رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۱، شماره پیاپی ۱۰۴، بهمن ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(11), 2025

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

مریم شهبازی
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
دکتر شهرام نعمت زاده گتابی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

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 کرایج-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 دوبار 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<۰/۰۰۱). 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.*

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

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 psii) 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.

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

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : بهمن ۱۴۰۲** **پذیرش: اسفند ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

مقدمه

یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های بیماری‌های پوستی به اختلالات رنگ‌دانه‌ای مربوط است و در این بیماری ویتیلیگو[1] یکی از شایع‌ترین اختلالات رنگ‌دانه‌ای محسوب می‌شود (ال-سمدی[2] 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[3] و همکاران، ۲۰۲۴). در این افراد، از یک‌سو عوامل روان‌شناختی (نظیر تنش 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 (یوجی[4]، ۲۰۱۹).

دشواری تنظیم هیجان[5] یکی از مشکلات شایع در بین بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی است (منتو[6] و همکاران، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان، مجموعه‌ای از راهبردها است که برای تعدیل هیجانات و پاسخ‌های هیجانی به کار می‌روند (ویزمن[7] 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 (عابدی و همکاران، ۱۳۹۶). توران و توران[8] (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند افراد دارای اختلال کندن 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 تفریحی و آموزشی ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند (بونیفیس[9] و همکاران، ۲۰۱۸). به همین دلیل، بهزیستی روان‌شناختی[10] در بیماران پوستی در بسیاری از پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است (هپات[11] و همکاران، ۲۰۲۳). شدت بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی آنها تأثیرگذار باشد (بلک استون[12] 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 ناامیدی و ناراحتی و رسیدن به سطحی از اعتقاد به شأن و ارزش خود و دیگران اشاره دارد و ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی هیجانی) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی) است (روگری[13] و همکاران، ۲۰۲۰).

هدف بسیاری از افراد در سرتاسر دنیا دستیابی به سلامتی و شادمانی بالاتر است، یعنی روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمدی که هدفشان پرورش دادن شناخت‌ها، احساس‌ها یا رفتار مثبت می‌باشد (فلاح چای و فلاحی، 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 جانبی داروهای استفاده‌شده در درمان روبه‌رو 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[14] 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 (علی رحمی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری و شناختی موج سوم است که بر ذهن‌آگاهی، پذیرش و تغییر رفتار مبتنی بر ارزش تأکید دارد و بر روی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کار می کند (آرنولد[15] و همکاران، ۲۰۲۲). درواقع

1. Vitiligo
2. AL-smadi
3. Raheel
4. Ujiie
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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش افکار و هیجانات منفی، عواطف منفی افراد را کاهش می دهد (ژیونگ[1] و همکاران، ۲۰۲۱).

گلاسمن[2] 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) به‌عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر و پذیرش معرفی شده است که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (سو[3] و همکاران، ۲۰۲۳).

پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این درمان در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش بدتنظیمی هیجان است. به عنوان مثال نتیجه پژوهش ایتوربه[4] و همکاران (۲۰۲۲) حاکی از تأثیر این درمان بر افزیش بهزیستی روان‌شناختی بزرگسالان دارای اضافه وزن یا چاقی بوده است. نتیجه پژوهش گودبی و کانگاس[5] (۲۰۲۲) نشان‌دهنده آن بود که خود به‌عنوان 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[6] 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 عمل‌متعهدانه 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 همکارن (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 به‌موقع 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 به‌عنوان 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 معضلات 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 G*Power-1/3 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

