Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 33, No. 2, Summer 2023 ORIGINAL ARTICLE

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 Varjovi[1], Zahra Hazemi Jebelli[2], Nazanin Ketabfrosh Badri[3], Hadi Smkhani Akbarinejhad[4]
[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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

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 Akbarinejhad 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 Akbarinejhad
Tel: *+98 41-34421999*
E-mail: Hadiakbarinejhad@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
Received: 17 May 2022; **Accepted:** 26 Jun 2022

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۸۳ تا ۱۹۴

Original Article

مقایسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو

سعید سلامت ورجوی[۱]، زهرا حازمی جبلّی[۲]، نازنین کتابفروش بدری[۳]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[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 روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، تبریز، ایران
[۴] گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو صورت گرفت.*

روش بررسی: *روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به ویتیلیگوی شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ که به کلینیک‌های درمانی این شهر مراجعه کرده بودند تشکیل می‌دادند. ۴۵ بیمار با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌های آزمایشی، درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای اندازه‌گیری، پرسشنامه‌های شرم درونی‌شده کوک (۱۹۹۳) و عزت‌نفس کوپر اسمیت (۱۹۷۶) بودند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت ($P>۰/۰۵$). هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران را در پس‌آزمون به‌ترتیب کاهش و افزایش دادند ($P<۰/۰۰۱$). در مرحله پی‌گیری، اثر این دو ماندگار بود ($P<۰/۰۰۱$). تأثیر درمان‌ها بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری یکسان بود ($P>۰/۰۵$).*

نتیجه‌گیری: *به‌نظر می‌رسد این دو درمان می‌توانند سبب افزایش پذیرش بیماری ویتیلیگو شوند، از این‌رو احتمالاً می‌توانند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران مبتلا به ویتیلیگو تلقی شوند.*

واژگان کلیدی: *ذهن‌آگاهی، درمان متمرکز بر شفقت، شرم درونی‌شده، عزت‌نفس، ویتیلیگو.*

مقدمه

ویتیلیگو (vitiligo) اختلال رنگدانه‌ای اکتسابی پوست است که منجر به ایجاد لکه‌های سفید در بدن می‌شود (۱). شیوع تخمینی آن در کل دنیا بین ۰/۰۰۴ تا ۲/۲۸ درصد است (۲). این بیماری به عوامل ژنتیکی و غیرژنتیکی وابسته است. این اختلال حاصل فقدان عملکرد ملانوسیت‌های 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 می‌شود تا مبتلایان دچار شرم (shame) شده و آن را درونی کنند (۵)؛ که این امر سبب تشدید مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی (۶) و در

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد (**email**: Hadiakbarinejhad@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۲/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۴/۵

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

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 به‌تلاش‌هایی برای تعدیل یا فرار از تجربه عاطفی همراه با آن منجر شود (۱۱).

عزت‌نفس به‌معنای اعتماد به توانایی در خود اندیشیدن است، اعتماد به‌حق خود برای موفق‌بودن، شادبودن، ارزشمندبودن و ابراز نیازها و خواسته‌ها از دیگر تعاریف آن می‌باشد. افراد با سطح عزت‌نفس بالا با احتمال بیش ـتری 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 به‌همان میزان تغییر در عزت‌نفس وی وارد می‌شود (۱۳).

بیماران مبتلا به ویتیلیگو درگیر مراجعات مکرر به‌پزشک، هزینه‌های زیاد درمان و عوارض ناشی از آن‌اند که این امر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۶)؛ بنابراین علاوه بر لزوم پرداختن به‌مشکلات 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 به‌بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به‌شکل 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 عین‌حال، 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 کدام‌یک 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،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از بیماری ویتیلیگو، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت در جلسات مشاوه و روان‌درمانی فردی و گروهی)، پرسشنامه‌های شرم درونی‌شده Cook و عزت‌نفس Cooper Smith در بین ۱۲۶ نفر از آن‌ها که مایل به‌شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند)، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند (۸۹ نفر)، ۴۵ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب سکه) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم گردیدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های خروج از مطالعه (عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو بار در جلسات درمانی) بودند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار Gپاور (a=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین شد. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.Z.REC.1399.111 بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شد، شامل سن، مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو، میزان تحصیلات و شغل بود.

