



## Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy with compassion-focused therapy on psychological well-being and internalized shame in female students with vitiligo

Shahla Abkhooy <sup>1</sup>, Naeimeh Bagherzadeh-Hamamchi <sup>1</sup>, Hadi Smkhani-Akbarinejad <sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran

\*Corresponding author: Hadi Smkhani-Akbarinejad, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran.  
Email: hadiakbarinejad@yahoo.com

Received: 1 August 2023 Revised: 18 September 2023 Accepted: 5 September 2023

### Abstract

**Background and Aim:** Vitiligo aggravates psychological problems such as anxiety and depression and ultimately reduces the quality of life in patients. This study aimed to compare the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) with compassion-focused therapy (CFT) on psychological well-being and internalized shame in female students with vitiligo.

**Methods:** This semi-experimental study was performed based on a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The study population consisted of all female students with vitiligo in the secondary high school in Tabriz, Iran, in the academic year of 2022. The research sample was 45 students who were selected by purposive sampling method and were randomly divided into experimental and control groups of 15 people. Both experimental groups received their treatment in eight 1.5-h sessions, but the control group did not receive any treatment.

**Results:** Compared to the control group, both treatments (ACT and CFT) increased the psychological well-being of female students with vitiligo in the post-test ( $P < 0.001$ ) and decreased their internalized shame ( $P < 0.001$ ). In the follow-up phase, the effect of these two treatments on the quality of psychological well-being and internalized shame was lasting ( $P < 0.001$ ). The effect of these two treatments on psychological well-being and internalized shame was the same in post-test and follow-up phases ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Due to the effectiveness of these two treatments (ACT and CFT) on psychological well-being and internalized shame in girls with vitiligo, it can be used to increase psychological well-being and reduce internalized shame in these people.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Compassion-focused therapy, Psychological well-being, Internalized shame, Vitiligo



## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو

شهلا آب خوی<sup>۱</sup>، نعیمه باقرزاده حمامچی<sup>۱</sup>، هادی اسمخانی اکبری نژاد<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۰ اصلاح مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۱۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** ویتیلیگو سبب تشدید مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی مبتلایان می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به بیماری ویتیلیگو بود.

**روش‌ها:** روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان دختر مبتلا به بیماری ویتیلیگو دوره دوم متوسطه مدارس شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی‌سازی در گروه‌های آزمایش و کنترل ۱۵ نفره قرار گرفتند. هر دو گروه آزمایشی درمان مختص خود را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند، اما گروه اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

**یافته‌ها:** هر دو درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت) در مقایسه با گروه کنترل، بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو را در پس‌آزمون افزایش ( $P < 0/001$ ) و شرم درونی‌شده آنها را کاهش دادند ( $P < 0/001$ ). در مرحله پی‌گیری، اثر این دو درمان بر کیفیت بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده ماندگار بود ( $P < 0/001$ ). تأثیر این دو درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی این دو درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده دختران مبتلا به ویتیلیگو، می‌توان از آنها برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شرم درونی‌شده در این افراد استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، بهزیستی روان‌شناختی، شرم درونی‌شده، ویتیلیگو

## مقدمه

هزینه‌های زیاد درمان و عوارض ناشی از آن هستند که این امر بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد [۸].

درمان‌های رایج بیماری ویتیلیگو که شامل درمان‌های دارویی سیستمیک و موضعی، درمان‌های فیزیکی و رفع رنگدانه هستند [۱۴] عموماً مشکلات فیزیولوژیکی این بیماران را مورد هدف قرار می‌دهند و کمتر به حل مشکلات روان‌شناختی آنها می‌پردازند [۱۵]؛ بنابراین علاوه بر لزوم پرداختن به مشکلات جسمانی این بیماران می‌بایست به مشکلات روان‌شناختی آنها نیز توجه کرد که کاربرد مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت از جمله آنهاست [۱۶]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جزو مداخلات روان‌شناختی برآمده از موج‌های اول و دوم رویکردهای رفتاری است که اساس آن بر پذیرش فعالانه قرار داده شده است؛ در حالی که درمان متمرکز بر شفقت صرفاً به شرم درونی شده و احساس گناه می‌پردازد [۱۶]؛ از این رو دلیل انتخاب این دو درمان در این پژوهش این است که این دو درمان که ماهیتی متفاوت دارند را با هم مقایسه کنیم.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آنها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود [۱۷]. این درمان بر سلامت روان [۱۸]، عزت‌نفس [۱۹]، اختلال بدشکلی بدن و نشخوار ذهنی [۲۰]، بهزیستی روان‌شناختی [۲۱] بیماران مبتلا به ویتیلیگو اثربخش است.

## روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر مبتلا به بیماری ویتیلیگو دوره متوسطه دوم مدارس شهر تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند و برای درمان بیماری ویتیلیگوی خود به کلینیک‌های خصوصی پوست و زیبایی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین کلینیک‌های خصوصی پوست و زیبایی شهر تبریز، و دانش‌آموزان مبتلا به ویتیلیگو (به صورت کتبی)، پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف و شرم درونی‌شده

نوجوانی دورهای است که در آن تغییرات بسیاری در فرآیندهای زیستی، شناختی، روانی، و اجتماعی به‌وقوع می‌پیوندد که در آن، نوجوانان علاوه بر درگیری با مشکلات رشدی، اجتماعی، خانوادگی و روان‌شناختی، با بیماری‌های مزمن همچون ویتیلیگو درگیر می‌شوند [۱]. ویتیلیگو اختلال رنگدانه‌ای اکتسابی پوست است که منجر به ایجاد لکه‌های سفید در بدن می‌شود [۲]. شیوع تخمینی آن در کل دنیا بین ۰/۰۴ تا ۲/۲۸ درصد است [۳]. این بیماری به عوامل ژنتیکی و غیرژنتیکی وابسته است که حاصل فقدان عملکرد ملانوسیت‌های پوستی می‌باشد [۴]. در زمینه ابتلا به ویتیلیگو سه فرضیه عمده در ایجاد بیماری شامل فرضیه عصبی، خودتخریبی و ایمنی مطرح می‌باشد [۵]. ویتیلیگو تأثیر واضحی بر زیبایی فرد می‌گذارد و می‌تواند با ایجاد افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، اختلال در شغل‌یابی و حتی طرد اجتماعی، استرس شدیدی برای فرد مبتلا به بار آورد [۲]. ویتیلیگو باعث می‌شود تا مبتلایان دچار شرم شده و آن را درونی کنند [۶]؛ که این امر سبب تشدید مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی [۷] و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در آنها می‌شود [۸].

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]. شرم سبب می‌شود تا فرد خود را به نحوی معیوب یا غیرقابل قبول بداند و فکر کند که به نوعی "بیش از حد" عیب و ایراد دارد و "کافی نیست" که این عوامل سبب انواع مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی نظیر اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و حتی خودکشی می‌شود [۱۰].

Sun و همکاران [۱۲] بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی‌های شناختی و عاطفی افراد از زندگی‌شان که شامل تجربه هیجان‌ات خوشایند، سطوح پایین خلق‌های منفی و رضایت بالا از زندگی است تعریف کرده‌اند. ریف بر نقش مهم حمایتی این سازه در سلامتی روانی و جسمی افراد تأکید می‌کند. افرادی که با وجود بیماری، بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند، بیشتر دوست دارند در اجتماع نقشی به عهده بگیرند، وقت فراغت پرشورتری برای خود ایجاد می‌کنند و در فعالیت‌های عمومی بیشتری شرکت می‌کنند، دارای روحیه مشارکتی بیشتری هستند و عمدتاً دارای هیجان‌ات مثبت‌اند و از ارزیابی مثبت روی داده‌های در حال وقوع استقبال می‌کنند، و به همین دلیل هیجان‌ات نامطلوب مثل اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را کمتر تجربه می‌کنند [۱۳]. بیماران مبتلا به ویتیلیگو درگیر مراجعات مکرر به پزشک،

### مقیاس بهزیستی روان‌شناختی

این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی آن استفاده شد. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۱۸ سوالی هر عامل ۳ سوال دارد. گزینه‌های این پرسشنامه ۶ گانه بوده و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره پرسشنامه ۱۸ و حداکثر آن ۱۰۸ است. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است [۲۷]. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۸ و ۰/۷۸، به‌دست آمده است [۲۷]. روایی این آزمون با استفاده از روش روایی‌سازی با اجرای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و پرسشنامه شادکامی محاسبه شده که همبستگی آنها ۰/۶۸ به دست آمده است، که نشانگر روایی قابل قبولی است [۲۷]. روایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در ایران به کمک روش روایی‌سازی، با اجرای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با مقیاس اصلی محاسبه گردید. همبستگی بین مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به‌دست آمد [۲۸]. در تعیین پایایی این ابزار در ایران به روش بازآزمایی، با ۲ ماه فاصله، ضریب پایایی ۰/۸۲ برای کل مقیاس، و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ضرایب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به‌دست آمد [۲۸]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد.

