رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۱۱، شهریور ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(6), 2025

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس

The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Cognitive Fusion and Disgust Sensitivity in Patients with Psoriasis

دکتر فاطمه بیان‌فر (نویسنده مسئول)
دانشیار روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
فاطمه اسدپور
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه بین‌الملل پیام نور، اربیل، عراق.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق‌تخصصی پوست رازی تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های همجوشی شناختی (CFQ؛ گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴) و حساسیت انزجاری (D-Scale؛ هیدت و همکاران، ۱۹۹۴) بود. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. بر اساس یافته‌های این مطالعه، درمان مبتنی بر شفقت سبب کاهش همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *حساسیت انزجاری، همجوشی شناختی، درمان مبتنی بر شفقت، پسوریازیس.*

Dr. Fatemeh Bayanfar *
Associate Professor of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.
f.bayanfar@pnu.ac.ir
Fatemeh Asadpour
PhD student in General Psychology, Department of Psychology, Payam Noor International University, Erbil, Iraq.

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of compassion-based therapy on cognitive fusion and disgust sensitivity in patients with psoriasis. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the study was all patients with psoriasis who were referred to Razi Dermatology Hospital in Tehran in 2024. A sample of 30 people was selected using purposive sampling and randomly assigned to the experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received compassion-based therapy for 8 sessions, two 60-minute sessions per week. The research instruments were the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014) and the Disgust Sensitivity (D-Scale; Heidt et al., 1994). The research data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The findings showed that, after controlling for the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.05 level between the mean post-test cognitive fusion and disgust sensitivity of psoriasis patients in the experimental and control groups. Based on the findings of this study, compassion-based therapy reduces cognitive fusion and disgust sensitivity in psoriasis patients.

Keywords: *Cognitive Fusion, Disgust Sensitivity, Compassion-Based Therapy, Psoriasis.*

نوع مقاله : کاربردی | **دریافت : دی ۱۴۰۳** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]

مقدمه

در میان بیماری‌های خودایمنی، پسوریازیس[1] یکی از بیماری‌های نقص سیستم ایمنی و نوعی بیماری مزمن پوستی خودایمنی است (کاسیاپوتی[2] و همکاران، ۲۰۲۴). پسوریازیس نوعی ضایعه التهابی پوستی غیرواگیر است که موجب ازدیاد اپیدرم‌سازی پوست می‌شود (استروبر[3] و همکاران، ۲۰۲۴). پسوریازیس در اثر مجموعه‌ای از عوامل بیرونی و درونی از جمله استعداد ژنتیکی و ایمنی، رژیم غذایی، برخی داروها، عفونت‌ها، آسیب‌های مکانیکی، استرس روانشناختی و تجربیات آسیب‌زا ایجاد می‌شود (آرمیجو_بورجون[4] و همکاران، ۲۰۲۵). علائم بیماری به صورت پلاک‌های پوسته ریز قرمز رنگ در نواحی مختلف بدن، خارش، خشکی و پوسته پوسته شدن ظاهر می‌گردد و سطوح بالا خارش می‌تواند باعث ایجاد اضطراب و تنش روانشناختی شود (اینوس[5] و همکاران، ۲۰۲۳). شیوع این بیماری در آمریکا، اروپا و نیز ترکیه ۲ تا ۴ درصد تخمین زده شده است (وست[6] و همکاران، ۲۰۲۴)، و در ایران حدود ۲ درصد است و احتمال ابتلاء در افراد بر اساس سابقه خانوادگی متفاوت است (افصحی و همکاران، ۱۴۰۱). درگیری این بیماری در مردان و زنان به یک نسبت است و در هر سنی از کودکی تا پیری امکان دارد شروع شود (مازیلو[7] و همکاران، ۲۰۲۵). تظاهرات بیماری در طول زندگی افراد متغیر بوده و دوره‌هایی از بهبودی و عود مشاهده می‌شود. وسعت و شدت بیماری تنوع گسترده‌ای نشان می‌دهد (افصحی و همکاران، ۱۴۰۱). زندگی طولانی مدت با بیماری پسوریازیس بر تصویر ذهنی فرد از جسم خویش تأثیر می‌گذارد و یکی از عوامل ایجاد کننده استرس[8] است و بروز آسیب‌های روانی همچون استرس در مبتلایان به پسوریازیس با ایجاد آمیختگی افکار[9] و هیجانات، نظم پردازش شناختی مبتلایان را برهم می‌زند (آلمدیا[10] و همکاران، ۲۰۲۰). همجوشی شناختی[11] سازه‌ای اجتماعی و شناختی است و آنگونه فرد را گیج و سردرگم می‌کند که پس از مدتی بعد به عنوان تفسیری صحیح از تجربه‌های فردی قلمداد شده و آنگاه از تجارب واقعی فرد قابل تفکیک نیستند (آراجو[12] و همکاران، ۲۰۲۴)، و زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارد. در چنین شرایطی فرد دچار ناتوانی در مدیریت رویدادها می‌شود و همین مسئله بر میزان آسیب‌های روانی وی می‌افزاید (دنگ[13] و همکاران، ۲۰۲۴). از سویی دیگر، سبب می‌شود فرد نتواند از راهبردهای مقابله‌ای مناسب بهره برد (آقایی و همکاران، ۱۴۰۳). همجوشی شناختی، به عنوان جزئی از انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، باعث می‌شود فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه کنند و فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملا واقعی هستند (فاوستینو[14] و همکاران، ۲۰۲۳).