پژوهش شامل سن ۲۰ تا ۴۰ سال، برخورداری از سلامت روان‌شناختی و نداشتن تاریخچه ابتلا به اختلالات شدید روانی و جسمانی (بر اساس مصاحبه بالینی)، نداشتن رویداد بحرانی یا تنش‌زای 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: غیبت بیش از یک جلسه، ناقص پر کردن 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 محرمانه 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم هیجان-نسخه کوتاه (CERQ)[1]: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایج[2] در سال ۲۰۰۶ تهیه شده است. یک ابزار ۱۸ سؤالی است و راهبردهای تنظیم هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب 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 حداکثر 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 زیرمؤلفه‌ها بین ۰/۷۳ الی ۰/۸۱۰ و ضریب روایی هم‌زمان آن با زیرمؤلفه 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 ۰۶/- ارزیابی مجدد مثبت ۰/۲۰-، پذیرش ۰/۰۳، 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 کندال از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ برای زیر مقیاس‌ها تعیین شد (پورحسین و هدهدی، ۱۳۹۴). در پژوهش رزاقی 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)[3]: نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سؤالی) پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، توسط ریف[4] 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 به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. نمره‌گذاری به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای (۶= 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 بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است. همبستگی نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف با پرسشنامه اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر[5]، 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، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و ضریب روایی هم‌زمان آن با سیاهه‌ی روان‌درمانی مثبت‌نگر (رشید و سلیگمن[6]، ۲۰۱۳) برای عامل‌های استقلال ۰/۳۰، 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. Singer
6. Rashid & Seligman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

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[1] که در سال ۲۰۱۰ تدوین شده است، طی ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای 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 شرکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان معرفی و بررسی اجتناب تجربه‌ای و آگاهی از پیامدهای اجتناب تجربه‌ای بررسی و ایجاد درماندگی خلاقانه و ارائه استعاره انسان در استخر ماسه، بررسی انتظارات سی شرکت‌کنندگان از درمان ACT و شرح اهداف انسان زنده، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و تکلیف خانگی.
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهوده بودن آنها با ارائه استعاره عاشق شدن، تمثیل دروغ‌سنج و دونات ژله‌ای؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم تسلیم شدن شکست، یأس، انکار مقاومت، تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم هم‌جوشی شناختی و بررسی آمیختگی به خود مفهوم‌پردازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و تمرین لیمو لیمو؛ تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان 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 راه‌حل و معرفی تمایل به‌عنوان جایگزینی برای کنترل با ارائه استعاره اسکیت، تکلیف خانگی.
جلسه ششم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان 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 ذهن آگاهی و بودن در زمان حال و تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل، ذهن‌آگاهی و بودن در زمان حال و وارسی بدن بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال متعهدانه 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 گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و تشکر از شرکت‌کنندگان برای شرکت در گروه و آماده‌سازی آنها برای پایان جلسات و اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسه.

یافته ها

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 ۳۲/۷۷±۲/۵۹ سال و گروه کنترل ۳۱/۳۶±۳/۴۸ بود. ۱۰ نفر (۶۷ درصد) از گروه آزمایش متأهل و ۵ نفر (۲۳ درصد) مجرد بودند و ۱۱ نفر (۷۳ درصد) از گروه کنترل متأهل و ۴ نفر (۲۷) مجرد بودند. جدول ۲ آمار توصیفی متغیر تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

1. Hayes & Strosahl

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

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

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

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 وابسته 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 به‌دست‌آمده ($P>۰/۰۵$) 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 ($P=۰/۲۱$ و $F=۵/۹$ و $Box\ M=۱۱/۲۰$). برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای تنظیم هیجان منفی ($F=۰/۳۶$ و $P=۰/۵۴$)، تنظیم هیجان مثبت ($F=۰/۲۴$ و $P=۰/۶۲$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F=۱/۹۰$ و $P=۰/۱۷$) و نشانگر تحقق مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری همگنی شیب‌های رگرسیون است که با معنی‌دار شدن ($P<۰/۰۱$) نتایج F گروه × پیش‌آزمون برای متغیرهای مورد بررسی تنظیم هیجان منفی ($F=۲۶/۹۳$ و $P=۰/۰۱$)، تنظیم هیجان مثبت ($F=۷/۵۷$ و $P=۰/۰۱$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F=۱۶/۵۲$ و $P=۰/۰۱$) فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تائید نشد که از این تخلف می‌توان با اتخاذ سطح آلفای سخت‌گیرانه‌تر (استفاده از آلفای ۰/۰۲۵ به جای آلفای ۰/۰۵) چشم‌پوشی کرد (تاباچنیک و فیدل[1]، 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	درجه‌آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۴	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای 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 لامبدای ویلکز به‌دست‌آمده برای متغیرهای مورد پژوهش ($F=۱۶/۷۸$ و $P<۰/۰۰۱$) در سطح $P\leq۰/۰۰۱$ معنی‌دار بود. بر این اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته 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.