مقیاس شرم درونی‌شده: این مقیاس به‌وسیله 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 عزت‌نفس با ۶ ماده (۸-۱۳-۱۴-۱۹-۲۶-۲۹) است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به‌صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. گزینه‌های این پرسشنامه پنج‌گانه بوده و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره پرسشنامه ۳۰ و حداکثر آن ۱۵۰ است. نمره‌گذاری به‌صورت معکوس صورت می‌گیرد، به‌طوری‌که نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است، و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالاست (۲۵). Cook ضریب پایایی آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۵). همچنین در ایران، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی‌شده را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (۲۶). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد.

پرسشنامه عزت‌نفس Cooper Smith: این مقیاس به‌وسیله Cooper Smith (۱۹۷۶) تدوین شده است که ۵۸ سوال دارد. ۸ سوال آن (۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸ و ۵۵) دروغ‌سنج و ۵۰ سوال دیگر مربوط به ۴ زیرمقیاس (عزت‌نفس کلی، عزت‌نفرس اجتماعی، عزت‌نفس خانوادگی و عزت‌نفس تحصیلی) می‌باشد. پاسخ به گزینه‌ها به‌صورت بلی و خیر، و شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به‌صرورت صفر و یک است. بنابراین، حداق نمره صفر و حداکثر آن ۵۰ است. نمره بالاتر نشانگر عزت‌نفس بالاتر در هر زیرمقیاس است. روایی مقیاس در موارد متعدد بررسی و تأیید و پایایی مقیاس به‌وسیله 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 به‌دست آمد.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Segal، Williams و Teasdale (۲۹) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از درمان متمرکز بر شفقت به‌صورت 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 گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

جدول ۱. جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طبق برنامه درمانی Segal و همکاران (۲۹)

جلسه	شرح جلسات
اول	*هدف*: آگاهی بیش‌تر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه وتجربه بودن در لحظه. *موضوع*: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در این‌جا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با ستفاده 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*: پی‌بردن 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 به‌لحظه 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*: تغییرعادات 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 جزیی 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 ذهن‌آگاهی 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 خودتخریب‌گرانه. موضوع: آموزش افزایش گرمی، ذهن‌آگاهی، 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، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به‌سوالات اعضا، و ارزیابی کل جلسات.

جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به‌شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

فرضیه پژوهش: اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو متفاوت است.

متغیرهای مستقل: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت

متغیر وابسته: شرم درونی‌شده و عزت‌نفس

برای تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی، و برای مقایسه سن، مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو آزمودنی‌ها از آنالیز واریانس، و برای مقایسه میزان تحصیلات و شغل آن‌ها از آزمون خی‌دو استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۳، یافته‌های توصیفی متغیرهای سن، مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو، میزان تحصیلات و شغل آزمودنی‌ها آورده شده است. در جدول ۳، سطوح معنی‌داری به‌دست آمده نشان می‌دهند که بین سه گروه از نظر سن، مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت زمان استفاده از داروهای ویتیلیگو، میزان تحصیلات و شغل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p>۰/۰۵) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای شرم درونی‌شده (F=۲/۲۱۱) و عزت‌نفس (F=۲/۳۶۵) به‌ترتیب در سطح ۰/۲۶۹ و ۰/۳۴۱ معنادار 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 عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۵۰۰) متغیر شرم درونی‌شده در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۵۲) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر عزت‌نفس در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۵۷) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر این تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به

جدول ۳. یافته‌های توصیفی سن، مدت ابتلا به بیماری ویتیلیگو، مدت استفاده از داروهای ویتیلیگو، و میزان تحصیلات و شغل آزمودنی‌ها

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)	
فوق‌دیپلم تا لیسانس	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	
فوق‌لیسانس 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)	
خانه‌دار	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۴)	۵ (۳۳/۳)	

* میانگین ± انحراف معیار؛ † تعداد (درصد)

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

ویتیلیگو پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). 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<۰/۰۰۱).

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<۰/۰۰۱). ازسوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس گروه‌های درمانی به‌ترتیب 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 به‌سایر 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؛ به‌عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شرم درونی‌شده (۰/۴۸) نشان می‌دهد که ۴۸٪ 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 معنی‌داری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر عزت‌نفس (۰/۴۱) نشان می‌دهد که ۴۱٪ 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<۰/۰۰۱)؛ اما اختلاف میانگین نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵). 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 عزت‌نفس گروه‌های آزمایشی به‌ترتیب 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 نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p>۰/۰۵) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای شرم درونی‌شده (F=۲/۲۱۱) و عزت‌نفس (F=۲/۳۶۵) به‌ترتیب در سطح ۰/۲۶۹ و ۰/۳۴۱ 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 عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