ضایعات قابل مشاهده در پسوریازیس با علائم نسبتا خفیف در بیماران احساس بدی ایجاد کرده که ناشی از ادراک درونی بیمار بوده و منجر به فشار روانی و برداشت‌های اجتماعی ناخوشایند می‌شود و حساسیت انزجاری[15] را به وجود می‌آورد (شاینل و وبنگر[16]، ۲۰۲۲). انزجار، هیجان منفی و فراگیر شامل احساسی از تنفر شدید همراه با بی‌میلی است که ابعاد مختلف فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری دارد و به عنوان یک عملکرد محافظتی کلی برای هشدار دادن به افراد در مورد تهدیدهای بالقوه عمل می‌کند (سونگ[17] و همکاران، ۲۰۲۴). حساسیت انزجاری، استعداد تجربه انزجار در واکنش به طیف گسترده‌ای از محرک‌های چندش‌آور است و شامل ارزیابی شناختی محرک‌ها برای مضربودن است، و هر چه حساسیت بالاتر باشد، پاسخ فرد به محرک‌های منزجرکننده بالقوه برجسته‌تر می‌شود (تورس[18] و همکاران، ۲۰۲۴). افرادی با حساسیت انزجاری بالا، در مواجهه با محرک‌های ناخوشایند، تجربه‌های منفی بیشتری دارند که این می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی منجر شود (کلینت[19] و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعات نشان می‌دهند که روش‌های درمان دارویی به تنهایی، تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر علائم روانشناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس نداشته؛ لذا با توجه به تاثیر تایید شده فاکتورهای روان‌شناختی در بروز یا تداوم این بیماری، انجام مداخلات روانشناختی از جمله درمان مبتنی

1 Psoriasis
2 Cacciapuoti
3 Strober
4 Armijo-Borjon
5 Enos
6 West
7 Mazilu
8 Stress
9 Thought fusion
10 Almeida
11 Cognitive fusion
12 Araujo
13 Deng
14 Faustino
15 Disgust sensitivity
16 Schienl, & Wabnegger
17 Song
18 Song
19 Klint

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]

بر شفقت[1] بر پیامدهای روانشناختی بیماری پسوریازیس ضروری به نظر می‌رسد (اعرابی و همکاران، ۱۳۹۹؛ موفتین و همکاران، ۲۰۲۲). درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد (جوهانسن[2] و همکاران، ۲۰۲۲). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کنند (وارلی[3] و همکاران، ۲۰۲۴). اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (فراسر و گریگوری[4]، ۲۰۲۴). عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود، آگاه می‌کند (پاکسیک[5] و همکاران، ۲۰۲۴). در راستای اهداف پژوهش نتایج مطالعات نشان‌دهنده تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر احساس شرم، پریشانی روانشناختی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس (اعرابی و همکاران، ۱۳۹۹؛ برزمینی و حسینائی، ۱۳۹۸؛ ترینداد[6] و همکاران، ۲۰۲۱؛ سیکوف[7]، ۲۰۲۰) و علائم بیماری پسوریازیس، ادراک از تصویر بدن و حساسیت انزجاری (دهقان نیری و بیاضی، ۱۴۰۲؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ موفتین و همکاران، ۲۰۲۲؛ کلارک[8] و همکاران، ۲۰۲۰) بود.