1. Tabachnick & Fidell

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

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

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تنظیم هیجان منفی	پیش‌آزمون	۱۸۴/۴۴	۱	۱۸۴/۴۴	۲۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	گروه	۲۰۲/۷۲	۱	۲۰۲/۷۲	۲۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	خطا	۱۹۸/۵۵	۲۸	۶/۸۴			
تنظیم هیجان مثبت	پیش‌آزمون	۳۹۵/۵۹	۱	۳۹۵/۵۹	۱۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	گروه	۵۵۹/۹۵	۱	۵۵۹/۹۵	۲۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۵۸۴/۸۶	۲۸	۲۰/۱۶			
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۶۱۷/۲۸	۱	۱۶۱۷/۲۸	۲۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	گروه	۲۴۰۱/۷۵	۱	۲۴۰۱/۷۵	۴۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	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 ($P\leq ۰/۰۰۱$) وجود دارد. بر اساس میانگین‌های ارائه‌شده 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 ۰/۵۰، تنظیم هیجان مثبت ۰/۴۸ و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۹ بود؛ یعنی ۵۰ درصد از واریانس تنظیم هیجان منفی، ۴۸ درصد از واریانس تنظیم هیجان مثبت و ۵۹ 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 همکارن (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 سازگارانه‌تر 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 راه‌حل‌های 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[1]، 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 درمان‌جویان را مجهز 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 را حل کرده و یا ذهن را تغییر 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[2]، 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 دیگازمن[3]، ۲۰۱۵).

1. Butler & Ciarrochi
2. Roberts & Sedley
3. George & Guzman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

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 ایتوربه و همکاران (۲۰۲۲)، مارینو و همکاران (۲۰۲۱)، 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. ازجمله 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 باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به‌نوبه خود موجب تشدید 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 کنند، آگاه تر شوند و با توانایی‌های خود ارتباط بیشتری برقرار کنند (لی[1] و همکاران، ۲۰۲۲). فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. در این مؤلفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌گردد تا تجربیات 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 پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتند 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 بیش‌ازحد به مسائل مربوط به بیماری خود می‌شود و درنتیجه سازگاری آنها بهبود می‌یابد (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶).

درمجموع می‌توان گفت که ازآنجایی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقرون‌به‌صرفه است و در مقیاس وسیع قابل‌اجرا 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 مانند 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 می‌کنند که پذیرش کاهش‌هایی که تغییرناپذیر هستند و به دنبال آن شناسایی اهدافی که هنوز قابل‌دستیابی 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 روان‌شناسی زنان مبتلا به ویتیلیگو با شناخت کامل نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌کارگیری 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 هدهدی ز. (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی با نگرانی. *رویش روان‌شناسی*، ۴(۱۳)، ۷۳-۶۱. http://frooyesh.ir/article-1-185-fa.html

خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح آبادی، ج.، مظاهری، 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 روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۲)، ۳۶-۲۷. https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_67_en.html?lang=fa

1. Li

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

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 راهنما. *سلامت اجتماعی*، ۸(۱)، ۱۲۸-۱۱۷. https://journals.sbmu.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 دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۸)، ۱۲۸-۱۱۷. http://frooyesh.ir/article-1-4780-fa.html

سلیمان پور، م.، پیرخائفی، ع.، و زهراکار، ک. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۳)، ۱۰۰۴-۹۸۷. https://psychologicalscience.ir/article-1-1485-fa.html

شریفی، م.، کاکابرایی، ک.، و افشاری نیا، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی. *طب توانبخشی*، مقاله آماده انتشار. https://medrehab.sbmu.ac.ir/article_1101617.html

صاحبی، م.، حسن زاده، ر.، و میرزائیان، 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*، ۹(۶)، ۷۳-۶۰. http://jhpm.ir/article-1-1186-fa.html

عابدی، ص.، دوازده‌امامی، م.، احسانی، ا.، و جعفری، م. (۱۳۹۶). نقش شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس. *پوست و زیبایی*، ۸(۲)، ۸۲-۷۱. 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)، ۱۶۶-۱۴۳. https://jwsf.tabriz.iau.ir/article_531629.html?lang=fa

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., Haubrick, 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., Izzetoglu, 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]