

Research Paper

Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on quality of life in patients with vitiligo

Mehdi Soleymanpour¹, Alireza Pirkhaefi², Keyanosh Zaharakar³

1. Ph.D Student in Counseling, Faculty of Human Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psysical Science, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Citation: Soleymanpour M, Pirkhaefi A, Zaharakar K. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on quality of life in patients with vitiligo. J of Psychological Science. 2022; 21(113): 987-1003.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1485-fa.html>



ORCID



doi 10.52547/JPS.21.113.987

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords: quality of life, Compassion - focused therapy, acceptance and commitment therapy, vitiligo

Background: Researchs shows that the physical and psychological effects of obvious skin conditions such as vitiligo, affect the quality of life of patients. Although in the past, compassion-focused therapy has led to positive emotional regulation, reduction of negative emotions, and self-blame, as well as acceptance - commitment therapy led to mindfulness, acceptance of feelings, and calmness in the face of illness, but there is a research gap exists in the impact of these therapies on the quality of life of women with vitiligo.

Aims: This research was performed to compare The Efficacy of compassion focused therapy and acceptance and commitment therapy on quality of life in women patient with vitiligo.

Methods: The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test and follow-up with control group. The study population consisted of all women with vitiligo who referred to Razi Hospital in Tehran in 2020, which 45 people were purposefully selected after controlling the entry and exit criteria and randomly divided into 3 groups of 15 people (two experimental groups and A control group). The measurement tool was the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1993). For the first experiment group, the acceptance and commitment therapy of hyse et al(2016), and for the second experiment group, the compassion focused therapy (Gilbert, 2009, 2014) were delivered in groups and in eight 120-minute sessions, but the control group received no intervention. In order to test the research hypotheses, descriptive statistics and mixed analysis of variance were used by SPSS20 software.

Results: Showed that all three groups in the pre-test stage were not significantly different from each other except that the physical health of the control group was higher than the compassion group. Also, the difference between the acceptance-commitment and compassion-based therapy group with the control group in quality of life and all its components in the post-test and follow-up stages was significant ($p < 0.01$) except for one case in the living environment component, it was not significant with the control group in the post-test. In physical health and social relationship, the difference between the two experimental groups of acceptance- commitment and compassion group in the post-test and follow-up stages was not significant ($p < 0.01$). In mental health, living environment and overall quality of life in the post-test and follow-up stages, the difference between the two experimental groups was significant and showed a more effect of acceptance and commitment therapy. Except for the overall quality of life, there was no significant difference between the two experimental groups in the post-test.

Conclusion: According to the obtained results, it is concluded that the therapy is based on acceptance and commitment by accepting emotions and preventing the avoidance of experience and shaping committed practice and healthy habits and Compassion-focused therapies by changing mental interpretations of blame and criticism and enhancing kindness to themselves and others, improve patients' quality of life.

Received: 13 Nov 2021

Accepted: 09 Feb 2022

Available: 23 Jul 2022

* **Corresponding Author:** Alireza Pirkhaefi, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psysical Science, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

E-mail: ar.pirkhaefi@iau-garmsar.ac.ir

Tel: (+98) 9123779022

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Vitiligo is an acquired skin disorder characterized by progressive degeneration of skin pigments due to the loss of melanocytes, which are the cell-forming pigments in the skin; Among other tissues, melanocytes are located inside the ears, eyes, and mucous membranes and are therefore affected by vitiligo (Nagarajan et al., 2015). The prevalence of this disease is 0.5 to 1% in the global population; Studies on the psychological burden of vitiligo report that approximately 75% of patients find their appearance moderately or severely intolerable (Izidin et al., 2015).

People with vitiligo may experience emotional stress, especially if vitiligo occurs in visible areas of the body, such as the face; Most of these people feel embarrassed, ashamed (with low self-esteem), and depressed or worried about the reaction of others and also experience lower self-esteem and social isolation than healthy people (Ghanbarovisi and Kiani, 2019). The highest incidence of this disease is recorded in India (8.8%), and then Mexico (4%), Japan (1.68%), and Denmark (0.38%) (Lee et al., 2020). Onset in 50% of cases is less than 20 years and a quarter before the age of 8 (Quinter et al., 2007). This disease is equally prevalent in men and women, but in some studies, its prevalence has been reported to be slightly higher in women (Glasman, 2011). One of the most important psychological therapies is a perception based on acceptance and commitment. From the acceptance and commitment therapy viewpoint, patients with serious illnesses have empirical avoidance and do not want to be in touch with personal and psychic experiences, including physical sensations, emotions, thoughts, and memories. Avoiding painful experiences can lead to unpleasant feelings and, ultimately, lower quality of life (Hayes and Strosal, 2010). Acceptance and Commitment Therapy helps patients by introducing acceptance as an alternative to avoidance to focus on the important and valuable things in their lives instead of constantly focusing on negative thoughts and feelings and avoidance behaviors around the disease and committing to it (Majomdar and Morris, 2019) This

could potentially improve patients' physical and mental health.

On the other hand, patients with chronic diseases can also achieve better health by changing critical and blame-based mental interpretations to interpretations with kindness and compassion (Gilbert, 2014). Kindness to oneself and others is the basis of compassion-based therapy.

Based on Compassionate Perspective, if patients with vitiligo treat themselves with compassion, judge themselves less harshly, accept unfavorable life events such as their illness easier, and have more accurate and self-assessments based on their actual performance (Gilbert, 2014).

Considering that vitiligo is a chronic disease that affects a part of the society and due to the destructive effects of the disease on the body and mind of many people, and many patients face severe physical and psychological problems, it is necessary to The psychological and adverse effects of this disease should be addressed and effective non-pharmacological treatment strategies should be used along with pharmacological treatments to prevent the progression of this disease in the mental health of patients.

Therefore, in the present study, the researcher seeks to answer the question of whether the Efficacy of acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy for quality of life is different for patients with vitiligo?

Method

This research is a quasi-experimental type and a pre-test-post-test design with a control group with follow-up that has been used to experiment.

The present study population consisted of all female patients with vitiligo referred to Razi Dermatology Hospital in Tehran in 2020. to select a sample in the screening stage among the patients applying to participate in the treatment sessions. in the first stage, 100 people were selected based on the criteria for entering and leaving the study.

After selecting the female sample group, all of them were evaluated by the quality of life questionnaire, and 45 patients with lower quality of life than the others were selected as the final sample and randomly

substituted into two experimental groups and one control (15 people in each subgroup). Also, The World Health Organization Quality of Life Questionnaire was used to collect data.

Results

Findings of the study on the subjects' age showed that the mean and standard deviation of age were 33.2 and 8.55 in the acceptance and commitment-based

therapy group, 36.4 and 6.13 in the compassion-focused therapy group, and 37.6 and 5.04 in the control group. The mean and standard deviation of the disease's duration were 5.9 and 4.66 for the acceptance and commitment-based therapy group, 4.16 and 5.16 for the compassion-focused therapy group, and 3.23 and 4.08 for the control group, respectively.