عواقب بیماری پسوریازیس گاهی منجر به عوارض روانی در فرد می‌شود که علاوه بر شیوع بالینی اضطراب و افسردگی، تأثیر مستقیمی بر اشتیاق به زندگی در این بیماران دارد. مبتلایان به پسوریازیس از اماکن عمومی دوری می‌کنند، در ارتباطات بین‌فردی به‌خاطر انگ و همچنین تغییرات ظاهری به‌وجود آمده به سبب بیماری دچار مشکلاتی هستند. بنابراین در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود که جنبه‌های روانشناختی و درمان جسمانی بیماری پسوریازیس تعامل دوطرفه‌ای با هم دارند. از طرفی جنبه‌های منفی سلامت روان پسوریازیس علاوه بر این که تأثیر مستقیم بر سلامت روان بیمار دارد، به طور بالقوه در وخامت بیماری نیز تأثیر می‌گذارد. این وضعیت روانی بر انگیزه درمان و امید به بهبودی بیماری تأثیر می‌گذارد و در درمان تداخل ایجاد می‌کند. لذا با توجه به اهمیت این بیماری و تأثیرات نامطلوب آن بر سلامت روان فرد بیمار و اعضای خانواده وی، نیاز مراکز درمانی به برنامه‌های روان‌درمانی کارآمد و فقدان پژوهش‌های کافی در این زمینه، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین این بیماران، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. حجم نمونه در برنامه جی* پاور نسخه ۳/۱ (فائول[9] و همکاران، ۲۰۱۹)، با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. با برگزاری جلسه توجیهی با بیماران براساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه‌ها انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس توسط متخصص، نداشتن بیماری پوستی دیگر، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، سیگار یا مواد مخدر طبق مصاحبه بالینی بود. ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و دریافت هم‌زمان مداخلات روانشناختی دیگر بود. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از مراجعه به معاونت پژوهشی بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران و اخذ مجوزهای لازم، جلسه توجیهی برای بیماران برگزار شد، با بیان ضرورت و اهداف پژوهش، رضایت شرکت‌کنندگان مبنی بر شرکت در پژوهش جلب شد. بیماران مبتلا به پسوریازیس با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در ادامه، از هر گروه به‌وسیله پرسشنامه همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری پیش‌آزمون به عمل آمد و نتایج آن، هم به‌صورت نمره کل و هم در هر مقیاس به‌صورت مجزا محاسبه و ثبت شد. سپس مداخله درمان مبتنی بر شفقت در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) اجرا شد. دو هفته پس از اتمام جلسات مداخله، پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا

1 Compassion-based therapy
2 Johansen
3 Varley
4 Fraser and Gregory
5 Paucsik
6 Trindade
7 Seykov
8 Kasikci
9 Faul

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]

