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس زنان و دختران در شیراز: زن و مطالعات خانواده. ۹(۳۴)، ۱۶۶-۱۶۷.

https://jwsf.tabriz.iau.ir/article_531629.html?lang=fa. ۱۴۳

Alirahmi, M., Aibod, S., Azizifar, A., & Kikhavani, S. (2023). Effectiveness of behavioral activation therapy and acceptance and commitment therapy on depression and rumination as a tool for health promotion on mothers with cerebral palsy children. *Journal of education and health promotion*, 12, 290. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1552_22

AL-smadi, K., Imran, M., Leite-Silva, V. R., & Mohammed, Y. (2023). Vitiligo: A Review of Aetiology, Pathogenesis, Treatment, and Psychosocial Impact. *Cosmetics*, 10, 84. <https://doi.org/10.3390/cosmetics10030084>

Arnold, T., Haubruck, K. K., Klasko-Foster, L. B., Rogers, B. G., Barnett, A., Ramirez-Sanchez, N. A., Bertone, Z., & Gaudiano, B. A. (2022). Acceptance and Commitment Therapy Informed Behavioral Health Interventions Delivered by Non-Mental Health Professionals: A Systematic Review. *Journal of contextual behavioral science*, 24, 185-196. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.005>

Blackstone, B., Patel, R., & Bewley, A. (2022). Assessing and Improving Psychological Well-Being in Psoriasis: Considerations for the Clinician. *Psoriasis (Auckland, N.Z.)*, 12, 25-33. <https://doi.org/10.2147/PTT.S328447>

Boniface, K., Seneschal, J., Picardo, M., & Taïeb, A. (2018). Vitiligo: Focus on Clinical Aspects, Immunopathogenesis, and Therapy. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 54(1), 52-67. <https://doi.org/10.1007/s12016-017-8622-7>

Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16(4), 607-615. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9149-1>

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>

George, B., & de Guzman, R.G. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy based intervention program (ACTP) on perceived stress and emotion regulation among alcoholics in Kerala, India. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 10-18. <https://doi.org/10.15614/IJPP%2F2015%2FV6I1%2F88437>

Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izettoglu, M., & Ruocco, A. C. (2016). The Effects of a Brief Acceptance-Based Behavioral Treatment Versus Traditional Cognitive-Behavioral Treatment for Public Speaking Anxiety: An Exploratory Trial Examining Differential Effects on Performance and Neurophysiology. *Behavior modification*, 40(5), 748-776. <https://doi.org/10.1177/0145445516629939>

Godbee, M., & Kangas, M. (2022). Focusing on the self in context as an emotion regulatory strategy: an evaluation of the "self-as-context" component of ACT compared to cognitive reappraisal in managing stress. *Anxiety, stress, and coping*, 35(5), 557-573. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1985472>

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.

Hepat, A., Chakole, S., & Rannaware, A. (2023). Psychological Well-Being of Adult Psoriasis Patients: A Narrative Review. *Cureus*, 15(4), e37702. <https://doi.org/10.7759/cureus.37702>

Hsu, T., Adamowicz, J. L., & Thomas, E. B. K. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility and inflexibility of undergraduate students: A systematic review and three-level meta-analysis. *Journal of contextual behavioral science*, 30, 169-180. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.006>

Iturbe, I., Echeburúa, E., & Maiz, E. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(3), 837-856. <https://doi.org/10.1002/cpp.2695>

Li, Z., Shang, W., Wang, C., Yang, K., & Guo, J. (2022). Characteristics and trends in acceptance and commitment therapy research: A bibliometric analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 980848. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.980848>

Marino, F., Failla, C., Chilà, P., Minutoli, R., Puglisi, A., Arnao, A.A., Pignolo, L., Presti, G., Pergolizzi, F., Moderato, P., et al. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy for Improving Psychological Well-Being in Parents of

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو

The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional regulation and psychological well-being ...

- Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sci*, 11, 880. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070880>
- Mento, C., Rizzo, A., Muscatello, M. R. A., Zoccali, R. A., & Bruno, A. (2020). Negative Emotions in Skin Disorders: A Systematic Review. *International journal of psychological research*, 13(1), 71-86. <https://doi.org/10.21500/20112084.4078>
- Raheel, M. F. S., Snoubar, Y., & Mosbah, W. S. (2024). Being female with vitiligo disease in traditional societies within North Africa. *BioPsychoSocial Med*, 18, 1. <https://doi.org/10.1186/s13030-024-00299-4>
- Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Case Study of an 89 -Year -Old with Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Case Studies Sagepub*, 15(1), 53-67. <https://doi.org/10.1177/1534650115589754>
- Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., & Huppert, F. A. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health Qual Life Outcomes*, 18, 192. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best News Yet on the Six-Factor Model of Well-Being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002>
- Turan, I. K., & Turan, S. (2023) Emotion regulation and executive functions in adolescents with skin picking disorder, *Applied Neuropsychology: Child*, 12(3), 221-226. <https://doi.org/10.1080/21622965.2022.2078978>
- Ujiie, H. (2019). Regulatory T cells in autoimmune skin diseases. *Experimental dermatology*, 28(6), 642–646. <https://doi.org/10.1111/exd.13535>
- Waizman, Y. H., Sedykin, A. E., Guassi Moreira, J.F., Saragosa-Harris, N. M., Silvers, J. A., & Peris, T. S. (2023). Emotion Regulation Strategies and Beliefs About Emotions Predict Psychosocial Outcomes in Response to Multiple Stressors. *Affec Sci*, 4, 275-290. <https://doi.org/10.1007/s42761-023-00187-0>
- Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J., Liu, Y., & Hu, M. (2021). Relationship Between Cognitive Fusion, Experiential Avoidance, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in psychology*, 12, 655154. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.655154>