Table 1. Mean and standard deviation of quality of life and its components in the assessment stages by groups

variable		Control group		Companion focused therapy		Acceptance and commitment therapy	
		SD	M	SD	M	SD	M
Physical health	Pretest	3.6	20.86	4.22	16.8	2.87	18.13
	Post test	3.92	19.6	4.92	23.86	3.88	25.06
	Follow up	3.47	17.33	3.22	24.13	4.08	25.46
mental health	Pretest	3.78	14.8	5.11	15.2	2.52	16.26
	Post test	2.84	13.4	3.23	20.6	14.13	22.73
	Follow up	2.95	14.66	4.03	20.13	2.55	23.13
Social Relationship	Pretest	2.19	7.4	2.58	7.66	2.19	6.06
	Post test	2.4	6.73	1.8	11.46	1.99	9.6
	Follow up	2.38	7.46	0.96	12.26	2.29	10.6
Living environment	Pretest	5.16	18.86	7.1	18.06	2.92	19.86
	Post test	4.49	16.8	6.74	20.66	2.79	26.33
	Follow up	3.69	1.73	6.47	21.06	2.87	27
Quality of Life	Pretest	6.75	61.93	10.68	57.73	5.74	60.33
	Post test	7.55	56.53	7.86	76.6	7.86	83.74
	Follow up	5.65	55.2	6.98	77.6	6.78	86.2

Table 1 shows the mean and standard deviation of the life's quality variable and its components in the experimental and control groups' pre-test, post-test, and follow-up stages. As can be seen in the table, the scores of the subjects in the experimental groups had changes in the quality

of life variable and its components in the post-test and follow-up stages. To evaluate the significance of these changes, repeated-measures ANOVA was used. Accordingly, the results of repeated measures ANOVA test are presented in Table 2.

Table 2. Results of analysis of variance with repeated measures related to in-group and out-group effects

Variable	measurement	Source of change	Mean Squares	F	Sig	Eta
Physical health	Between grpup	group	151.69	4.37	0.01	0.17
	Intergroup	Time	291.47	49.74	0.000	0.54
Mental health	Between grpup	Group & Time	195.10	33.29	0.000	0.61
	Intergroup	group	483.65	20.73	0.000	0.49
Social Relationship	Between grpup	Time	248.55	23.21	0.000	0.35
	Intergroup	Group & Time	96.65	9.02	0.001	0.30
Living environment	Between grpup	group	120.14	15.10	0.000	0.41
	Intergroup	Time	112.91	39.13	0.000	0.48
Quality of Life	Between grpup	Group & Time	32.61	11.3	0.000	0.35
	Intergroup	group	604.46	9.41	0.000	0.31
	Between grpup	Time	81.66	15.76	0.000	0.27
	Intergroup	Group & Time	32.61	11.3	0.000	0.35
	Between grpup	group	4170	29.76	0.000	0.58
	Intergroup	Time	2403.91	11.29	0.000	0.73
		Group & Time	136.34	64.72	0.000	0.75

Table 2 shows the analysis of variance with repeated measures to examine the between and intergroup subject's effects. The information in the table suggests a significant difference ($p < 0.05$) between the experimental groups based on acceptance-commitment and compassion and the control group in the variables of quality of life and its four dimensions in different measurements of pre-test, post-test, and follow-up and also based on the group, time and

group&time interaction. In other words, the approach based on acceptance- commitment and compassion therapy has been able to make at least one significant difference between themselves and the control group in three different measurements. To accurately determine the significant differences between the groups by measuring the Bonferroni post hoc, pairwise comparisons are given in Table 3.

Table 3. Pair comparison of experimental and control groups in the three stages of assessment of the quality of life variable and its component

Stages	Variable	Mean difference	Mean difference	Mean difference
		Compassion- control	Acceptance & commitment-control	Acceptance & commitment-Compassion
pretest	Physical health	-4.06*	-2.73 ns	1.33 ns
posttest		4.26*	5.46*	1.2 ns
Follow up		6.8*	8.13*	1.33
pretest	Mental health	0.4 ns	1.46 ns	1.06 ns
posttest		7.2*	9.33*	2.13 ns
Follow up		5.46*	8.46*	3*
pretest	Social Relationship	0.26 ns	-1.33 ns	-1.6 ns
posttest		4.73*	2.86*	-1.86 ns
Follow up		4.8*	3.13*	-1.66 ns
pretest	Living environment	-0.8 ns	1 ns	1.8 ns
posttest		3.86 ns	9.53*	5.66*
Follow up		5.33*	11.26*	5.93*
pretest	Quality of Life	-4.2 ns	-1.6 ns	2.6 ns
posttest		20.06*	27.2*	7.13 ns
Follow up		22.4*	31*	8.6*

ns = non-significant *= significant

The information in Table 3 shows that there is no difference in the quality of life variable and all components between any of the three groups of acceptance - commitment and compassion and the control group in the pre-test stage ($p < 0.05$). Except for physical health in which the control group has a higher score than the compassion therapy group ($p < 0.05$). This case, firstly, due to the equal number of people in groups and random division of people into groups, is not due to bias and is random, and secondly, the control group has more health evidence, so it will not have a negative effect on the results. In the post-test phase, there is a significant difference between compassion and acceptance and commitment only in the living environment in which acceptance and commitment have a greater impact. In other components, the difference between the two groups was not significant in the post-test stage ($p < 0.05$). Also, the difference between the two groups of acceptance, commitment and compassion in all

components and quality of life with the control group was significant. In other words, both groups had a better status in quality of life and its components in the post-test stage than the control group. Except for one case, the difference between the post-test of compassion and the control group in the living environment was not significant. In the follow-up phase, both acceptance, commitment and compassion treatments had a significant difference and a higher effect than the control group in increasing all components and quality of life. In the two components of physical health and social relations, in the follow-up stage, the difference between the two groups of acceptance, commitment and compassion was not significant ($p < 0.05$), but in mental health, living environment and quality of life of the whole group based on acceptance and commitment, a significant and longer lasting effect than compassion focused group ($p < 0.05$).

Conclusion

A study whose findings are not directly consistent with the results of this study was not observed, but the results obtained were near to the results of Rahmanian, Ali, and Oraki (2015) on the effect of acceptance-commitment therapy on cognitive emotion regulation and concern for women's body image. Fogloist, Gastafson, Kegelin, and Parling (2020) Confirmed Efficacy of Treatment Based Acceptance - Commitment therapy to reduce symptoms Eating and imaging Body problems in patients with eating disorders.

Acceptance and commitment-based therapy prevent limited and low-risk choices and helps patients stay in the community, experience higher mental health after experiencing mental health problems, and experience higher physical health following an increase in mental health. The dysfunctional and avoidant cognitive system and the resulting impulsive and ill-considered behaviors result in nothing but negative emotions, stress, and physical dysfunction (Mayer et al., 2018). These cases cause a serious decline in quality of life. But change in an efficient cognitive system based on an acceptance and commitment approach based on learning to face instincts instead of calmness, instantaneous learning, cognitive failure, reducing the experience avoidance of worrying thoughts, and subsequently activating behavior in a positive direction based on positive values such as courage, health. And ... (Fugloist et al., 2020) Over time, it contributes to the physical, emotional, and overall quality of life of patients. Therefore, treatment based on acceptance and commitment was able to improve through the implementation of techniques such as self-acceptance, cognitive failure and reduction of reality, perception of frightening and negative thoughts, confrontation with the realities of human life and reduction of experience avoidance, commitment and

practical action despite emotional limitations. Mental health, physical and social relations indices of female patients with vitiligo compared to the control group are effective in both post-test and follow-up stages.

Explaining the effectiveness of compassion-focused therapy in increasing quality of life and its components in post-test and follow-up compared to the control group, it can be said that in normal people, often with the overcoming of the unconscious mind based on the fight system due to spending a lot of energy to reduce stress. They experience less physical and mental health (Ivo et al., 2017). They also have more anxiety and more disrupted interpersonal relationships due to immature reactions caused by the warfare system (Boersma et al., 2015). Engage themselves with fixed and rigid criteria that result in increased criticism of personal performance and feelings of shame and resentment over their possible shortcomings and omissions, as well as this strictness for others as imperfect, incompetent, threatening and dangerous people. Tajai goes on to say that the result is the severance of emotional ties with others (escape response) or confrontation with him (aggressive response) (Gilbert and Iron, 2005; Gilbert, 2014).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of counseling in Islamic Azad University, Tehran Science and Research Branch, and with the code of ethics approved by the University Ethics Committee, ID IR.IAU.SRB.REC.1399.125, dated 8/24/2020.