شد. شایان ذکر است گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان؛ رعایت اصل رازداری، آگاه کردن شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، حق انصراف از مطالعه در هر زمان از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش بود. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار، گروه گواه جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفته و مداخله درمانی نیز بر آنان اجرا شد. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه همجوشی شناختی[1] (CFQ): پرسشنامه همجوشی شناختی توسط گیلاندرز[2] و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال، ۲ مولفه گسلش شناختی و همجوشی شناختی است و بر اساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت (نمره یک تا شش) به سنجش همجوشی شناختی می‌پردازد. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۲ تا ۷۲ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده همجوشی شناختی بیشتر است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط گیلاندرز و همکاران مورد بررسی و مطلوب گزارش گردید. همچنین میزان پایایی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۷) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد و همچنین روایی پرسشنامه را از طریق ضریب همبستگی با آزمون نشخوار فکری برای کل پرسشنامه ۰/۶۷ به دست آوردند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود و نشان از روایی بالای پرسشنامه دارد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر برای مولفه‌های گسلش شناختی، همجوشی شناختی و کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس حساسیت انزجاری[3](D_Scale): مقیاس حساسیت انزجاری توسط هیدت[4] و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و ۳۲ سوال دارد. این مقیاس با هدف ارزیابی حساسیت انزجاری در هفت حوزه برانگیزاننده انزجار یعنی: غذا، حیوانات، تولیدات بدنی رابطه جنسی، نقص قالب بدنی، مرگ، بهداشت و همچنین سطوح جادوی سمپاتیک که به صورت باوری جادویی درباره انتقال آلودگی تعریف می‌شود، طراحی شده است. شانزده گویه اول به صورت بلی/خیر (نمره گذاری به صورت صفر و یک) و ۱۶ گویه بعدی به صورت طیف لیکرت سه درجه‌ای (نمره‌گذاری به صورت صفر، یک و دو) هستند. نمره کل آزمون با جمع نمرات تمام سوالات به‌دست می‌آید که در دامنه صفر تا ۳۲ قرار دارد. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده حساسیت انزجاری بیشتر است. پایایی درونی برای این مقیاس در دامنه‌ای بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ قرار دارد، همچنین روایی پرسشنامه به روش تحلیل عاملی ۰/۹۰ به دست آمد (هیدت و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران، تحلیل عاملی اکتشافی یک ساختار چهار عاملی با ۳۲ سؤال را شناسایی کرد. انزجار مرکزی، انزجار آلودگی، انزجار یادآور حیوان و انزجار رابطه جنسی عامل‌های کشف شده بودند. روایی پرسشنامه به روش تحلیل عاملی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ به دست آمد و پایایی پرسشنامه برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش شده است (کارسازی و نصیری، ۱۳۹۵). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش کودر ریچاردسون برای مولفه‌های انزجار از غذا، انزجار از حیوانات، انزجار از تولیدات بدنی رابطه جنسی، انزجار از نقص قالب بدنی، انزجار از مرگ، انزجار از بهداشت، انزجار از انتقال آلودگی و کل مقیاس به ترتیب ۸۳، ۰/۸۷، ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۸۳ به دست آمد.

مداخله درمانی متمرکز بر شفقت: ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت[5] (۲۰۱۰) صورت گرفت که مورد تایید اساتید و متخصصان رویکرد متمرکز بر شفقت است و به مدت هشت جلسه (هفته‌ای دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی توسط استاد راهنما که عضو هیئت علمی دانشگاه است در اتاق مددکار بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران به صورت گروهی برگزار شد. مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	اهداف	محتوای جلسه	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.	ثبت نمونه‌های احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت خودانتقادی	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین، وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه

1 Cognitive Fusion Questionnaire
2 Gillanders
3 The Disgust Sensitivity Scale
4 Haidt
5 Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]

سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت‌ورز» یـا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز».	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.	ثبت پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌برانگیز روزانه
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی.	به‌کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

یافته ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از بین نمونه‌های پژوهش ۷۵/۲ زن و ۲۴/۸ مرد بودند. همچنین میانگین سن افراد در گروه آزمایش ۳۱/۲۵ و گروه گواه ۳۲/۱۸ بود. در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
همجوشی شناختی	درمان شفقت	۵۷/۲۸	۸/۴۴	۴۹/۱۶	۶/۲۱
	گروه گواه	۵۷/۰۶	۸/۸۱	۵۷/۳۲	۸/۹۴
حساسیت انزجاری	درمان شفقت	۲۵/۷۰	۴/۱۹	۱۷/۵۱	۳/۲۸
	گروه گواه	۲۵/۵۳	۴/۶۲	۲۵/۶۹	۵/۴۵

با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین نمره گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون کاهش داشته است که نشان از تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر متغیرهای مطرح شده است، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است. برای بررسی معناداری تغییرات ایجاد از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلکز تایید شد (P>۰/۰۵). همچنین آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، مورد استفاده قرارگرفت و نتایج نشان‌دهنده تایید پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود (P>۰/۰۵). پیش فرض همگونی ضریب رگرسیون نیز نشان داد که مقدار سطح معناداری برای تمام متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین فرض همگونی ضریب رگرسیون تأیید می‌شود. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد همگن بودن ماتریس کوواریانس مولفه‌های حساسیت انزجاری در سطح ۰/۰۰۱ رد شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۷۹۴	۷۵/۶۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۴۱	۷۵/۶۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۱
اثر هتلینگ	۶/۲۵۲	۷۵/۶۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]

