

Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with compassion-focused therapy on the internalized shame and self-esteem of patients with vitiligo

Saeed Salamat Varjovi¹, Zahra Hazemi Jebelli², Nazanin Ketabfrosh Badri³, Hadi Smkhani Akbarinejad⁴

¹ MA Student in Family Counseling, Islamic Azad University Of Central Tehran Branch, Tehran, Iran

² MA Student in Family Counseling, University of Tehran, Aras Branch, Tehran, Iran

³ BS of Psychology, University College of Charkhe Nilofari Azarbaijan, Tabriz, Iran

⁴ Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: The present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with compassion-focused therapy on internalized shame and self-esteem of patients with vitiligo.

Materials and methods: The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of this study consisted of all women with vitiligo in Tabriz in 2021 who had referred to the medical clinics of this city. In total, 45 patients were selected by purposive sampling method, who were randomly divided into three groups. Members of both experimental groups received their treatment in 8 sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Measuring instruments were Cook internalized shame's (1993) and Cooper Smith self-esteem's (1976) questionnaires. Analysis of findings through repeated measures analysis of variance & Bonferroni post hoc test.

Results: In the pre-test, mean and standard deviation of internalized shame and self-esteem were not significantly different in the experimentals and control groups ($p>0.05$). After the test, internalized shame was reduced and self-esteem was increased among patients of both treatment groups compared to the control group ($p<0.001$). In the follow-up phase, the effect of these two treatments was lasting ($p<0.001$). The effect of these two treatments on internalized shame and self-esteem at posttest and follow-up was not different ($p>0.05$).

Conclusion: It seems that these two therapies can increase the acceptance of the disease in vitiligo, so they can probably be considered as a useful treatment strategy to improve the mental status of patients with vitiligo.

Keywords: *Mindfulness, Compassion-focused Therapy, Internalized Shame, Self-esteem, Vitiligo.*

Cited as: Salamat Varjovi S, Hazemi Jebelli Z, Ketabfrosh Badri N, Smkhani Akbarinejad H. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with compassion-focused therapy on the internalized shame and self-esteem of patients with vitiligo. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2023; 33(2): 183-194.

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejad

Tel: +98 41-34421999

E-mail: Hadiakbarinejad@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

Received: 17 May 2022; **Accepted:** 26 Jun 2022

مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو

سعید سلامت ورجوی^۱، زهرا حازمی جبلی^۲، نازنین کتابفروش بدری^۳، هادی اسمخانی اکبری نژاد^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران واحد ارس، تهران، ایران

^۳ کارشناس روان شناسی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، تبریز، ایران

^۴ گروه روان شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو صورت گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به ویتیلیگوی شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ که به کلینیک های درمانی این شهر مراجعه کرده بودند تشکیل می دادند. ۴۵ بیمار با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای اندازه گیری، پرسشنامه های شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) و عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۷۶) بودند. داده ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته ها: در پیش آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره شرم درونی شده و عزت نفس در گروه های آزمایش و کنترل اختلاف معنی داری نداشت ($P > 0/05$). هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، شرم درونی شده و عزت نفس بیماران را در پس آزمون به ترتیب کاهش و افزایش دادند ($P < 0/001$). در مرحله پی گیری، اثر این دو ماندگار بود ($P < 0/001$). تأثیر درمان ها بر شرم درونی شده و عزت نفس در مراحل پس آزمون و پی گیری یکسان بود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد این دو درمان می توانند سبب افزایش پذیرش بیماری ویتیلیگو شوند، از این رو احتمالاً می توانند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران مبتلا به ویتیلیگو تلقی شوند.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، درمان متمرکز بر شفقت، شرم درونی شده، عزت نفس، ویتیلیگو.

مقدمه

ویتیلیگو (vitiligo) اختلال رنگدانه ای اکتسابی پوست است که منجر به ایجاد لکه های سفید در بدن می شود (۱). شیوع تخمینی آن در کل دنیا بین ۰/۰۴ تا ۲/۲۸ درصد است (۲).