Funding: This research has been done in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this research and the second and third authors are the supervisors and consultants of the research.

Conflict of interest: The authors do not disclose any conflict of interest in this study.

Acknowledgments: We would like to thank the supervisors and consultants of this research, as well as the staff and management of Razi Specialized Hospital in Tehran and all the participants in the research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو

مهدی سلیمان پور^۱، علیرضا پیرخانی*^۲، کیانوش زهراکار^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: تحقیقات نشان می‌دهد عوارض جسمانی و روانی بیماری‌های آشکار پوستی نظیر ویتیلیگو، کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باوجودی که در پیشینه، درمان متمرکز بر شفقت به تنظیم هیجانی مثبت، کاهش احساسات منفی و سرزنش خود منجر می‌شود و همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن آگاهی، پذیرش احساس و حفظ آرامش فرد هنگام مواجهه با واقعیت بیماری منجر می‌شود، اما در زمینه تأثیر این درمان‌ها بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ویتیلیگو شکاف تحقیقاتی وجود دارد.

هدف: پژوهش حاضر به منظور مقایسه تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفت.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی،
درمان متمرکز بر شفقت،
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
ویتیلیگو

روش: روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری و گروه گواه بود. جامعه پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند، که از بین آنان ۴۵ نفر به شیوه هدفمند پس از کنترل ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. ابزار سنجش عبارت بود از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۳) برای گروه اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس دیدگاه هیس و همکاران (۲۰۱۶) و برای گروه دوم درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹، ۲۰۱۴) در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد و برای گروه گواه هیچ درمانی ارائه نشد. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم افزار spss₂₀ استفاده شد.

یافته‌ها: نشان داد هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری با هم نداشتند جز اینکه سلامت جسمانی گروه گواه از گروه شفقت بیشتر بود. همچنین تفاوت گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان متمرکز بر شفقت با گروه گواه در کیفیت زندگی و تمامی مؤلفه‌هایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < 0/01$) به جز یک مورد که در مؤلفه محیط زندگی که تفاوت گروه شفقت در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون معنادار نبود. در سلامت جسمانی و روابط اجتماعی تفاوت دو گروه آزمایشی پذیرش و تعهد و شفقت در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($p > 0/01$). در سلامت روانی، محیط زندگی و کیفیت کلی زندگی نیز در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دو گروه آزمایشی نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری دارد. به جز کیفیت زندگی کلی که در پس‌آزمون میان دو گروه آزمایشی تفاوت معنادار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده این نتیجه حاصل می‌گردد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش احساسات و جلوگیری از اجتناب تجربه‌ای و شکل‌دهی به عمل متعهدانه و عادات سالم و همچنین درمان متمرکز بر شفقت از طریق تغییر تفاسیر ذهنی توأم با سرزنش و انتقاد و افزایش رفتار مبتنی بر مهربانی با خود و دیگران به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کرده‌اند.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۸/۲۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۱/۲۰

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۵/۰۱

* نویسنده مسئول: علیرضا پیرخانی، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

رایانامه: ar.pirkhaefi@iau-garmsar.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۳۷۷۹۰۲۲

مقدمه

ویتیلیگو^۱ یک اختلال پوستی اکتسابی است که از ویژگی‌های آن می‌توان به زوال پیشرونده در رنگ‌دانه‌های پوست به خاطر از دست رفتن ملانوسیت‌ها^۲ که رنگ‌دانه‌های سلول‌ساز در پوست هستند، اشاره کرد؛ در بین دیگر بافت‌ها، ملانوسیت‌ها در داخل گوش، چشم و غشاهای مخاطی قرار دارند و در نتیجه به خاطر ویتیلیگو تحت تأثیر قرار می‌گیرند (ناگاراگان و همکاران، ۲۰۱۵) شیوع این بیماری برابر با ۰/۵ تا ۱ درصد در جمعیت جهانی است؛ پژوهش‌ها در مورد بار روانی ویتیلیگو گزارش می‌کنند که تقریباً ۷۵ درصد از بیماران، ظاهر خود را به صورت متوسط یا شدید غیرقابل تحمل می‌دانند (ایزدین و همکاران، ۲۰۱۵).

مبتلایان به ویتیلیگو در بیشتر موارد احساس خجالت، شرم (با کاهش اعتماد به نفس) و افسردگی می‌کنند یا در مورد واکنش دیگران نگران هستند همچنین نسبت به افراد سالم، عزت‌نفس پایین و انزوای اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند (قنبرویسی و کیانی، ۱۳۹۸). بالاترین نرخ بروز این بیماری در هندوستان ثبت شده است (۸/۸٪) و پس از آن کشورهای مکزیک (۴٪)، ژاپن (۱/۶۸٪) و دانمارک (۰/۳۸٪) قرار دارند (لی و همکاران، ۲۰۲۰) شروع بیماری در ۵۰ درصد موارد در سن کمتر از ۲۰ سال و یک چهارم قبل از ۸ سالگی است (کوئینر و همکاران، ۲۰۰۷). این بیماری به یک میزان در زنان و مردان تظاهر می‌یابد، اما در بعضی مطالعات شیوع آن در زنان اندکی بیشتر گزارش شده است (گلاسمن، ۲۰۱۱).

بیماری خودایمنی ویتیلیگو با اختلالات تیروئید خودایمنی^۳، دیابت بزرگسالی^۴ و کم‌خونی همراه است (چن و همکاران، ۲۰۱۵).

طبق بررسی‌ها حداقل ۲۵ درصد بیماران از اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند (ساوانت، ونجاری و خوپکار، ۲۰۱۵). بیماران مبتلا به ویتیلیگو یک تصویر بدنی منفی از خود دارند و عزت‌نفس آن‌ها نیز پایین است؛ به علاوه ممکن است آن‌ها خجالت‌زده باشند و نسبت به بدن خود احساس شرم کنند که این موضوع زندگی اجتماعی آن‌ها را نیز با اختلال روبرو می‌کند (عرفان و همکاران، ۲۰۱۴). ویتیلیگو با هیجانات بدبینانه‌ای نظیر ناامنی، غمگینی و شرم ارتباط دارد (نوگیرا و همکاران، ۲۰۰۹).

به دلیل ماهیت مزمن ویتیلیگو، سیر غیرقابل پیش‌بینی عودها و بهبودی‌ها، دوره درمان طولانی و عدم درمان قطعی، این بیماری اغلب بر کیفیت زندگی در جنبه‌های مختلف فعالیت‌های اجتماعی، شغل، تحصیلات و... تأثیر می‌گذارد (آلمومانی و همکاران، ۲۰۱۵). که لزوم مداخله در سلامت روانشناختی این قشر را خاطر نشان می‌سازد.

مداخلات درمانی چندی برای بیماران مبتلا به ویتیلیگو و بیماری‌های مشابه در قالب مطالعات مداخله‌ای طراحی و انجام شده است. در ایران اعرابی و همکاران (۱۳۹۹) با بررسی درمان خودشفقت‌ورزی بر پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسونیازیس؛ احمدی، سجادیان و جعفری (۱۳۹۸). با بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو؛ شریفیک یا، آهنگری، عسکری و طحان (۱۳۹۸) تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس امیدواری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو.

شاهمرادی، خالقی‌پور و مسجدی (۱۳۹۷) اثربخشی طرحواره‌رمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو و ذاکری، حسنی و اسماعیلی (۱۳۹۶) اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو را بررسی و تأیید نموده‌اند. هیچ یک از تحقیقات مذکور بیماران مبتلا را در معرض مقایسه دو درمان مختلف به منظور سنجش تفاوت‌ها و شباهت‌های آن‌ها بررسی نکرده‌اند.