بزرگترین ریشه روی	۶/۲۵۲	۷۵/۶۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۱

بر اساس جدول ۳، نتایج ازمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنادار در نمرات دو گروه داشت. از این رو نتایج حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور مشخص شدن این تفاوت، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در ادامه گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
همجوشی شناختی	پیش‌آزمون	۳۲۸/۴۹	۱	۳۲۸/۴۹	۳۴/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	گروه	۴۱۲۶/۳۵	۱	۴۱۲۶/۳۵	۲۹/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	خطا	۳۲۴۵/۲۳	۳۳	۹۸/۳۴		۰/۰۰۱	
حساسیت انزجاری	پیش‌آزمون	۳۳۲۷/۶۴	۱	۳۳۲۷/۶۴	۵۷/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	گروه	۵۶۱۹/۱۴	۱	۵۶۱۹/۱۴	۳۹/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۱۲۶۱/۲۸	۳۳	۳۸/۲۲			

نتایج جدول ۴ نشان داد که بین دو گروه از لحاظ کاهش نمره همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری در مبتلایان به پسوریازیس تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین مقدار اندازه اثر خرده‌مقیاس‌ها در سطح $P<۰/۰۰۱$ معنادار است و نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت سبب کاهش همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش همجوشی شناختی مبتلایان به پسوریازیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات اعرابی و همکاران (۱۳۹۹)، برزمینی و حسینائی (۱۳۹۸)، ترینداد و همکاران (۲۰۲۱) و سیکوف (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که همجوشی شناختی با رفتارهای اجتنابی، استرس، اختلالات روانی و فیزیکی، پریشانی روانشناختی و سطوح پایین سلامت روان در ارتباط است (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر شفقت موجب بالا رفتن شفقت در افراد می‌گردد که به دنبال آن هرچه افراد نسبت به خود و دیگران شفقت بیشتری داشته باشند، به احتمال بیشتری نسبت به نقص‌ها و کاستی‌های خود با مهربانی، پذیرش و درک برخورد می‌کنند، مشکلات، بیماری‌ها و دشواری‌های زندگی را به عنوان بخشی از تجربه مشترک میان همه انسان‌ها در نظر می‌گیرند و آنها را آگاهانه و با ملایمت می‌پذیرند و درک می‌کنند در نتیجه کمتر دچار اجتناب شناختی خواهند شد. درمان مبتنی بر شفقت پتانسیلی را ایجاد می‌کند تا فرد بتواند با افکار و هیجانات منفی خود به وسیله مهربانی، ملایمت و صبر مقابله کند و راهبردهای سازگارانه‌ای را برای مدیریت کردن افکار و هیجانات منفی ایجاد کند (اعرابی و همکاران، ۱۳۹۹). مؤلفه‌های شفقت خود به ویژه مهربانی با خود و ذهن آگاهی سبب می‌شود رفتارهای اجتنابی افراد کاهش یابد و فرد کمتر خود را در معرض قضاوت‌های شدید و سختگیرانه قرار دهد و بدون تحریف و قضاوت خود را از افکارش جدا کند. این دقیقاً چیزی است که همجوشی شناختی خلاف آن را رقم می‌زند به همین دلیل به نظر می‌رسد تکنیک‌ها و مؤلفه‌های این درمان توانسته در کاهش همجوشی شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس مؤثر عمل کند (ترینداد و همکاران، ۲۰۲۱).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات دهقان نیری و بیاضی (۱۴۰۲)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، موفتین و همکاران (۲۰۲۲) و کلارک و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که وجود نگرش مشفقانه به بیماران کمک می‌کند بین خودشان و دیگران نوعی ارتباط احساس کنند و به واسطه این احساس بر نگرانی از طرد شدن و قضاوت شدن غلبه کنند؛ بنابراین، افرادی که شفقت بالاتری نسبت به خود دارند، در تجربه‌های سخت و ناگوار به ویژه تجاربی که ارزیابی و مقایسه می‌شوند، با در نظر گرفتن اینکه هر انسانی دچار اشتباه و خطا می‌شود، احساسات منفی کمتری تجربه می‌کنند (کلارک و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع شفقت به خود توانایی افراد در تعامل با دیگران را بالا می‌برد. درمان مبتنی بر شفقت با آموزش تمرین‌هایی نظیر مدیتیشن، بخشش خود و دیگران و ابراز عشق و محبت به خود و دیگران یاد گرفتند تا در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، ضمن خودآگاهی نسبت به رنج خود، با نگرشی مشفقانه و عاری از هرگونه انتقاد با آن برخورد نمایند و با دیدی روشن و واقع‌گرایانه نسبت به این