### مقیاس شرم درونی‌شده

این مقیاس به‌وسیله Cook تهیه شده و شامل ۳۰ ماده و ۲ زیرمقیاس کمروبی با ۲۴ ماده (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۰) 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 ۵ گانه 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 [۲۸]. Cook ضریب پایایی آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های کمروبی و عزت‌نفس را به

Cook در بین ۱۳۲ نفر از آنها توزیع شد، و از بین کسانی که در پرسشنامه‌های مذکور به ترتیب یک انحراف معیار پایین‌تر و بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۸۸ نفر)، ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب، و به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم گردیدند. پرسش‌نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها در حضور آزمونگر تکمیل شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن ۱۵ تا ۱۷ سال، ابتلا به بیماری ویتیلیگو بیش از ۷ سال، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از بیماری ویتیلیگو مثل ام. اس و بیماری قلبی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی نظیر نورتریپتیلین و فلوکستین، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی، و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو بار در جلسات درمان 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 گردید. توضیح این که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد.

پیش از تقسیم تصادفی، افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو همسان شدند. در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشتیم.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Hayes و همکاران دریافت کردند [۱۷] (جدول ۱-). اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه؛ هفته‌ای یک جلسه) از درمان متمرکز بر شفقت به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی گیلبرت برخوردار شدند [۲۲] (جدول ۲)؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آنها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، یکشنبه‌ها (برای گروه آزمایش ۱) و دوشنبه‌ها (برای گروه آزمایش ۲) بعد از ظهر، از ساعت ۵ تا ۶ و نیم، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و روان‌شناس با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر ۳ گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. 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 نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید.

**ملاحظات اخلاقی**

مطالعه حاضر طبق مفاد معاهده هلسینکی انجام شد. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند آزادانه از پژوهش خارج شوند. اطلاعات کسب‌شده از آزمودنی‌ها محرمانه نگه داشته شدند و کسانی که مایل بودند از نمرات خود مطلع شوند، صرفاً نمرات خودشان در اختیارشان قرار گرفت. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1401.061) بود.

ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است [۲۹]. 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 [۳۰]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

**محاسبات آماری**

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ و آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**جدول-۱. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خوب‌شدن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

**جدول-۲. محتوای جلسات و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت**

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با یکدیگر، تعریف مفاهیم مربوط به موضوع پژوهش و آسیب‌پذیری روانی ناشی از ویتیلیگو و اثرات آن بر افراد و مفهوم سازی درمان متمرکز بر شفقت
دوم	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن در افراد تا بتوانند برخورد مناسب، موثر و کارآمدی با محیط داشته باشند
هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری به عنوان یکی از مولفه‌های درمان متمرکز بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های جلسات قبل برای کمک به آزمودنی‌ها جهت مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

**نتایج**

بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کالومگروف-اسمیرنوف نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه

در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۴۵ نفر اعضای گروه‌های آزمایشی به‌طور کامل مداخله را دریافت کردند. میانگین سنی افراد ۱۵/۹۳±۰/۸۳ سال و میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری ویتیلیگو ۷/۳۷±۰/۶۱ سال بود. نتایج نشان داد که

از سوی 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 بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده گروه‌های درمانی بیش‌تر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت متفاوت از یکدیگر نمی‌باشد؛ بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شرم درونی‌شده، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

با توجه به این‌که آزمون اثر پیلای در موقعیت‌ها عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها می‌باشد، نتایج آن در جدول ۴ آمده است. اطلاعات بخش اول جدول ۴ در مورد متغیر بهزیستی روان‌شناختی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در ۳ بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول حاکی از آن هستند که بین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در ۳ بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر بین زمان و مداخله، تعامل وجود دارد. علاوه بر این، اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر شرم درونی‌شده بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در ۳ بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر شرم درونی‌شده در ۳ بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر، زمان و مداخله تعامل دارند.

مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح ( $P > 0.05$ ) معنی‌دار نبودند. در آزمون ام‌باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ( $F = 2/451$ ) و شرم درونی‌شده ( $F = 2/981$ ) به‌ترتیب در سطح ( $0/411$ ) و ( $0/452$ ) معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی ( $0/564$ ) و مقدار کرویت موخلی روان‌شناختی در سطح خطای داده‌شده ( $0/420$ ) و مقدار کرویت موخلی ( $0/612$ ) متغیر شرم درونی‌شده در سطح خطای داده‌شده ( $0/580$ ) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در ۳ بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0.001$ ). نتایج حاکی از آن است که نمرات بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ( $P < 0.001$ ). علاوه بر این تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در دانش‌آموزان دختر مبتلا به بیماری ویبیلیگو پس از ۴ ماه پیگیری ماندگار بوده است ( $P < 0.001$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده 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 بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است ( $P < 0.001$ ).

**جدول ۳-** میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دانش‌آموزان دختر تبریز در سال ۱۴۰۱ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین ± SD	پس‌آزمون میانگین ± SD	پیگیری میانگین ± SD	سطح معناداری تغییرات بین گروهی	سطح معناداری تغییرات داخل گروهی
بهزیستی روان‌شناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۶/۱۷ ± ۶/۸۱	۵۴/۴۵ ± ۶/۵	۵۴/۳۱ ± ۶/۴	P < 0.001*	P < 0.001*
	درمان متمرکز بر شفقت	۴۵/۵۵ ± ۶/۳۷	۵۵/۱۵ ± ۶/۱۹	۵۵/۱۷ ± ۵/۹۲		
	کنترل	۴۴/۵۰ ± ۶/۶۲	۴۴/۳۳ ± ۶/۵۵	۴۴/۱۶ ± ۶/۵۰		
شرم درونی‌شده	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	P = 0/۸۶۲	P < 0.001*	P < 0.001*		
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰۲/۲۸ ± ۱۲/۳۱	۸۸/۵۸ ± ۱۲/۲۸	۸۸/۶۷ ± ۱۲/۲۱	P < 0.001*	P < 0.001*
	درمان متمرکز بر شفقت	۱۰۰/۱۶ ± ۱۳/۱۹	۸۹/۵۱ ± ۱۵/۵۵	۸۹/۴۰ ± ۱۵/۳۶		
	کنترل	۱۰۲/۸۸ ± ۱۱/۴۷	۱۰۲/۷۵ ± ۱۱/۸۸	۱۰۲/۷۲ ± ۱۱/۷۰		
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	P = 0/۸۷۷	P < 0.038*	P < 0.045*		
			P > 0/۹۳۴			

آزمون: تحلیل واریانس یک‌راهه؛ \*اختلاف معنادار < 0.05



جدول-۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا
بهزیستی	زمان	۰/۹	۱/۶۷۸	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۹
روان‌شناختی	زمان*مداخله	۰/۸	۱۰/۴۱۱	۴/۰	۵۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴
شرم	زمان	۰/۹	۱/۶۱۶	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۹
درونی‌شده	زمان*مداخله	۰/۹	۱۱/۳۴	۴/۰	۵۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴

آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر؛ \*اختلاف معنادار  $P < 0.05$

تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت با کنترل می‌باشد؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده گروه‌های آزمایشی بیشتر از نمره گروه کنترل می‌باشد؛ اما نمرات بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شرم درونی‌شده به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست (نمودار ۱).

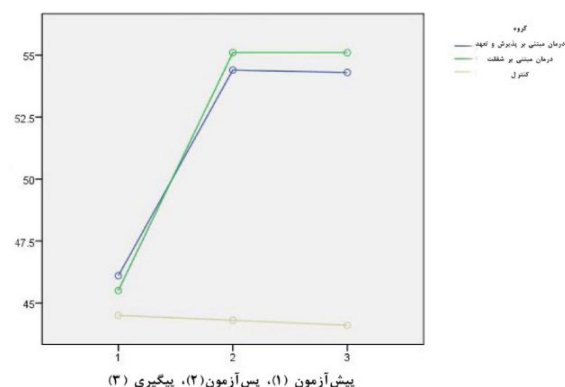
برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۵). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار بوده است ( $P < 0.001$ )؛ اما اختلاف میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنادار نمی‌باشد ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری

جدول-۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بر حسب عضویت گروهی در متغیرهای وابسته

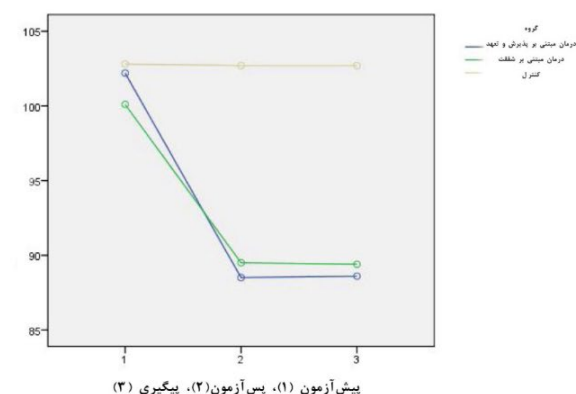
متغیر	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه درمان متمرکز بر شفقت	گروه درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل
بهزیستی روان‌شناختی	تفاوت میانگین‌ها ۱/۰۱۰۰	تفاوت میانگین‌ها -۰/۷۰۰	تفاوت میانگین‌ها *۰/۰۰۲
شرم درونی‌شده	تفاوت میانگین‌ها -۹/۸۰۰	تفاوت میانگین‌ها ۱/۳۰۰	تفاوت میانگین‌ها *۰/۰۳۵

آزمون: بونفرونی؛ \*اختلاف معنادار  $P < 0.05$

نمره متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایشی و کنترل



نمره متغیر شرم درونی‌شده در گروه‌های آزمایشی و کنترل



نمودار-۱. میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اثر بخشی هر دو درمان بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شرم درونی‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو حمایت کرد. همچنین، نتایج نشان داد که تأثیر این دو درمان بر افزایش کیفیت بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شرم درونی‌شده دانش‌آموزان دختر

## بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو انجام شد. نتایج از

تیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم درونی شده بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌توان گفت که در این درمان افراد 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 [۳۴]. در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی و شفقت به خود تأکید می‌شود که تأثیر به‌سزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت [۳۵].

نمونه‌های پژوهش حاضر برحسب هر دو جنسیت، وضعیت اقتصادی و نوع شخصیت آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار نگرفته، که این موارد جزو محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین در این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. به پژوهشگران محترم پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا کنند، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز بهره‌برند، و آزمودنی‌ها را برحسب وضعیت اقتصادی و نوع شخصیت نیز هم‌تاسازی کنند.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد 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 افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شرم درونی شده بیماران مبتلا به ویتیلیگو شده است. با توجه به نقش مهم دختران در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها توصیه می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شرم درونی شده دختران نوجوان مبتلا به بیماری ویتیلیگو استفاده شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو با یکدیگر متفاوت نمی‌باشد. درباره عدم تفاوت تأثیر این دو درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو می‌توان بیان نمود که نوجوانان دختر مبتلا به ویتیلیگو علاوه بر تحمل پریشانی و عدم پذیرش شرایط برآمده از بیماری‌شان، درگیر مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی می‌شوند که این عوامل سبب کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش شرم درونی شده آنها می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به بیماران مبتلا به ویتیلیگو به آنها کمک کرده تا بیماری و شرایط برآمده از آن را آگاهانه بپذیرند و در قبال آن، اعمال متعهدانه‌ای داشته باشند تا به

مبتلا به ویتیلیگو در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نمی‌باشد. مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل نوین بودن درمان مبتنی بر شفقت، و از طرفی به‌سبب در دسترس نبودن مقایسه اثربخشی دو درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو، مقدور نبود؛ اما می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو است. در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو می‌توان به نتایج پژوهش‌های نودری و همکاران [۱۸]، نودری و همکاران [۱۹]، دانشی و همکاران [۲۰]، و دانشی و همکاران [۲۱] اشاره کرد. در این مطالعات نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، عزت‌نفس، اختلال بدشکلی بدن و نشخوار ذهنی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران ویتیلیگو اثربخش است که این مهم با نتایج مطالعات مذکور همسو می‌باشد. 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.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا بدون امید تصور نکرده تا زندگی دارای معنا و ارزش شود. همچنین به این بیماران کمک می‌کند تا درد را به عنوان جزیی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن [۳۲]. این درمان با تأییراتی که بر تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد می‌گذارد، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی در فرد می‌شود؛ پذیرش شرایط، بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود بهزیستی روان‌شناختی موثر باشد [۳۳]. د

رباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو اثربخش است. نتایج مطالعات شیرکوند و مکوند حسینی [۲۳]، شیرکوند و مکوند حسینی [۲۴]، احمدی و همکاران [۲۵]، و برزمینی و حسینی [۲۶] حاکی از این بودند که این درمان بر خودانتقادی، تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی بیماران مبتلا به ویتیلیگو، و شرم درونی شده بیماران مبتلا به پسوریازیس تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مذکور همسو می‌باشد. 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 شفقت‌گونه‌ای به‌خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام 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 خودآیند منفی دارند [۲۲]. در



**تشکر و قدردانی:** از همه اساتیدی که در غنای مطالب

حاضر یاری‌رسان بودند، نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

**نقش نویسندگان:** همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله

یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

**منابع**

- Patel R, Pandya AG, Sikirica V, Gandhi K, Daniel SR, Anastassopoulos KP, et al. Prevalence of Vitiligo among Children and Adolescents in the United States. *Dermatology* 2023; 239(2): 227-234. doi:10.1159/000528180 PMID:36630928 PMCID:PMC10210084
- Mazzei Weiss ME. Vitiligo: to biopsy or not to biopsy? *Cutis* 2020; 105(4): 189-90.
- Kang H, Lee S. Prevalence and incidence of vitiligo and associated comorbidities: a nationwide population-based study in Korea. *Get access Arrow. Clin Experimental Dermatol* 2023; 48(5): 484-9. doi:10.1093/ced/llad028 PMID:36656897
- Feng Y, Lu Y. Advances in vitiligo: Update on therapeutic targets. *Front Immunol* 2023; 13: 986918. doi:10.3389/fimmu.2022.986918 PMID:36119071 PMCID:PMC9471423
- Diotallevi F, Gioacchini H, De Simoni E, Marani A, Candelora M, Paolinelli M, et al. Vitiligo, from Pathogenesis to Therapeutic Advances: State of the Art. *Int J Mol Sci* 2023; 24(5): 4910. doi:10.3390/ijms24054910 PMID:36902341 PMCID:PMC10003418
- Bidaki R, Majidi N, Moghadam Ahmad A, Bakhshi H, Sadr Mohammadi R, Mostafavi S-, et al. Vitiligo and social acceptance. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2018; 11: 383-86. doi:10.2147/CCID.S151114 PMID:30046249 PMCID:PMC6054323
- Alhetheli G. The Impact of Vitiligo on Patients' Psychological Status and Sexual Function: Cross-Sectional Questionnaire-Based Study. *DRMTOJ* 2021; 15: 23-30. doi:10.2174/1874372202115010023
- 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(6): 682-7. doi:10.15537/smj.2021.42.6.20200833 PMID:34078732 PMCID:PMC9149719
- Scheinfeld E. The Role of Shame, Stigma, and Family Communication Patterns in the Decision to Disclose STIs to Parents in Order to Seek Support. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20(6): 4742. doi:10.3390/ijerph20064742 PMID:36981650 PMCID:PMC10048974

معنای جدیدی نسبت به وضعیت و بیماری خود برسند. درمان متمرکز بر شفقت هم سبب شده تا بیماران مبتلا به ویتیلیگو در بسیاری از موارد قبول کنند که ابتلا به بیماری لزوماً بد نیست. در این درمان، ماهیت اثر، علل و پیامدها و شیوه‌های مقابله با اضطراب، افسردگی و نگرانی‌های بیماران با آنها مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته و به آن‌ها در این زمینه آموزش‌هایی داده شده است. انجام این تکالیف باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی شده در آنها شده است. بنابراین، هر دوی این رویکردها در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شرم درونی‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به ویتیلیگو به صورت برابر اثربخش بوده‌اند اما هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود.