این بیماری به عوامل ژنتیکی و غیر ژنتیکی وابسته است. این اختلال حاصل فقدان عملکرد ملانوسیت های پوستی است (۳). در زمینه ابتلا به ویتیلیگو سه فرضیه عمده در ایجاد بیماری، شامل فرضیه عصبی، خودتخریبی و ایمنی مطرح هستند (۴). ویتیلیگو باعث می شود تا مبتلایان دچار شرم (shame) شده و آن را درونی کنند (۵)؛ که این امر سبب تشدید مشکلات روان شناختی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی (۶) و در

آدرس نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، هادی اسمخانی اکبری نژاد (email: Hadiakbarinejad@yahoo.com)

ORCID ID: 0000-0001-5997-1790

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۲/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۴/۵

نهایت کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی (۷) و عزت‌نفس (self-esteem) (۸) در مبتلایان می‌شود.

شرم یکی از مهم‌ترین هیجان‌های خودآگاه است که تأثیر چشم‌گیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های روانی دارد (۹). شرم یک تجربه عاطفی بسیار ترسناک و ناتوان‌کننده است که با ارزیابی‌های منفی عمیق از خود مرتبط است (۱۰). شدت شرم می‌تواند بیش از تحمل فرد باشد، و این امر به تلاش‌هایی برای تعدیل یا فرار از تجربه عاطفی همراه با آن منجر شود (۱۱).

عزت‌نفس به معنای اعتماد به توانایی در خود اندیشیدن است، اعتماد به حق خود برای موفق‌بودن، شادبودن، ارزشمندبودن و ابراز نیازها و خواسته‌ها از دیگر تعاریف آن می‌باشد. افراد با سطح عزت‌نفس بالا با احتمال بیش‌تری می‌توانند در برابر مشکلات ایستادگی کنند (۱۲). عزت‌نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌گردد و متقابلاً تصویر ذهنی که به هر صورتی دست‌خوش تغییر شده باشد به همان میزان تغییر در عزت‌نفس وی وارد می‌شود (۱۳).

بیماران مبتلا به ویتیلیگو درگیر مراجعات مکرر به پزشک، هزینه‌های زیاد درمان و عوارض ناشی از آن‌اند که این امر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۶)؛ بنابراین علاوه بر لزوم پرداختن به مشکلات جسمانی این بیماران می‌بایست به مشکلات روان‌شناختی آن‌ها نیز توجه کرد که کاربرد مداخلات روان‌شناختی از جمله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) و درمان متمرکز بر شفقت (compassion-based therapy) از جمله آن‌هاست.

تمرین‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طوری طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران‌های به‌علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند (۱۴). اصول اساسی این درمان، حضور در زمان حال و قضاوت‌نکردن است (۱۵). این درمان بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو (۱۶)، و بر کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود دختران دوره بلوغ (۱۷)، و طرحواره نقص/شرم،

نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا (۱۸) اثربخش است.

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتند. محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است (۱۹). این درمان بر خودانتقادی (۲۰)، تاب‌آوری (۲۱)، اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی (۲۲) بیماران مبتلا به ویتیلیگو، شرم درونی‌شده بیماران مبتلا به پسوریازیس (۲۳)، و عزت‌نفس (۲۴) اثربخش است.

با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی دیگر روی یک محور که در یک طرف آن بیمار و در طرف دیگر آن سلامتی قرار دارد نیست؛ بلکه سلامتی پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را در بر داشته باشد و در عین حال، فرضیه‌های اساسی آن‌ها را که معتقدند این دو درمان بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو مؤثر می‌باشند، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که کدام یک از آن‌ها، روش مناسب‌تری برای شرم درونی‌شده و عزت‌نفس این بیماران است. در خصوص مقایسه اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته تا بتوانیم تناقضات موجود را بررسی کنیم؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو است.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به ویتیلیگو شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بود که به کلینیک‌های درمانی این شهر مراجعه کرده بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌ها، و بیماران، از بیماران مبتلا جهت بررسی میزان آمادگی‌شان برای مشارکت در پژوهش و جلسات درمانی، توسط پژوهشگران مصاحبه به‌عمل آمد، و سپس با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۴۰ سال،

عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از بیماری وییلیگو، عدم استفاده از داروهای روان پزشکی، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان درمانی فردی و گروهی، پرسشنامه های شرم درونی شده Cook و عزت نفس Cooper Smith در بین ۱۲۶ نفر از آن ها که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این که پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند)، و از بین آن هایی که در این پرسشنامه ها به ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین تر از میانگین نمره کسب کردند (۸۹ نفر)، ۴۵ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه کشی از طریق پرتاب سکه) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم گردیدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک های خروج از مطالعه (عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو بار در جلسات درمانی) بودند. با بهره گیری از نرم افزار G پاور (۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین شد. توضیح این که حجم نمونه بزرگ تر از ۱۵ نفر در روان درمانی های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه های درمانی را پایین بیاورد. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.Z.REC.1399.111 بود.

اطلاعات جمعیت شناختی که از نمونه ها جمع آوری شد، شامل سن، مدت زمان ابتلا به بیماری وییلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای وییلیگو، میزان تحصیلات و شغل بود.

مقیاس شرم درونی شده: این مقیاس به وسیله Cook (۱۹۹۳) تهیه شده و شامل ۳۰ ماده و دو زیرمقیاس کمرویی با ۲۴ ماده (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۰) و عزت نفس با ۶ ماده (۸-۱۳-۱۴-۱۹-۲۶-۲۹) است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ درجه ای از نوع لیکرتی است. گزینه های این پرسشنامه پنج گانه بوده و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره گذاری می شود. حداقل نمره پرسشنامه ۳۰ و حداکثر آن ۱۵۰ است. نمره گذاری به صورت معکوس صورت می گیرد، به طوری که نمره های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است، و

نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالاست (۲۵). Cook ضریب پایایی آلفای کرونباخ زیرمقیاس های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۵). همچنین در ایران، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده اند (۲۶). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه عزت نفس Cooper Smith: این مقیاس به وسیله Cooper Smith (۱۹۷۶) تدوین شده است که ۵۸ سوال دارد. ۸ سوال آن (۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸ و ۵۵) دروغ سنج و ۵۰ سوال دیگر مربوط به ۴ زیرمقیاس (عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی) می باشد. پاسخ به گزینه ها به صورت بلی و خیر، و شیوه نمره گذاری این مقیاس به صورت صفر و یک است. بنابراین، حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۵۰ است. نمره بالاتر نشانگر عزت نفس بالاتر در هر زیرمقیاس است. روایی مقیاس در موارد متعدد بررسی و تأیید و پایایی مقیاس به وسیله سازندگان آن با روش بازآزمایی ۰/۸۸ محاسبه شده است (۲۷). در هنجاریابی ایرانی، پایایی مقیاس ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو ماه؛ هفته ای یک جلسه) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Segal, Williams و Teasdale (۲۹) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو ماه؛ هفته ای یک جلسه) از درمان متمرکز بر شفقت به صورت گروهی طبق برنامه درمانی Gilbert (۳۰) برخوردار شدند (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی در یک مرکز مشاوره خصوص در شهر تبریز توسط یک متخصص مشاوره با درجه دکتری، و یک دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره برگزار شدند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه های آزمایش، از آن ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه گیری ارزیابی شدند.

جدول ۱. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق برنامه درمانی Segal و همکاران (۲۹)

جلسه	شرح جلسات
اول	هدف: آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها.
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یاد گرفتن این‌که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دل‌خواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه شدن از علایم هشداردهنده بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم و هشتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیار بودن از نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی، و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی؛ برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.

جدول ۲. جلسات درمان متمرکز بر شفقت طبق برنامه درمانی Gilbert (۳۰)

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
اول	هدف: آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی. موضوع: معرفی اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	هدف: توضیح و تشریح شفقت: این‌که شفقت چیست، و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. موضوع: آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	هدف: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این‌که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرا. موضوع: آموزش افزایش گرمی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	هدف: ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز». موضوع: شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
پنجم	هدف: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته). موضوع: به‌کارگیری روش‌های ابراز شفقت در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
ششم	هدف: آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود-انتقادگر، خود-انتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت. موضوع: پیدا کردن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
هفتم و هشتم	هدف: پُر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. موضوع: آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به‌سوالات اعضا، و ارزیابی کل جلسات.

نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات

فرضیه پژوهش: اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو متفاوت است.

متغیرهای مستقل: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت

متغیر وابسته: شرم درونی شده و عزت نفس

برای تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر و آزمون تعقیبی بونفونی، و برای مقایسه سن، مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو آزمودنی ها از آنالیز واریانس، و برای مقایسه میزان تحصیلات و شغل آن ها از آزمون خی دو استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در جدول ۳، یافته های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو، میزان تحصیلات و شغل آزمودنی ها آورده شده است. در جدول ۳، سطوح معنی داری به دست آمده نشان می دهند که بین سه گروه از نظر سن، مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو، میزان تحصیلات و شغل تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

در بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z

محاسبه شده در سطح ($p > 0.05$) معنی دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای شرم درونی شده ($F = 2/211$) و عزت نفس ($F = 2/365$) به ترتیب در سطح ۰/۲۶۹ و ۰/۳۴۱ معنادار نبودند، می توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک تر از (۰/۰۵) می توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی (۰/۵۰۰) متغیر شرم درونی شده در سطح خطای داده شده (۰/۴۵۲) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر عزت نفس در سطح خطای داده شده (۰/۵۵۷) معنی دار نیست، می توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهند که بین نمرات متغیر شرم درونی شده و عزت نفس در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات شرم درونی شده و عزت نفس در گروه های آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری دارد ($P < 0.001$). علاوه بر این تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و عزت نفس بیماران مبتلا به

جدول ۳. یافته های توصیفی سن، مدت ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت استفاده از داروهای ویتیلیگو، و میزان تحصیلات و شغل آزمودنی ها

متغیر	گروه آزمایش ۱	گروه آزمایش ۲	گروه کنترل	p-value
سن (سال)	۳۰/۸۰ ± ۳/۶۲*	۳۰/۳۳ ± ۵/۷۰	۳۰/۴۰ ± ۴/۹۸	۰/۹۶۰
مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو (سال)	۱۰/۴۷ ± ۰/۷۴	۱۰/۶۰ ± ۰/۶۳	۱۰/۰۷ ± ۰/۲۵	۰/۰۵۳
مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو (سال)	۷/۴۷ ± ۰/۷۴	۷/۵۳ ± ۰/۶۴	۷/۰۷ ± ۰/۲۵	۰/۰۷۳
میزان تحصیلات				۰/۶۶۳
سیکل تا دیپلم	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	
فوق دیپلم تا لیسانس	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	
فوق لیسانس و بالاتر	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	
شغل				۰/۵۲۲
کارمند	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	
آزاد	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	
خانه دار	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۴)	۵ (۳۳/۳)	

* میانگین ± انحراف معیار؛ † تعداد (درصد)

ویتیلیگو پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P < 0/001$).

نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات بهز شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P < 0/001$). آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس گروه‌های درمانی به ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره شرم درونی‌شده و عزت‌نفس شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت متفاوت از یکدیگر نمی‌باشد؛ بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت‌نفس، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

با توجه به این‌که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها می‌باشد، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ در مورد متغیر شرم درونی‌شده بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر شرم درونی‌شده در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شرم درونی‌شده ($0/48$) نشان می‌دهد که 48% از تغییرات متغیر شرم درونی‌شده مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر عزت‌نفس بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر عزت‌نفس در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر عزت‌نفس ($0/41$) نشان می‌دهد که 41% از تغییرات متغیر عزت‌نفس مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بود.