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]

مشکلات، رابطه صمیمی بیشتری با خود و اطرافیان خود برقرار سازند (دهقان نیری و بیاضی، ۱۴۰۲). درمان مبتنی بر شفقت منجر می‌شود بیماران توانایی بیشتری نیز برای حرمت خود و ارزش نهادن به خود در مواجهه با مسائل و مشکلات داشته باشند و سبب تاب‌آوری روانشناختی بالاتر می‌شود. از دیگر سو اصلاح افکار و تفسیرها باعث ایجاد آرامش می‌شوند و تمرینات برگرفته از این رویکرد مانند ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی باعث می‌شود که از تنش و فعالیت سیستم سمپاتیک یا پاسخ اضطرابی در برابر استرس کاسته شود در نتیجه علائم جسمانی مرتبط با سیستم سمپاتیک تخفیف می‌یابد و در بیماران، حساسیت انزجاری کمتری گزارش می‌شود (موفتین و همکاران، ۲۰۲۲).

در مجموع یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری مبتلایان به پسوریازیس موثر است. لذا درمان مبتنی بر شفقت سبب کاهش همجوشی شناختی و حساسیت انزجاری می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در بهبود سلامت روانی مبتلایان به پسوریازیس استفاده کرد.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند بود، از دیگر سو به لحاظ عدم دسترسی به نمونه‌ها، امکان آزمون پیگیری در این پژوهش وجود نداشت. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تمرکز آن بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس شهر تهران است که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. همچنین عدم کنترل وضعیت اقتصادی و فرهنگی شرکت‌کنندگان نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس سایر شهرها با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام و نتایج آن با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد و به منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از گروه‌های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. مطالعات طولانی مدت‌تر و با پیگیری‌های بلندمدت و چندمرحله‌ای، به نظر نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار خواهند داد. در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود به منظور آگاهی مبتلایان به پسوریازیس از نقش کلیدی نگرش مشفقانه در مدیریت پیامدهای روانشناختی بیماری مبتلا به پسوریازیس، بروشورهایی در این زمینه تهیه و در کلینیک‌های تخصصی پوست در اختیار مبتلایان قرار گیرد. به علاوه جلسات مداخله‌های روان‌درمانی از جمله مبتلا به پسوریازیس به عنوان یک درمان حمایتی برای مبتلایان به پسوریازیس به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی: *نویسندگان این مقاله مراتب قدردانی خود را از مسئولین و پزشکان متخصص پوست بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران و کلیه بیمارانی که در این پژوهش همکاری و مشارکت داشتند، ابراز می‌دارند.*

منابع

احمدی، ر.، سجادیان، ا.، جعفری، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. پوست و زیبایی، ۱۰(۱)، ۲۹-۱۸. http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5369-fa.html

آقایی، م.، ابراهیمی، ا. و انصاری شهیدی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر همجوشی شناختی و ناگویی هیجانی افراد با شکایات روان‌تنی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۳۱(۱)، ۱۴۶-۱۲۱. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2176383

افصحی، ف.، قربانی، ن. و رستمی، ر. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای فرایندهای خودنظم‌بخشی در رابطهٔ استرس ادراک‌شده با افسردگی، شرم و گناه در دو گروه بیماران پسوریازیس و همراهان بیماران. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۳(۴)، ۸۹-۷۱. doi: 10.22059/japr.2023.346137.644326

اعرابی، ا.، حسنی، ج.، اکبری، م.، حاتمی، م. و شعربافچی‌زاده، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۴)، ۶۱۵-۶۰۵. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-879-fa.html