یکی از درمان‌های مهم روانشناختی دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد است. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتلایان به بیماری‌های سخت دارای اجتناب تجربی هستند و نمی‌خواهند در تماس با تجارب شخصی و درون‌روانی، اعم از حس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و گرایش‌های رفتاری قرار بگیرند؛ این اجتناب از تجارب دردناک احتمالاً منجر به احساسات ناخوشایند و در نهایت کیفیت زندگی پایین‌تری خواهد شد (قنبرویسی و کیانی، ۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معرفی پذیرش به عنوان یک راه‌حل جایگزین برای اجتناب، به بیماران کمک می‌کند تا به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول بیماری، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود بپردازند و نسبت به آن متعهد

3. Autoimmune Thyroid Disorders

4. Adult-onset diabetes mellitus

1. Vitiligo بروز لکه‌های سفید پوستی ماندگار بر نقاط مختلف بدن

2. Melanocytes

گردند (محسن زاده و همکاران، ۱۳۹۸؛ ماجومدار و موریس، ۲۰۱۹) این مسأله احتمالاً می‌تواند زمینه بهبود در سلامت روانی جسمانی بیماران را فراهم نماید.

از طرفی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن همچنین می‌توانند با تغییر تفاسیر ذهنی منتقدانه و مبتنی بر سرزنش به درک و همدلی و تفاسیر توأم با مهربانی و دلسوزی به سلامت بیشتری دست پیدا کنند (گیلبرت، ۲۰۱۴). مهربانی با خود و دیگران، اساس درمان متمرکز بر شفقت است (سیدجعفری و همکاران، ۱۳۹۹). طبق دیدگاه مبتنی بر شفقت چنانچه بیماران مبتلا به ویتیلیگو با خود، مشفقانه برخورد نمایند، با سخت‌گیری کمتر خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی مانند بیماری‌شان را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است (گیلبرت، ۲۰۱۴)

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ و اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت^۲ در جامعه بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌پردازد. دلیل انتخاب این دو رویکرد درمانی توسط محقق برای کیفیت زندگی در مبتلایان به ویتیلیگو و مقایسه اثربخشی آن‌ها در پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان متمرکز بر شفقت به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود منجر می‌پردازد و فرد را در مقابل خودانتقادی و سرزنشگری مصون نگه می‌دارد (کریگر و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین از آنجا که درمان متمرکز بر شفقت همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند؛ بنابراین احتمالاً می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی آنان نیز کمک کند.

از طرفی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی، ارزش‌ها و تعهد تأکید می‌شود (وین و همکاران، ۲۰۱۸). این موارد نقش مهمی در حفظ آرامش فرد در هنگام مواجهه با احساس واقعیت بیماری، پذیرش این احساس بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه کردن اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه و نگرستن به احساسات منفی دارد. در پژوهش‌های گذشته درمان شفقت و پذیرش و تعهد بر برخی شاخص‌های روانشناختی افراد عادی و بیمار مورد استفاده قرار گرفته و اثربخش بوده است اما در هیچ کدام از تحقیقات به کیفیت

زندگی زنان مبتلا به ویتیلیگو پرداخته نشده است که از این نظر تحقیق حاضر حوزه جدیدی از زندگی بیماران تحت تأثیر عوارض پوستی آشکار را شامل می‌شود. از جمله رحمانیان، نژادعلی و اورکی (۱۳۹۷) در باب تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدن زنان. فوگلوئیست، گاستافسون، کجلین و پارلینگ (۲۰۲۰) در تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلالات خوردن و مشکلات تصویر بدن در بیماران دارای علائم اختلال خوردن پسماند، وین و همکاران (۲۰۱۸) در تأیید اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس روانشناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده.

همچنین پژوهش‌های سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۱۳۹۷) در باب اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیل اسکروزیس، کریگر و همکاران (۲۰۱۹) در تأیید تأثیر مثبت مداخله متمرکز بر شفقت بر کاهش خودانتقادی و تحقیق سامرس اسپیجکرمان، ترامپتر، اسپروس و بوهمیجر (۲۰۱۸) در باب تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک ابزار خودیاری‌رسان برای ارتقاء سلامت روانی عموم و آيو و همکاران (۲۰۱۷) در تأیید تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر مزیت تجربه شرم مربوط به آسیب و استرس پس از آسیب و همچنین تحقیق اندرسون و راسمن (۲۰۱۷) در تأیید تأثیر شفقت درمانی بر کاهش خودانتقادی و افزایش عزت‌نفس مبتلایان به بیماری‌های روان پزشکی و در نهایت تحقیق بوئرسما، هکنسون، سالومونسون و جانسون (۲۰۱۵) در باب تأثیر مثبت درمان متمرکز بر شفقت برای مقابله با شرم، خودانتقادی، و انزوای افراد دارای اضطراب اجتماعی. در تحقیقات مذکور اغلب بخشی جزئی و محدود از زندگی روانی بیماران و یا جمعیت عمومی بررسی شده است، حال آنکه کیفیت زندگی یک حوزه جامع‌تر و کلی از روابط، سلامت جسمانی و روانی و سلامت محیط زندگی بیماران است.

همانطور که در بررسی پیشینه مشخص شد اکثر تحقیقات در راستای سنجش تأثیر یک مداخله بکار رفته‌اند، حال آنکه در تحقیق حاضر مقایسه دو درمان می‌تواند ابعاد جدیدی از تفاوت‌های مداخله‌ای آن‌ها را در مقایسه با هم مورد بررسی و معرفی قرار دهد. بر این اساس و در جهت شناسایی راه‌های بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو و با توجه به خلاء پژوهشی موجود در مقایسه تأثیر دو درمان شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2. Compassion-Focused Therapy (CFT)

و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران درگیر با عوارض پوستی آشکار، این پژوهش انجام شده است. در واقع پژوهشگر در مطالعه حاضر در صدد سنجش میزان اثر و تفاوت احتمالی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به ویتیلیگو است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش از نوع شبه آزمایشی است و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری به منظور اجرای آزمایش استفاده شده است. جامعه پژوهش حاضر را تمامی بیماران زن مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. روش نمونه گیری به این صورت بود که پس از فراخوان برگزاری دوره و ثبت نام تعدادی از زنان مبتلا به بیماری ویتیلیگو، در مرحله اول مصاحبه‌ای به جهت کنترل ملاک‌های ورود و خروج و غربالگری اولیه انجام شد و همچنین تمامی افراد توسط پرسشنامه کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۴۵ نفر از زنانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و از کیفیت زندگی پایین تری نسبت به سایرین برخوردار بودند و لذا به درمان نیاز بیشتری داشتند، به عنوان نمونه نهایی به شیوه هدفمند انتخاب و با جایگزینی تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی، در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ب) ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO):^۱ این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ در سازمان بهداشت جهانی ساخته شد و دارای ۲۶ گویه است. به طور کلی این پرسشنامه چهار مقیاس دارد که چهار دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند که عبارتند از: سنجش سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی. نمره هر گویه در دامنه از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) قرار دارد. در این پرسشنامه سؤالات، ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. هر فرد نمره‌ای بین صفر تا ۱۰۰ دریافت می‌کند و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده

1. The World Health Organization Quality of Life

ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (اسکوینگتون، لطفی و اوکل، ۲۰۰۴). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵؛ به نقل از سالاری و همکاران، ۱۳۹۴) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، تنصیف و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود. در پژوهش محمدی و صوفی میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه گردید.