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنی‌دار بود ($P < 0/001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت با کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس گروه‌های آزمایشی به ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره گروه کنترل می‌باشد؛ اما نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت‌نفس به‌نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح ($p > 0/05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای شرم درونی‌شده ($F = 2/211$) و عزت‌نفس ($F = 2/365$) به ترتیب در سطح $0/269$ و $0/341$ معنی‌دار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ($0/05$) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های

جدول ۴. نمرات متغیرهای شرم درونی شده و عزت نفس پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	سطح تغییرات داخل گروهی	معنی داری تغییرات بین گروهی
شرم درونی شده	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۰۲/۳۳±۱۰/۵۸*	۸۷/۷۳±۱۰/۱۱	۸۷/۹۳±۱۰/۱۸	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان متمرکز بر شفقت	۱۰۲/۸۷±۱۴/۱۲	۸۷/۴۰±۱۳/۸۰	۸۷/۶۷±۱۳/۹۷	P<۰/۰۰۱*	
	کنترل	۱۰۱/۸۷±۹/۶۵	۱۰۱/۶۷±۹/۹۹	۱۰۱/۷۳±۹/۸۷	P>۰/۸۱۱	
عزت نفس	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۹/۰۰±۴/۲۴	۲۵/۳۳±۵/۱۷	۲۴/۸۷±۵/۱۵	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان متمرکز بر شفقت	۱۸/۲۰±۳/۶۱	۲۵/۲۷±۴/۶۸	۲۵/۱۳±۴/۵۸	P<۰/۰۰۱*	
	کنترل	۱۸/۳۳±۳/۷۹	۱۸/۸۰±۳/۹۵	۱۸/۷۳±۳/۶۵	P>۰/۸۶۶	

* میانگین ± انحراف معیار

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
شرم درونی شده	زمان	اثر پیلایی	۱/۳۸۲	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۱۹/۸۹۰	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸
عزت نفس	زمان	اثر پیلایی	۱/۶۲۳	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۱۴/۷۸۰	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱

* p<۰/۰۵ (اختلاف معنی دار)

جدول ۶. مقایسه های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل	گروه درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه درمان متمرکز بر شفقت
شرم درونی شده	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها
	۱۳/۹۳۳-	۱۴/۲۶۷-	۰/۳۳۳
عزت نفس	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها	تفاوت میانگین ها
	۶/۵۳۳	۶/۴۶۷	۰/۰۶۷

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P<۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان می دهند که اختلاف میانگین نمره شرم درونی شده و عزت نفس در گروه های درمانی با گروه کنترل معنادار است ($P<۰/۰۰۱$). نتایج مقایسه های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات بهز شرم درونی شده و عزت نفس در گروه های درمانی با گروه کنترل معنی دار می باشد ($P<۰/۰۰۱$). ازسوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی داری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه های درمانی با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس آزمون و هم در پیگیری، نمرات شرم درونی شده و

خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ($۰/۵۰۰$) متغیر شرم درونی شده در سطح خطای داده شده ($۰/۴۵۲$) و مقدار کرویت موخلی ($۰/۶۵۰$) متغیر عزت نفس در سطح خطای داده شده ($۰/۵۵۷$) معنی دار نیست، می توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهند که بین نمرات متغیر شرم درونی شده و عزت نفس در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات شرم درونی شده و عزت نفس در گروه های آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری دارد ($P<۰/۰۰۱$). علاوه بر این تأثیر

عزت نفس گروه‌های درمانی به ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره شرم درونی‌شده و عزت نفس شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت متفاوت از یکدیگر نیست؛ بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت نفس، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

با توجه به این‌که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها می‌باشد، نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۵ در مورد متغیر شرم درونی‌شده بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر شرم درونی‌شده در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شرم درونی‌شده ($0/48$) نشان می‌دهد که 48% از تغییرات متغیر شرم درونی‌شده مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بوده است. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۵ برای متغیر عزت نفس بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر عزت نفس در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر عزت نفس ($0/41$) نشان می‌دهد که 41% از تغییرات متغیر عزت نفس مربوط به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بوده است.

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای شرم درونی‌شده و عزت نفس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات شرم درونی‌شده و عزت نفس گروه‌های آزمایشی با گروه

کنترل، معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات شرم درونی‌شده و عزت نفس در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت با کنترل است؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات شرم درونی‌شده و عزت نفس گروه‌های آزمایشی به ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره گروه کنترل است؛ اما نمرات شرم درونی‌شده و عزت نفس گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت نفس به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام شد. نتایج از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو حمایت کرد. همچنین، نتایج نشان داد که تأثیر این دو درمان بر کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیست. تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل نوین‌بودن درمان متمرکز بر شفقت، و از طرفی به سبب در دسترس نبودن مقایسه اثربخشی دو درمان بر شرم درونی‌شده و عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسوئی را مورد بحث قرار دهیم.