برزمینی، م.، حسینائی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به پسوریازیس. *ارمغان دانش*، ۲۴(۵)، ۱۰۱۲-۹۹۸. DOI:10.5254724.5. 2,988

دهقان نیری، م.، بیاضی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش علائم بیماری پسوریازیس، پریشانی روان‌شناختی و ادراک از تصویر بدن. *پوست و زیبایی*، ۱۴(۱)، ۴۱-۲۹. http://jdc.tums.ac.ir/article-

فرهادی، ط.، اصلی آزاد، م. و شکرخدایی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹(۴)، ۹۲-۸۱. doi: 10.22034/ceciranj.2018.91194

کارسازی، ح. و نصیری، م. (۱۳۹۵). تحلیل عاملی و ارزیابی ساختار درونی پرسشنامه حساسیت انزجاری. *روان‌شناسی بالینی*، ۸(۴)، ۶۲-۴۹. doi: 10.22075/jcp.2017.2253

Almeida, V., Leite, A., Constante, D., Correia, R., Almeida, I. F., Teixeira, M., Vidal, D. G., Sousa, H. F. P. E., Dinis, M. A. P., & Teixeira, A. (2020). The Mediator Role of Body Image-Related Cognitive Fusion in the Relationship between Disease Severity Perception, Acceptance and Psoriasis Disability. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 10(9), 142. DOI: 10.3390/bs10090142

Araujo, A. S., Serra, J., Anacleto, S., Rodrigues, R., Tinoco, C., Cardoso, A., Capinha, M., Marques, V., & Mota, P. (2024). Effectiveness of cognitive fusion transrectal ultrasound prostate biopsy when compared with final prostatectomy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]

histology. *Archivio italiano di urologia, andrologia: organo ufficiale Societa italiana di ecografia urologica e nefrologica*, 96(4), 13194. DOI: 10.4081/aiua.2024.13194

Armijo-Borjon, G., Miranda-Aguirre, A. I., Garza-Silva, A., Fernández-Chau, I. F., Sanz-Sánchez, M. Á., González-Cantú, A., & Romero-Ibarguengoitia, M. E. (2025). Biologic therapy for psoriasis is associated with the development of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). A study on the association of cardiometabolic conditions with psoriasis treatment. *Archives of dermatological research*, *317*(1), 195-108. doi.org/10.1007/s00403-024-03688-5

Cacciapuoti, S., Megna, M., Salza, E., Potestio, L., & Caiazzo, G. (2024). The effect of tildrakizumab on adipokines production in patients affected by psoriasis and obesity: preliminary results from a single center real-life study. *The Journal of dermatological treatment*, 35(1), 2291323. DOI: 10.1080/09546634.2023.2291323

Clarke, E. N., Thompson, A. R., & Norman, P. (2020). Depression in people with skin conditions: The effects of disgust and self-compassion. *British journal of health psychology*, 25(3), 540–557. DOI: 10.1111/bjhp.12421

Deng, R., Liu, Y., Wang, K., Ruan, M., Li, D., Wu, J., Qiu, J., Wu, P., Tian, P., Yu, C., Shang, J., Zhao, Z., Zhou, J., Cai, L., Wang, X., & Gong, K. (2024). Comparison of MRI artificial intelligence-guided cognitive fusion-targeted biopsy versus routine cognitive fusion-targeted prostate biopsy in prostate cancer diagnosis: a randomized controlled trial. *BMC medicine*, 22(1), 530. DOI: 10.1186/s12916-024-03742-z

Enos, C. W., Maldonado, Y. M., Kang, H. J., McLean, R. R., & Van Voorhees, A. S. (2023). History of diabetes is associated with reduced likelihood of achieving PASI75 and PASI90 at 12 months among psoriasis patients treated with biologics: A prospective analysis in the CorEvitas Psoriasis Registry. *JAAD international*, 16(1), 237–238. DOI: 10.1016/j.jdin.2023.07.017

Fraser, M., Gregory, K. (2024). Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32(4), 75-81. doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100754

Faustino, B., Vasco, A. B., FarinhaFernandes, A., & Delgado, J. (2023). Psychological inflexibility as a transdiagnostic construct: relationships between cognitive fusion, psychological well-being and symptomatology. *Current Psychology*, 42(8), 6056-6061. doi.org/10.1080/23279095.2023.2204526