شیوه اجرای مداخله به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه و روابط عمومی بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی شهر تهران و جلب همکاری آنان، اطلاعیه فراخوان برگزاری رایگان دوره‌های درمانی مبتنی بر شفقت و پذیرش و تعهد بصورت در دسترس هم در محل بیمارستان رازی و هم در فضای مجازی انتشار یافت. در ادامه به دلیل عدم استقبال مردان از ثبت نام و شرکت در پژوهش، گروه مردان به علت قلت آماری از پژوهش حذف شدند.

ملاک‌های ورود به آزمایش: زنان در بازه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، تشخیص بیماری بر اساس شواهد بالینی از قبیل نمای ظاهری ضایعات پوستی و تأیید بیماری ویتیلیگو توسط پزشک متخصص پوست، حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری. داشتن رضایت برای شرکت در جلسات مشاوره گروهی. میزان تحصیلات حداقل دیپلم، عدم دریافت خدمات مشاوره فردی و گروهی دیگر و همچنین مطالعه کتب روانشناسی مربوطه، در طول جلسات. ملاک‌های خروج از آزمایش: وخیم بودن وضعیت جسمانی و پزشکی، غیبت و یا انصراف در هر یک از جلسات آموزشی، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل و مواد روان گردان، سابقه بستری در بیمارستان روانی و یا مصرف قرص‌های روان پزشکی، ابتلای همزمان به اختلالات همبود نظیر اختلال‌های روانشناختی (بر اساس معاینه وضعیت روانی در مصاحبه غربالگری اولیه).

پس از انتصاب تصادفی افراد به گروه‌ها، گروه‌های آزمایش در معرض ۸ جلسه درمان با توالی هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه، قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت درمانی را دریافت نکرد. به منظور پیشگیری از افت روحیه و حفظ انگیزه ماندن در پژوهش و همچنین رعایت اخلاق، زنان گروه گواه در انتظار درمان قرار گرفتند تا پس از اتمام

میزان ماندگاری تأثیر درمان‌های مذکور، آزمون پیگیری نیز انجام و داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS20 و آزمون تحلیل واریانس به شیوه آمیخته تحلیل شدند.

پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری در یک دوره درمانی کوتاه‌مدت شفقت و پذیرش و تعهد قرار گیرد. نتیجه سنجش آغازین غربالگری به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد و پس از اتمام دوره‌های درمانی سنجش پس‌آزمون کیفیت زندگی انجام شد. پس از گذشت یک ماه به منظور سنجش

جدول ۱. ساختار جلسات درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	درمان پذیرش و تعهد (هایس و همکاران، ۲۰۱۶)	درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹، ۲۰۱۴)
	اهداف	اهداف
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از روش ACT	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، مفهوم‌سازی ACT
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی و استعاره قطار ذهنی، آگاهی روانی و خودتجسمی
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه	بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت تمرین ذهن آگاهی
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی.
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره اتوبوس)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها	گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

یافته‌ها

شفقت ۶/۱۳ ± ۳۶/۴ سال و گروه گواه ۵/۰۴ ± ۳۷/۵ سال بود. میانگین مدت ابتلا به بیماری نیز برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵/۹ ± ۴/۶۶ سال، برای گروه درمان متمرکز بر شفقت ۴/۱۶ ± ۵/۱۶ سال و برای گروه گواه ۳/۲۳ ± ۴/۰۸ سال بود.

یافته‌های پژوهش در مورد سن آزمودنی‌ها نشان داد میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸/۵۵ ± ۳۳/۲ سال، گروه درمان متمرکز بر

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مراحل سنجش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه درمان متمرکز بر شفقت		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۱۸/۱۳	۲/۸۷	۱۶/۸	۴/۲۲	۲۰/۸۶	۳/۶
	پس آزمون	۲۵/۰۶	۳/۸۸	۲۳/۸۶	۴/۹۲	۱۹/۶	۳/۹۲
سلامت روانی	پیش آزمون	۱۶/۲۶	۴/۵۲	۱۵/۲	۵/۱۱	۱۴/۸	۳/۷۸
	پس آزمون	۲۲/۷۳	۴/۱۳	۲۰/۶	۳/۲۳	۱۳/۴	۲/۸۴
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۹/۶	۱/۹۹	۱۱/۴۶	۱/۸	۶/۷۳	۲/۴
	پس آزمون	۱۰/۶	۲/۲۹	۱۲/۲۶	۰/۹۶	۷/۴۶	۲/۳۸
محیط زندگی	پیش آزمون	۱۹/۸۶	۲/۹۲	۱۸/۰۶	۷/۱	۱۸/۸۶	۵/۱۶
	پس آزمون	۲۶/۳۳	۲/۷۹	۲۰/۶۶	۶/۷۴	۱۶/۸	۴/۴۹
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۷	۲/۸۷	۲۱/۰۶	۶/۴۷	۱/۷۳	۳/۶۹
	پس آزمون	۶۰/۳۳	۵/۷۴	۵۷/۷۳	۱۰/۶۸	۶۱/۹۳	۶/۷۵
پیگیری	پیش آزمون	۸۳/۷۳	۷/۸۶	۷۶/۶	۷/۸۶	۵۶/۵۳	۷/۵۵
	پس آزمون	۸۶/۲	۶/۷۸	۷۷/۶	۶/۹۸	۵۵/۲	۵/۶۵

معنادار است ($p < ۰/۰۱$). برای بررسی پیش فرض کروییت نیز از آزمون کروییت موجهی استفاده شد که عدم معناداری ($p > ۰/۰۵$) این آزمون نیز نشان داد این پیش فرض رعایت شده است.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت و گروه گواه در متغیر کیفیت زندگی و ابعاد چهارگانه آن در سه اندازه‌گیری مختلف پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و همچنین بر اساس زمان، تعامل زمان و گروه‌ها معنادار است ($p < ۰/۰۵$). به عبارتی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت توانسته‌اند حداقل یک تفاوت معنادار را میان خود با دیگری و یا با گروه گواه در سه اندازه‌گیری مختلف ایجاد نمایند. به منظور تعیین دقیق تفاوت‌های معنادار میان گروه‌ها با سنجش آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه‌های جفتی در جدول ۴ آمده است.

جدول ۲ با بیان میانگین و انحراف استاندارد متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مراحل پس آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات از آزمون تحلیل واریانس به شیوه آمیخته بهره گرفته شد. پیش از استفاده از این آزمون، نتایج بررسی پیش فرض‌های نرمال بودن (شاپرو-ویلک) نشان داد آماره آزمون برای متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن معنادار نمی‌باشد ($p > ۰/۰۵$) و بنابراین این پیش فرض تأیید گردید. پیش فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین برای سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بررسی شد که عدم معنادار بودن ($p > ۰/۰۵$) این آزمون نشان داد این پیش فرض نیز مورد تأیید است. نتایج بررسی پیش فرض خطی بودن حاکی از خطی بودن رابطه متغیرهای وابسته و همپراش داشت. مقدار آزمون لامبدای ویلکز نیز برای اثرات بین آزمودنی گروه ($Value = ۰/۸۵$) به دست آمد که

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

متغیر	اندازه گیری	منبع تغییر	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدوراتا
سلامت جسمانی	بین گروهی	گروه	۱۵۱/۶۹	۴/۳۷	۰/۰۱	۰/۱۷
	درون گروهی	زمان	۲۹۱/۴۸	۴۹/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴
	درون گروهی	گروه & زمان	۱۹۵/۱۰	۳۳/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۶۱
سلامت روانی	بین گروهی	گروه	۴۸۳/۶۵	۲۰/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۴۹
	درون گروهی	زمان	۲۴۸/۵۵	۲۳/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۳۵
	درون گروهی	گروه & زمان	۹۶/۶۵	۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰
روابط اجتماعی	بین گروهی	گروه	۱۲۰/۱۴	۱۵/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱
	درون گروهی	زمان	۱۱۲/۹۱	۳۹/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۴۸
	درون گروهی	گروه & زمان	۳۲/۶۱	۱۱/۳	۰/۰۰۰	۰/۳۵
محیط زندگی	بین گروهی	گروه	۶۰۴/۴۶	۹/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۳۱
	درون گروهی	زمان	۸۱/۶۶	۱۵/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۲۷
	درون گروهی	گروه & زمان	۳۲/۶۱	۱۱/۳	۰/۰۰۰	۰/۳۵
کیفیت زندگی	بین گروهی	گروه	۴۱۷۰	۲۹/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۵۸
	درون گروهی	زمان	۲۴۰۳/۹۱	۱۱/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۷۳
	درون گروهی	گروه & زمان	۱۳۶/۳۴	۶۴/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۷۵