جدول ۴. نمرات متغیرهای شرم درونی‌شده و عزت‌نفس پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
شرم درونی‌شده	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	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	
عزت‌نفس	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	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 گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار		F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
شرم درونی‌شده	زمان	۰/۹۸	اثر پیلایی	۱/۳۸۲	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	زمان*مداخله	۰/۹۷	اثر پیلایی	۱۹/۸۹۰	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸
عزت‌نفس	زمان	۰/۸۸	اثر پیلایی	۱/۶۲۳	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	زمان*مداخله	۰/۸۲	اثر پیلایی	۱۴/۷۸۰	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱

* p<۰/۰۵ (اختلاف معنی‌دار)

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

متغیر	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل		گروه درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل		گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه درمان متمرکز بر شفقت	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
شرم درونی‌شده	-۱۳/۹۳۳	*۰/۰۰۵	-۱۴/۲۶۷	*۰/۰۰۴	۰/۳۳۳	۱/۰۰۰
عزت‌نفس	۶/۵۳۳	*۰/۰۰۱	۶/۴۶۷	*۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۱/۰۰۰

خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۵۰۰) متغیر شرم درونی‌شده در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۵۲) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر عزت‌نفس در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۵۷) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر این تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۰۱). 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 معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). ازسوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات شرم درونی‌شده و

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

عزت‌نفس گروه‌های درمانی به‌ترتیب 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 نیست؛ 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 به‌سایر 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؛ به‌عبارت دیگر بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر شرم درونی‌شده (۰/۴۸) نشان می‌دهد که ۴۸٪ 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 معناداری 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؛ به‌عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر عزت‌نفس (۰/۴۱) نشان می‌دهد که ۴۱٪ از تغییرات متغیر عزت‌نفس 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 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 بوده است ($P<۰/۰۰۱$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات شرم درونی‌شده و عزت‌نفس در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنی‌دار نیست ($P>۰/۰۵$). 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 عزت‌نفس گروه‌های آزمایشی به‌ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره گروه کنترل است؛ 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.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام شد. نتایج از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو حمایت کرد. همچنین، نتایج نشان داد که تأثیر این دو درمان بر کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت‌نفس 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، به‌دلیل نوین‌بودن درمان متمرکز بر شفقت، و از طرفی به‌سبب در دسترس‌نبودن مقایسه اثربخشی دو درمان بر شرم درونی‌شده و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی 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

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

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

آموزش ذهن‌آگاهی به بیماران مبتلا به ویتیلیگو یاد می‌دهد که چگونه با راهبردهای ارضاء نیازهای هیجانی و جهت‌دادن منابع پردازش اطلاعات به‌طرف اهداف خنثی توجه کرده و مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای بهبود شرم و خودسرزنشی مهیا کنند. بنابراین، به‌کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا تداوم احساس شرم جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کم‌تر دردسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش یا تداوم شرم درونی‌شده کاهش می‌یابد (۱۸) که این امر سبب افزایش عزت‌نفس می‌شود.

درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت می‌توان به نتایج نتایج مطالعات Shirkavand و Makvand Hosseini (۲۱)، Shirkavand و Makvand Hosseini (۲۱)، Ahmadi و همکاران (۲۲)، و Barzamini و Hosseinaei (۲۳) اشاره کرد که نشان دادند این درمان بر خودانتقادی، تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی بیماران مبتلا به ویتیلیگو، و شرم درونی‌شده بیماران مبتلا به پسوریازیس تأثیر دارد. همچنین، Andersen و Rasmussen (۲۴) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر عزت‌نفس بیماران موثر است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های 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 می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت گونه‌ای به‌خود داشته باند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به‌نام ذهن‌آگاهی است. در تمرین‌های شفقت بر تن‌آرامی، ذهن آرام و دل‌سوز و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود 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 عزت‌نفس دارد.

نمونه پژوهش حاضر را زنان مبتلا به ویتیلیگو ۲۵ تا ۴۰ ساله شهر تبریز تشکیل داد که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به زنان مبتلا به ویتیلیگو جوان‌تر و مسن‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود احتمالاً سبب پذیرش بیماری و مواجهه آگاهانه با آن و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت‌نفس 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 روان‌شناختی آن‌ها توصیه می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش شرم درونی‌شده و افزایش عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان 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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

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, Alkhowailed 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, selfesteem, 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 fectiveness / 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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]
[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]

28. Soheylizad M, Yahaghi Amjad E, Amini D, Gholamaliee 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.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1402.33.2.8.2]

[DOI: 10.61186/iau.33.2.183]