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2019). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160. DOI: 10.3758/BRM.41.4.1149

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. DOI: 10.1016/j.beth.2013.09.001

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2010). Fears of compassion: Development of three self-report measures. Psychology and Psychotherapy: Theory, *research and practice*, 84(3), 239-255. DOI: 10.1348/147608310X526511

Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Remington R. (2021). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. DOI: 10.1016/j.beth.2013.09.001

Haidt, J., McCauley, C., Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: a scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Pers Individ Differ*, 16(1), 701-713. doi.org/10.1016/0191-8869(94)90212-7

Johannsen, M., Schlander, C., Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9), 46-53. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114683

Klint, E., Peters, G., & Johansson, L. O. (2024). Proenvironmental behaviour is undermined by disgust sensitivity: The case of excessive laundering. *PloS one*, 19(6), 302-311. DOI: 10.1371/journal.pone.0302625

Muftin, Z., Gilbert, P., & Thompson, A. R. (2022). A randomized controlled feasibility trial of online compassion-focused self-help for psoriasis. *The British journal of dermatology*, 186(6), 955–962. DOI: 10.1111/bjd.21020

Mazilu, R., Ziehfreund, S., Biedermann, T., & Zink, A. (2025). Patterns of Addiction in Chronic Skin Diseases: A Comparative Analysis of Addictions and Influencing Factors in Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Acta dermato-venereologica*, 105(1), 413-422. doi.org/10.2340/actadv.v105.41350

Paucsik, M., Baeyens, C., Tessier, D., & Shankland, R. (2024). Reducing emotion dysregulation online in nonclinical population with compassion focused therapy and emotional competencies program: A randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 80(12), 2405–2433. doi.org/10.1002/jclp.23748

Strober, B., Duffin, K. C., Lebwohl, M., Sima, A., Janak, J., Patel, M., Photowala, H., Garg, V., & Bagel, J. (2024). Impact of psoriasis disease severity and special area involvement on patient-reported outcomes in the real world: an analysis from the CorEvitas psoriasis registry. *The Journal of dermatological treatment*, 35(1), 228-237. DOI: 10.1080/09546634.2023.2287401

Schienle, A., & Wabnegger, A. (2022). Self-disgust in Patients with Dermatological Diseases. *International journal of behavioral medicine*, 29(6), 827–832. DOI: 10.1007/s12529-022-10058-w

Seykov, D. (2020). *The association between self-compassion and cognitive fusion over a week*. MA Thesis, University of Twente, Enschede, Netherlands. https://purl.utwente.nl/essays/81890

Song, J., Huang, Q., Xie, L., Ismail, T. A. T., & Sulaiman, Z. (2024). Proactive Personality and Caring Behavior of Clinical Nurses: A Moderated Mediation Model of Emotional Intelligence and Disgust Sensitivity. *Nursing & health sciences*, 26(3), 131-139. DOI: 10.1111/nhs.13159

Torres, G., Sheikh, A. A., Carpo, B. G., Sood, R. A., Mourad, M., & Leheste, J. R. (2024). Disgust sensitivity and psychopathic behavior: A narrative review. *Translational neuroscience*, 15(1), 202-211. doi: 10.1515/tnsci-2022-0358

Trindade, I. A., Pereira, J., Galhardo, A., Ferreira, N. B., Lucena-Santos, P., Carvalho, S. A., Oliveira, S., Skvarc, D., Rocha, B. S., Portela, F., & Ferreira, C. (2021). Study protocol for a randomized controlled trial of face-to-face acceptance and commitment therapy and a compassion-based intervention on thought processing in patients with psoriasis. *Frontiers in psychiatry*, 12(1), 69-78. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.699367

Varley, D., Sherwell, C. S., & Kirby, J. N. (2024). Daily effects of a brief compassion-focused intervention for self-compassion. *British journal of psychology*, 1(1), 127-136. DOI: 10.1111/bjop.12746

West, D., Roberts, A. M., Stroebel, B., & Abuabara, K. (2024). The epidemiology of inflammatory skin disease in older adults. *JAAD international*, 18(1), 151–153. doi.org/10.1016/j.jdin.2024.09.013

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.201]