جدول ۴. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل سه گانه سنجش در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	
		پذیرش و تعهد - شفقت	پذیرش و تعهد - گواه
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۱/۳۳ ns	-۲/۷۳ ns
	پس آزمون	۱/۲ ns	۵/۴۶ *
	پیگیری	۱/۳۳	۸/۱۳ *
سلامت روانی	پیش آزمون	۱/۰۶ ns	۱/۴۶ ns
	پس آزمون	۲/۱۳ ns	۹/۳۳ *
	پیگیری	۳ *	۸/۴۶ *
روابط اجتماعی	پیش آزمون	-۱/۶ ns	-۱/۳۳ ns
	پس آزمون	-۱/۸۶ ns	۲/۸۶ *
	پیگیری	-۱/۶۶ ns	۳/۱۳ *
محیط زندگی	پیش آزمون	۱/۸ ns	ns
	پس آزمون	۵/۶۶ *	۹/۵۳ *
	پیگیری	۵/۹۳ *	۱۱/۲۶ *
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲/۶ ns	-۱/۶ ns
	پس آزمون	۷/۱۳ ns	۲۷/۲ *
	پیگیری	۸/۶ *	۳۱ *

معناداری = * عدم معناداری = ns

گروه‌ها، ناشی از سوگیری نیست و تصادفی است و ثانیاً گروه گواه سلامت بیشتری دارد، لذا تأثیری منفی بر نتایج نخواهد داشت. در مرحله پس آزمون میان شفقت و پذیرش و تعهد تفاوت معنادار تنها در محیط زندگی وجود دارد که در آن پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری داشته. در سایر مؤلفه‌ها تفاوت این دو در مرحله پس آزمون معنادار نبود ($p > 0/05$). همچنین تفاوت دو گروه پذیرش و تعهد و شفقت در تمامی مؤلفه‌ها و

اطلاعات جدول ۴، نشان می‌دهد در متغیر کیفیت زندگی و تمامی مؤلفه‌ها بین هیچ یک از سه گروه پذیرش و تعهد و شفقت و گروه گواه در مرحله پیش آزمون تفاوتی وجود ندارد ($p > 0/05$). به جز سلامت جسمانی که در آن گروه گواه از گروه شفقت درمانی نمره بالاتری دارد ($p < 0/05$). این مورد اولاً با توجه به تعداد افراد مساوی گروه‌ها و تقسیم تصادفی افراد به

کیفیت زندگی با گروه گواه معنادار بود. به عبارتی هر دو گروه در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه وضعیت بهتری در کیفیت زندگی و مؤلفه هایش داشتند. به جر یک مورد تفاوت پس آزمون شفقت و گواه در محیط زندگی که معنادار نبود. در مرحله پیگیری نیز هر دو درمان پذیرش و تعهد و شفقت نسبت به گروه گواه در افزایش تمامی مؤلفه‌ها و کیفیت زندگی کل تفاوت معنادار و اثر بالاتری داشتند. در دو مؤلفه سلامت جسمانی و روابط اجتماعی نیز در مرحله پیگیری تفاوت دو گروه پذیرش و تعهد و شفقت معنادار نبود ($p > 0/05$) اما در سلامت روانی، محیط زندگی و کیفیت زندگی کل گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنادار و بلندمدت‌تری از گروه شفقت داشت ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

با بررسی پیشینه تحقیقات، مطالعه‌ای که یافته‌های آن به طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به دست آمده در باب اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو با یافته‌های مطالعات اعرابی و همکاران (۱۳۹۹)؛ احمدی و همکاران (۱۳۹۸)؛ سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۱۳۹۷)، کریگر و همکاران (۲۰۱۹)، سامرس-اسپیچکرمان، ترامپتر، اسپروس و بوهملیجر (۲۰۱۸)، آیو و همکاران (۲۰۱۷)، اندرسون و راسمن (۲۰۱۷) و در نهایت تحقیق بوئرسما، هکنسون، سالومونسون و جانسون (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. همچنین یافته‌های بدست آمده از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو با تحقیقات رحمانیان، نژادعلی و اورکی (۱۳۹۷)، فوگلوئیست، گاستافسون، کجلین و پارلینگ (۲۰۲۰)، وین و همکاران (۲۰۱۸)، همسو می‌باشد.

ویتیلیگو امروز به خصوص برای جامعه زنان که همواره تحت فشارهای اجتماعی قضاوتی دیگران برای زیبا به نظر رسیدن قرار دارند مشکلات عدیده‌ای را در کیفیت زندگی آنان می‌تواند ایجاد کند (قنبرویسی و کیانی، ۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از انتخاب‌های محدود و کم خطر جلوگیری می‌کند (واین و همکاران، ۲۰۱۸) لذا به بیماران دارای شرم بیماری، کمک می‌کند تا در اجتماع حضور یابند، سلامت روانی بالاتری را بعد از مواجهه با مشکلات ذهنی تجربه کنند و در نهایت سلامت جسمانی بالاتری را بدنبال افزایش سلامت روانی تجربه کنند.

سیستم شناختی ناکارآمد و اجتنابی و رفتارهای تکانشی و نسنجیده ناشی از آن، نتیجه‌ای جز عواطف منفی و تنش و بدکارکردی جسمانی ندارد (مایر و همکاران، ۲۰۱۸). این موارد کیفیت زندگی را با افت جدی روبه‌رو می‌کند. اما تغییر در سیستم شناختی کارآمد مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد که بر اساس یادگیری مواجهه به جای آرامش طلبی آنی، یادگیری گسلش شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای از افکار نگران‌کننده و بدنبال آن فعال‌سازی رفتاری در جهت مثبت و بر اساس اصول ارزشی مثبت همچون شجاعت، سلامت و... همراه است (فوگلوئیست و همکاران، ۲۰۲۰) به مرور هم به بهبود جسمانی، هم عاطفی و هم به طور کلی کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست از طریق اجرای فونونی همچون پذیرش خود، گسلش شناختی و کاهش واقعیت‌پنداری افکار ترساننده و منفی، مواجهه با واقعیات زندگی انسانی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، تعهد و اقدام عملی علی‌رغم محدودیت‌های عاطفی و... به بهبود شاخص‌های سلامت روانی، جسمانی و روابط اجتماعی بیماران زن مبتلا به ویتیلیگو نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری مؤثر باشد. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه می‌توان گفت در افراد عادی اغلب با غلبه ذهن ناآگاه مبتنی بر سیستم جنگ و گریز به دلیل صرف انرژی بسیار به منظور کاهش تنش سلامت جسمانی و روانی کمتری را تجربه می‌کنند (آیو و همکاران، ۲۰۱۷) همچنین به دلیل واکنش‌های ناپخته ناشی از سیستم جنگ و گریز ذهن، اضطراب بیشتر و روابط بین فردی مختل بیشتری دارند (بوئرسما و همکاران، ۲۰۱۵) در این سیستم افراد خود را با ملاک‌های ثابت و خشکی درگیر می‌کنند که نتیجه آن افزایش انتقاد از عملکرد شخصی و احساس شرم و ناراحتی به دنبال نقائص و قصورهای احتمالی خود است و همچنین این سخت‌گیری برای دیگران نیز به عنوان افرادی ناقص، نالایق و تهدیدکننده و خطرناک فعالیت خود را تاجایی ادامه می‌دهد که نتیجه قطع روابط عاطفی با دیگران (پاسخ فرار) و یا برخاستن به مقابله با او (پاسخ پرخاشگرانه) است (گیلبرت و آیرن، ۲۰۰۵؛ گیلبرت، ۲۰۱۴).