- Aberer E, Hiebler-Ragger M, Zenker M, Weger W, Hofer A, Unterrainer HF. Facets of shame are differently expressed in dermatological disease: a prospective observational study. *BJD* 2020; 183(1): 169-71. doi:10.1111/bjd.18899 PMID:31997342 PMCID:PMC7383988
- Jafari Nodoushan Z, Mirhosseini H, Yamola M, Bidaki R, Hasibi E, Jafari A, et al. Effect of neurofeedback on anxiety, dyslexia, and dysgraphia in elementary students afflicted with attention deficit hyperactivity disorder- a pilot study. *Novel Clin Med* 2022; 1(2): 81-88. doi:10.22034/ncm.2022.327848.1018
- Sun S, Chen J, Johannesson M, Kind P, Burström K. Subjective well-being and its association with subjective health status, age, sex, region, and socio-economic characteristics in a Chinese population study. *J Happiness Stud* 2016; 17(2): 833-73. doi:10.1007/s10902-014-9611-7
- Ryff CD. Articolo Target. Psychological well-being and health: Past, present and future. *JPDS* 2016; 1: 7-26. doi:10.3280/PDS2016-001002
- Kubelis-López DE, Zapata-Salazar NA, Said-Fernández SL, Sánchez-Domínguez CN, Salinas-Santander MA, Martínez-Rodríguez HG, et al. Updates and new medical treatments for vitiligo (Review). *Exp Ther Med* 2021; 22(2): 797. doi:10.3892/etm.2021.10229 PMID:34093753 PMCID:PMC8170669
- Ayisha N Mahama AN, Haller CN, Ahmed AM. Psychosocial considerations in the management of vitiligo. *Clin Dermatol* 2023; 41(1): 82-8. doi:10.1016/j.clindermatol.2023.02.008 PMID:36878455
- Prochaska J, Norcross, J. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. (Translated by Yahya SeyedMohammadi). 56th ed. Tehran: Ravan; 2022: 219-20. [In Persian]
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016. 23-4.
- Nozari S, Shamsian M, Chaghmaghi Yazdi M, Nozari F. The effectiveness of acceptance and

- commitment therapy based on mental health in patients with vitiligo. 6th Iranian Conference on Educational Sciences and Technology of Social Studies and Psychology, Tehran. 2020; 134.
19. Nozari S, Shamsian M, Chaghmaghi Yazdi M, Nozari F. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on self-esteem in patients with vitiligo. 6th Iranian Conference on Educational Sciences and Technology of Social Studies and Psychology, Tehran. 2020; 211. [in Persian]
20. Daneshi R, Hafezi F, Homayi R. Efficacy was based on Acceptance and Commitment (ACT) of body dysmorphic disorder and rumination on the skin disease vitiligo patients (Lak and PC). *JHRC* 2021; 7(3): 15. [in Persian].
21. Daneshi R, Hafezi F, Homayi R. Comparing the Effect of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Treatment on Psychological Well-Being among Individuals with Vitiligo Skin Disease: A Pilot Study. *Community Health* 2021; 8(1): 104-15. [in Persian]
22. Gilbert P, Simos G. *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge; 2020: 17.
23. 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. 2019; 87. [in Persian]
24. 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; 87. [in Persian]
25. Ahmadi R, Sajjadian I, Jaffari F. The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo. *JDC* 2019; 10(1): 18-29. [in Persian]
26. Barzamini M, Hosseinaei A. The Effectiveness of Group Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Psoriasis. *Armaghane Danesh* 2019; 24(5): 998-1012.
27. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *JSPS* 1989; 57: 1069-81. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
28. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *IJPCP* 2008; 14(2): 146-51. [in Persian]
29. Cook DR. *Internalized shame scale: Technical Manual*. WI: Channel Press: 1993. 65-66.
30. Rajabi G, Abbasi G. Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with internal shame in students. *JRCPC* 2010; (2): 171-82. [in Persian]
31. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cogn Behav Pract* 2011; 18(4): 577-87. doi:10.1016/j.cbpra.2010.03.004
32. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract* 2013; 20(3): 264-81. doi:10.1016/j.cbpra.2011.02.005 PMID:31588170 PMCID:PMC6777746
33. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clin Psychologist* 2017; 3: 47-54.
34. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 2014; 53: 6-41. doi:10.1111/bjc.12043 PMID:24588760
35. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *J Clin Psychol* 2013; 69: 28-44. doi:10.1002/jclp.21923 PMID:23070875

**How to Cite this Article:**

Abkhooy Sh, Bagherzadeh-Hamamchi N, Smkhani-Akbarinejhad H. Comparison the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Compassion-focused Therapy on Psychological Well-being and Internalized Shame in Female Students with Vitiligo. *Feyz Med Sci J* 2023; 27(4): 406-15. doi: 10.48307/FMSJ.2023.27.4.406