در راستای اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان به نتیجه مطالعات زیر اشاره کرد. Shahmoradi و همکاران (۱۶) در پژوهش خود نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو اثربخش است. MehriNejad

(۱۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش کمروبی و افزایش ابراز وجود دختران دوره بلوغ موثر است. و همچنین، Abbasi و Khademloo (۱۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص/ شرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال گرا اثربخش است؛ که نتایج این پژوهشها به نوعی با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

آموزش ذهن آگاهی به بیماران مبتلا به ویتیلیگو یاد می دهد که چگونه با راهبردهای ارضاء نیازهای هیجانی و جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه کرده و مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای بهبود شرم و خودسرزنی مهیا کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا تداوم احساس شرم جلوگیری می کند و باعث می شود چرخه های پردازش معیوب کم تر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش یا تداوم شرم درونی شده کاهش می یابد (۱۸) که این امر سبب افزایش عزت نفس می شود.

درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت می توان به نتایج نتایج مطالعات Shirkavand Hosseini و Makvand (۲۱)، Shirkavand Hosseini و Makvand (۲۱)، Ahmadi و همکاران (۲۲)، و Hosseinaei و Barzamini (۲۳) اشاره کرد که نشان دادند این درمان بر خودانتقادی، تاب آوری، اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی بیماران مبتلا به ویتیلیگو، و شرم درونی شده بیماران مبتلا به پسوریازیس تأثیر دارد. همچنین، Andersen و Rasmussen (۲۴) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر عزت نفس بیماران موثر است. نتایج پژوهش حاضر با یافته های مذکور همسو است. شایان ذکر است که هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتایج پژوهش حاضر پیدا نشد تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را مورد بحث و بررسی قرار داد.

در این درمان، بیماران می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن

احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت گونه ای به خود داشته باند که نیازمند اتخاذ چشم انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. در تمرین های شفقت بر تن آرامی، ذهن آرام و دل سوز و ذهن آگاهی تأکید می شود که نقش موثری در آرامش ذهن افراد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی دارند (۱۹) که این امر سبب کاهش احساس شرم و افزایش عزت نفس دارد.

نمونه پژوهش حاضر را زنان مبتلا به ویتیلیگو ۲۵ تا ۴۰ ساله شهر تبریز تشکیل داد که این مورد یکی از محدودیت های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته ها به زنان مبتلا به ویتیلیگو جوان تر و مسن تر را دشوار می سازد. همچنین در این مطالعه جمع آوری داده ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ دهی محتمل است. پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت با کاربرد فنون و روش های خاص خود احتمالاً سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با آن و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و کاهش شرم درونی شده و افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو شده است. با توجه به نقش مهم دختران و زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان شناختی آن ها توصیه می شود در کلینیک های روان شناسی بیمارستان ها و کلینیک های دولتی و خصوصی، از این درمان ها به صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش شرم درونی شده و افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

REFERENCES

1. Mazzei Weiss ME. Vitiligo: to biopsy or not to biopsy? *Cutis* 2020; 105: 189-90.
2. Zhang Y, Cai Y, Shi M, Jiang S, Cui S, Wu Y, et al. The prevalence of vitiligo: a meta-analysis. *PLoS One* 2016; 11: e0163806.
3. Silverberg JI, Silverberg NB. Topical tacrolimus is more effective for treatment of vitiligo in patients of skin of color. *J Drugs Dermatol* 2011; 10: 507-10.
4. Silverberg NB. Pediatric vitiligo. *Pediatr Clin North Am* 2014; 61: 347-66.