این فرآیند از توانمندی‌های مشفقانه اندک در اکثر افراد دارای مشکلات فردی و بین فردی حکایت دارد. در زنان مبتلا به ویتیلیگو، شفقت‌درمانی با افزایش آگاهی به فرآیند عملکرد ذهن، عواطف و رفتار، افراد را در جهت

بازایی بهزیستی عمومی و مراقبت از سلامت شخصی خود، تشویق به فعال‌سازی ارادی سیستم آرامش‌بخش ذهن کرده و بجای قضاوت و نتیجه‌گرایی صرف به افزایش همدلی همراه با توجه دلسوزانه به توانمندی‌های ناقص بشری خود و دیگران می‌نماید. تحت تأثیر این فرآیند فرد پس از مدتی آگاهانه و ارادی و با کنترل مناسبی که بر رفتارها و الگوهای ارتباطی خود ایجاد می‌نماید (نف، ۲۰۱۱). لذا این فرآیند می‌تواند سلامت روانی، روابط اجتماعی و بطور کلی کیفیت زندگی را تحت تأثیر مثبتی قرار دهد. هرچند عدم تغییر فوری مؤلفه محیط زندگی در پس‌آزمون و بهبود آن در پیگیری، نشان می‌دهد برخی تأثیرات درمان زمان بر و به مرور پدیدار می‌شود.

افراد شفقت‌ورز به واسطه فراگیری فنون و قابلیت‌هایی همچون ذهن‌آگاهی (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۸) و استدلال و توجه مهربانانه (گیلبرت و آیرن، ۲۰۰۵) و گسترش سیستم همدلی و آرامش و کاهش انتقاد (نف، ۲۰۱۱؛ گیلبرت، ۲۰۱۴)، نسبت به کاستی‌های خود و دیگران و زندگی توجه ملایمی را نشان می‌دهند و قبل از فعال شدن سیستم ذهنی مبتنی بر تهدید و دفاع به همدلی با خود تشویق شده و شرایط را در جهت افزایش بهزیستی و مراقبت از خود در برابر رنج‌های بیهوده نظر می‌گیرند. نتایج مربوط به مقایسه دو درمان مبتنی بر شفقت و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نیز با نتایج پژوهش‌های برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته (۱۳۹۷) در باب تأثیر هر دو درمان شفقت و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر همخوانی دارد. تحقیقات دیگری در مقایسه دو درمان به منظور بهبود شاخص‌های روانی افراد بیمار یافت نشد. در تبیین مقایسه دو درمان در باب محیط زندگی و سلامت روانی و کیفیت کلی زندگی می‌توان گفت در برخی موارد، تحت تأثیر شرایط واقعی قابل انتقاد و یا به دنبال میل افراد به پیشگیری از احساس گناه ناشی از ناتوانی در پاسخ مبتنی بر ابراز وجود و حق طلبانه می‌تواند بخشی از تأثیر رویکرد شفقت را به حاشیه براند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۹). لذا شفقت‌درمانی برای عوام اغلب یک درمان فریبنده و نصیحتی به نظر می‌رسد که در برخی موارد از اثربخشی لازم برخوردار نیست. به همین دلیل در مؤلفه‌های سلامت روانی و محیط زندگی و کیفیت زندگی کلی اثر ضعیف‌تری از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشت.

رویکرد عملیاتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون توجه به علائم ذهنی و عاطفی فعلی اغلب منجر به تجربه احساس کارآمدی در انجام امور می‌شود (ماجومدار و موریس، ۲۰۱۹)، لذا می‌تواند از طریق شکل‌دهی به احساس توانمندی و روحیه مثبت در بیماران، محیط زندگی را با احتمال بیشتری تحت کنترل آن‌ها قرار داده و کیفیت زندگی بالاتری را برای آن‌ها فراهم سازد. از جهتی این درمان انرژی بیمار را صرف مبارزه با نشانه‌های عاطفی نمی‌کند (سلیمان و همکاران، ۲۰۱۶). بیماران از رفتار می‌آموزند و یاد می‌گیرند عمل متعهدانه، به مرور حواشی مزاحم رشد را محو نموده و کیفیت بهتری برای زندگی فراهم می‌کند. لذا این درمان برای برخی بیماران که قدرت اقتناع کمتری برای احساس خوب بودن و داشتن رفتار مثبت دارند، بسیار مفید است. لذا علی‌رغم اینکه ویتیلیگو یک نقص ظاهری ناخوشایند آشکار است و در اکثر مبتلایان اقتناع‌پذیری اولیه پایینی برای پذیرش آن وجود دارد (واین و همکاران، ۲۰۱۸) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بدون ایجاد چنین اقتناعی، به شروع تغییرات مثبت روانی، جسمانی و اجتماعی کمک کند. در درمان شفقت اما وجود سیستم شناختی همراه و مهربان لازمه عملکرد مثبت است (نف، ۲۰۱۱). لذا می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شفقت، بخصوص برای افرادی که با نقص واقعی مواجهند و تهدید تمسخر توسط دیگران در باب نقص آن‌ها واقعی است و نمی‌توانند ذهنیتی مثبت داشته باشند مفیدتر است. در واقع اعتقاد بر این است که کیفیت کنش‌های فردی اجتماعی بیماران مبتلا به این عارضه، در زندگی تا حد زیادی پیش‌بینی‌کننده نوع واکنش دیگران به آن‌ها است، لذا با حضوری مطمئنانه و مثبت و فعال در زندگی اجتماعی و فردی، نتایج مثبت بسیاری پدیدار می‌شوند چرا که بدون اقتناع ذهنی کامل و مثبت این بیماران را به رفتار متعهدانه و مثبت سوق داده و از محل تجارب مثبت رفتاری برآمده از آن کیفیت زندگی بهتر و محیطی دلپذیرتر را ایجاد می‌نماید. لذا می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش جوانب سخت عاطفی ذهنی زندگی انسانی و شکل‌دهندگی به عمل متعهدانه و همچنین درمان مبتنی بر شفقت از طریق مداخله در سیستم شناختی مبتنی بر جنگ و گریز و حفظ موضع مهربانانه توأم با همدلی نسبت به عدم مداخله درمانی در گروه گواه در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو مؤثرتر واقع می‌شود. و از طرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران و با کد اخلاق تصویب شده در کمیته اخلاق دانشگاه به شناسه IR.IAU.SRB.REC.1399.125 مورخه ۱۳۹۹/۸/۲۴ به اجرا درآمده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است.
نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش بوده و نویسنده دوم و سوم به تریب استادان راهنما و مشاور تحقیق می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی را در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور این تحقیق و همچنین کارکنان و مدیریت محترم بیمارستان تخصصی پوست رازی تهران و تمامی شرکت کنندگان در در تحقیق تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نیز به دلیل برخی ویژگی‌های خاص عملیاتی و رفتاری از شفقت در افزایش کیفیت زندگی بیماران بهتر عمل می‌کند.

پژوهش حاضر محدود به جامعه بیماران زن مبتلا به ویتلیگو در بیمارستان تخصصی پوست رازی شهر تهران بود که دارای حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بودند، به همین دلیل باید در تعمیم نتایج این تحقیق به جوامع دیگر زنان احتیاط نمود. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود واحدهای بهداشت و درمان بیماران صعب‌العلاج در جلسات مشاوره فردی و گروهی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت در جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتلیگو استفاده نمایند.