5. Correia KML, Borloti E. Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. *Acta Comportamentalia* 2013; 21: 227-40.
6. Alhetheli G. The Impact of Vitiligo on Patients' Psychological Status and Sexual Function: Cross-Sectional Questionnaire-Based Study. *The Open Dermatology Journal* 2021; 15: 23-30.
7. Al-Shammari SA, Alotaibi HM, Assiri MA, Altokhais MI, Alotaibi MS, Alkhawailed MS. Quality of life in vitiligo patients in central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2021; 42: 682-687.
8. Baidya S, Dey P, Mohanty R. Assessment of quality of life in vitiligo patients attending a tertiary care hospital - A cross sectional study. *Ind Psychiatry J* 2021; 30: 62-66.
9. Kim S, Thibodeau R, Jorgensen R. Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2011; 137: 68-96.
10. Muris P, Meesters C. Small or big in the eyes of the other: on the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clin Child Fam Psychol Rew* 2014; 17: 19-40.
11. Gausel N, Vignoles VL, Leach CE. Resolving the paradox of shame: Differentiating among specific appraisal-feeling combinations explains pro-social and self-defensive motivation. *Motivation and Emotion* 2016; 40: 118-39.
12. Teo I, Fronczyk KM, Guindani M, Vannucci M, Ulfers SS, Hanasono MM, Fingeret MC. Salient body image concerns of patients with cancer undergoing head and neck reconstruction. *Head eck* 2016; 38: 1035-1042.
13. Ghorbani M, Alipour A, Aliakbari Dehkordi M. The effectiveness of interventions of positive approach on depression, self-esteem, life expectancy and body image of mastectomized women. *Health Psychology* 2017; 6: 151-67.
14. Fumero A, Peñate W, Oyanadel C, Porter B. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Anxiety Disorders. A Systematic Meta-Review. *Eur J Investig Health Psychol Educ* 2020; 10:704-719.
15. Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector N A. A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. *Int J Cogn Ther* 2021; 20:1-19.
16. Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjedi M. Comparing Effectiveness of "Schema Therapy" and "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on Maladaptive Schemas and General Health in Patients with Vitiligo. *JHPM* 2019; 7: 42-52. [In Persian]
17. MehriNejad SA. Investigating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Reduce Shyness and Increase the Assertiveness Puberty Girls. *JCPS* 2018; 8: 97-111. [In Persian]
18. Abbasi R, Khademloo M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive therapy on Schema effectiveness / shame, rumination and social isolation of women perfectionist. *Journal of Psychological Studies* 2018; 14: 127-145. [In Persian]
19. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury :Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment* 2011; 12: 128-39.
20. Shirkavand F, Makvand Hosseini Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy on selfcriticism of patients with vitiligo. Fifth National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment with a focus on psychotherapy, Tehran; Iran. 2019; 87. [In Persian]
21. Shirkavand F, Makvand Hosseini Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy on Resilience of patients with vitiligo. Fifth National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment with a focus on psychotherapy, Tehran. 2019; 93. [in Persian].
22. Ahmadi R, Sajjadian I, Jaffari F. The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo. *JDS* 2019; 10: 18-29. [In Persian]
23. Barzamini M, Hosseinaei A. The Effectiveness of Group Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Psoriasis. *Armaghane Danesh* 2019; 24: 998-1012. [In Persian].
24. Andersen B, Rasmussen PH. Transdiagnostic group therapy for people with self- critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care* 2017; 4:14.
25. Cook DR, ed. Internalized shame scale: Technical Manual. Wisconsin: Channel Press; 1993. P.65-66.
26. Rajabi G, Abbasi G. Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with internal shame in students. *Research in Clinical Psychology and Counseling (Studies in Education & Psychology)* 2010;2: 171-182. [In Persian]
27. Pritchard M. Does self esteem moderate the relation between gender and weight preoccupation in undergraduates? *Personality and Individual Differences* 2010; 48: 224-27.

28. Soheylizad M, Yahaghi Amjad E, Amini D, Gholamaliev B. Relationship between self-esteem, resilience and quality of life in patients with type 2 diabetes in Hamadan in 2015. *Pajouhan Sci* 2016; 15: 1-8. [In Persian].
29. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD, Eds. *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013. p.86.
30. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009; 15: 199-208.