References

- Andersen B, & Rusmassen P H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(14): 185-196. [link]
- Au T M , Sauer-Zavala S , King M W, Petrocchi N, Barlow D H, & Litz B T. (2017). Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221. [link]
- Almomani, N., Abdulmajeed, I., Rahman, S. U., & Alakkam, A. (2015). Quality of Life and Affective Health of Patients with Vitiligo. *Journal of Sleep Disorders and Therapy*; 4(2), 1-8. [link]
- Ahmadi R, Sajjadian I, and Jafari F. (2019). The Efficacy of compassion-based therapy on anxiety, depression and suicidal ideation in women with vitiligo. *Skin and Beauty Quarterly*, 10 (1), 18-29. (Persian). [link]
- Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh M R. (2020). Efficacy of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. *Research in behavioral science.*; 18 (4):605-615. (Persian). [link]
- Zakeri M, Hassani M, and Ismaili N. (2017). The Efficacy of emotion process regulation training on psychological distress in people with vitiligo. *Journal of Health Psychology*, 6 (3): 39-56. (Persian). [link]
- Rahmanian M, Nejad A. R, and Orki M. (2018). The Efficacy of "acceptance and commitment-based therapy" on cognitive regulation of emotion and body image anxiety in women with binge eating disorder. *Health Promotion Management Quarterly*, 7 (4), 33-40. (Persian). [link]
- seyyedjafari J, borjali A, sherafati S, panahi M, dehnashi T, oboodyat S. (2020). The Efficacy of compassion - focused therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus 2. *Journal of Psychological science*. 19(92):945-956. (Persian). [link].
- Salimi A, Dehfarshteh A, Zaharakar K, Davarnia R, and Shakermi M. (2019). The Efficacy of compassion-focused therapy on the mental health of women with multiple sclerosis. *24 Horizon of Knowledge Magazine*, (2): 125-131. (Persian). [link]
- SharifiKia T, ahangar e, Askari Z, and Taha M. (2019). The Efficacy of positive psychotherapy on the sense of hope and psychological well-being of patients with vitiligo. *Developmental Psychology*, 8 (2), 133-142. (Persian). [link].
- Shahmoradi Z, Khaleghipour Sh, and Masjedi M. (2018). Comparison of the Efficacy of "schema therapy" and "mindfulness-based cognitive therapy" on maladaptive schemas and general health of patients with vitiligo. *Health Promotion Management Quarterly*, 7 (6), 42-52. (Persian). [link]
- Sadeghpour A, khalatbari J, Seif A A, Shahriariahmadi A. (2020). Comparing the Efficacy of compassion - focused therapy and mindfulness training on post - traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients. *Journal of Psychological science*. 19(86):193-202. (Persian). [link]
- Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, and Varasteh A. (2018). Comparison of the Efficacy of acceptance and commitment-based therapy (ACT) and compassion-based therapy (CFT) on the quality of life of adolescent girls with high-risk behaviors. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 26 (2), 158-168. (Persian). [link]
- Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, & Johansson I. (2015). Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals With Social Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2): 89-98. [link]
- Chen Y T, Chen Y J , Hwang C Y , Lin M W , Chen T J , Chen C C , Chu S Y , Lee D D , Chang Y T, & Liu H N. (2015). Comorbidity profiles in association with vitiligo: a nationwide population-based study in Taiwan. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(7), 1362-1369. [link]
- Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, & van Geel N. (2015). Vitiligo. *Lancet*; 386, 74-84. [link]
- Erfan G, Albayrak Y, Yanik M E, Oksuz O, Tasolar K, & Topcu B. (2014). Distinct temperament and character profiles in first onset vitiligo but not in alopecia areata. *The Journal of Dermatology*; 41(8): 709-715. [link]
- Fogelkvist M, Gustafsson S A, Kjellin L, & Parling T. (2020). Acceptance and Commitment Therapy to Reduce Eating Disorder Symptoms and Body Image Problems in Patients with Residual Eating Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Body Image*, 32, 155-166. [link]
- Gilbert P, & Irons C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion:*

- Conceptualisations, research and use in psychotherapy* 263-325 [link]
- Greenberg J, Datta T., Shapero B G, Sevinc G, Mischoulon D, & Lazar S W. (2018). Compassionate hearts protect against wandering minds: Self-compassion moderates the effect of mind-wandering on depression. *Spirituality in Clinical Practice, 5*(3), 155-169. [link]
- Ghanbarvisi F, and Kiani A. (2019). The Impact of Vitiligo on the Quality of Life of Women in Third World Countries: A Systematic Review, 20th Annual Research Congress of Medical Students, Kermanshah. (Persian) [link]
- Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6 – 41. [link]
- Glassman S. J. (2011). Vitiligo, reactive oxygen species and T-cells. *Clinical Science; 120*(3): 99-120. [link]
- Hayes S, Strosahl K, & Wilson K. (2016). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York, NY: Guilford Press. [link]
- Leaviss J, & Uttley L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine, 45*(5). 927–945. [link]
- Lee Y B, Lee J H, Lee SY., Yu D S, Han K D, & Park Y G (2020). Association between Vitiligo and Smoking: A Nationwide Population-Based Study in Korea. *Scientific Reports, 10*(1). 6231-6243. [link]
- Kwintar J, Pelletier J, Khambalia A, & Pope E. (2007). High-potency steroid use in children with vitiligo: A retrospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology, 56*(2). 236-241. [link]
- Krieger T, Reber F, von Glutz B, Urech A, Moser T, Schulz A, & Berger T. (2019). An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 50*(2), 430-445. [link]
- Mohsenzadeh F, Yarahmadi H, Zaharakar K, Soleimani A. (2019). Efficacy of group therapy based on acceptance and commitment therapy on quality of life in HIV patient. *Journal of Psychological science* 18(80):923-932. (Persian). [link]
- Majumdar S, & Morris R. (2019). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *British Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 70-90. [link]
- Meyer E C, Walser R, Hermann B, La Bash H, DeBeer B B, Morissette S B, Kimbrel N A, Kwok O, Batten S V, & Schnurr P P. (2018). Acceptance and commitment therapy for Co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorders in veterans: Pilot treatment outcomes. *Journal of Traumatic Stress, 31*(5), 781-789. [link]
- Morrison B, Burden-Teh E, Batchelor J M, Mead E, Grindlay D, & Ratib S. (2017). Quality of Life in People with Vitiligo: A Systematic Review and Meta-Analysis. *British Journal of Dermatology, 177*(6), 338-339. [link]
- Nagarajan A, Masthan M K, Sankar L S, Narayanasamy A B, & Elumalai R. (2015). Oral manifestations of vitiligo. *Indian Journal of Dermatology, 60*(1). 103-110. [link]
- Nogueira L S, Zancanaro P C, & Azambuja R D. (2009). Vitiligo and emotions. *Anais Brasileiros de Dermatologia, 84*(1). 39-43. [link]
- Neff K D. (2011). Self-Compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1). 1–12. [link]
- Sawant N S, Vanjari N A, & Khopkar U. (2019). Gender Differences in Depression, Coping, Stigma, and Quality of Life in Patients of Vitiligo. *Dermatology Research and Practice, 7*(4). 1-10. [link]
- Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, & Demircay Z. (2016). Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. *American Journal of Clinical Dermatology, 17*(3). 305-311. [link]
- Sommers-Spijkerman M P J, Trompetter H R, Schreurs K M G, & Bohlmeijer T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(2), 101-115. [link]
- Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D., Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B, & Mulcahy H. E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Gastroenterology, 156*(4), 935-945. [link]