


Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms in Vitiligo Patients

Hadi Ghazanfari^{1*}, Parviz Dabaghi², Mehdi Bakhshizadeh³, Azar Pirdehghan⁴

¹ Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Department of Clinical Psychology, AJA University of Medical Science, Tehran, Iran

³ Department of Clinical Psychology, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Department of Community Medicine, School of Medicine, Research Center for Health Sciences, Health Sciences and Technology Research Institute, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Abstract

Article history:

Received: 14 April 2024

Revised: 12 June 2024

Accepted: 06 August 2024

ePublished: 14 September 2024

***Corresponding author:** Hadi Ghazanfari, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
Email: ghazanfari.hadi67@gmail.com

Background and Objective: Vitiligo is a chronic skin disease. Considering that this disease affects a person's appearance, psychological symptoms, such as depression, isolation, and low self-confidence, are very common in these patients. The present study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological symptoms of patients with vitiligo disease.

Materials and Methods: The present study employed a quasi-experimental design featuring a pre-test, post-test, and unequal control group. The statistical population of the research comprised soldiers and other military personnel with vitiligo who were serving in military centers of the armed forces in Tehran in 2020. The experimental group (n=11) received ACT, and the control group (n=13) did not receive any intervention. The subjects completed the questionnaires before and after the intervention. The analysis of covariance was used to analyze the data.

Results: The results indicated that ACT improved depression, quality of life, and acceptance, and reduced experiential avoidance in vitiligo patients. No significant difference was observed in anxiety or mindfulness between the two groups. The effect size indicated that the differences between the groups were moderate.

Conclusion: ACT is an evidence-based treatment for vitiligo patients, and psychologists can use this treatment to improve the quality of life and reduce the psychological symptoms of these patients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Symptoms, Vitiligo

Please cite this article as follows: Ghazanfari H, Dabaghi P, Bakhshizadeh M, Pirdehghan A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms in Vitiligo Patients. *Avicenna J Clin Med.* 2024; 31(2): 116-122. DOI: 10.32592/ajcm.31.2.116

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو

هادی غضنفری^{۱*}، پرویز دباغی^۲، مهدی بخشی زاده^۳، آذر پیردهقان^۴

^۱ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء‌مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
^۳ گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۴ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده‌ی علوم و فناوری بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: ویتیلیگو نوعی بیماری مزمن پوستی است. با توجه به اینکه این بیماری ظاهر فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، علائم روان‌شناختی مانند افسردگی، گوشه‌گیری، اعتمادبه‌نفس پایین در این بیماران بسیار شایع است. هدف مطالعه‌ی حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل نابرابر بود. جامعه‌ی آماری شامل سربازان و نظامیان مبتلا به ویتیلیگو بود که در سال ۱۳۹۹ در مراکز نظامی نیروهای مسلح تهران مشغول به خدمت بودند. از بین این مراکز نظامی، گروه آزمایش (n=۱۱) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه کنترل (n=۱۳) هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود افسردگی، کیفیت زندگی، پذیرش و کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به ویتیلیگو شده است. در اضطراب و ذهن‌آگاهی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. میزان تفاوت بین گروه‌ها متوسط بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به ویتیلیگو درمانی مبتنی بر شواهد است و روان‌شناسان می‌توانند از این درمان برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روان‌شناختی بیماران استفاده کنند.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علائم روان‌شناختی، لکوپیس

تاریخچه‌ی مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۲۶

ویرایش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۶

انتشار: ۱۴۰۳/۰۶/۲۴

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده‌ی مسئول: هادی غضنفری،

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء‌مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ایمیل: ghazanfari.hadi67@gmail.com

استناد: غضنفری، هادی؛ دباغی، پرویز؛ بخشی زاده، مهدی؛ پیردهقان، آذر. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا، تابستان ۱۴۰۳؛ ۳۱(۲): ۱۱۶-۱۲۲.

مقدمه

بیشتری ایجاد می‌کند. نوجوانی و اوایل جوانی دوره‌های رشدی‌ای است که افراد وارد گروه‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی اجتماعی و صمیمانه می‌شوند [۵]. افراد در این دوران به ظاهر خود اهمیت زیادی می‌دهند و اگر ظاهر بدنی آن‌ها تحت تأثیر بیماری‌هایی مانند ویتیلیگو قرار گیرد، ممکن است بر کیفیت زندگی و روابط بین‌فردی آن‌ها تأثیرات نامطلوبی بگذارد [۱].

دوره‌ی آموزش نظامی در ایران دوره‌ای اجباری برای پسران است که معمولاً از ۱۸ سالگی شروع می‌شود. این دوره در رشد شخصیت پسران تأثیر مثبتی دارد. اگر ظاهر فیزیکی افراد مبتلا به بیماری مانند ویتیلیگو تحت تأثیر قرار گیرد، تأثیرات نامطلوبی بر

ویتیلیگو (Vitiligo) نوعی بیماری مزمن پوستی است که با لکه‌های بی‌رنگ ناشی از از بین رفتن ملانوسیت‌های پوست مشخص می‌شود [۱]. این بیماری در یک درصد از جمعیت عمومی شیوع دارد [۱-۲]. ویتیلیگو در صورتی می‌تواند عواقب روانی بسیاری داشته باشد که بر ظاهر جسمانی افراد تأثیر بگذارد و کیفیت زندگی و سلامت روانی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات نشان داده است که عزت‌نفس پایین، انزوا و گوشه‌گیری، افسردگی و سایر علائم روانی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو بسیار شایع است [۲-۴]. ویتیلیگو همچنین بر کیفیت روابط بین‌فردی بیماران تأثیر می‌گذارد و علائم روان‌شناختی

فوق‌الذکر، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفت.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل نابرابر انجام گرفت. جامعه‌ی آماری سربازان و سایر نظامیان مبتلا به ویتیلیگو بودند که در سال ۱۳۹۹ در مراکز نظامی نیروهای مسلح شهر تهران خدمت می‌کردند. روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و از نوع دردسترس و هدفمند بود. بیماران با تشخیص ویتیلیگو بر اساس پرونده‌ی پزشکی و پس از تأیید متخصص پوست به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شدند. در طول فرایند مطالعه، این افراد بر اساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ آزمودنی) و کنترل (۲۰ آزمودنی) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به ویتیلیگو بر اساس تشخیص متخصص پوست، عدم دریافت درمان دارویی مربوط به ویتیلیگو و اختلالات روان‌پزشکی و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: دریافت دارو به‌منظور درمان ویتیلیگو یا اختلالات روان‌پزشکی، وجود اختلال حاد روان‌پزشکی یا افکار خودکشی و نارضایتی از شرکت در مطالعه. ابتدا تمامی آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. در طول مدت مطالعه، هیچ‌یک از آزمودنی‌های گروه آزمایش دارو دریافت نکرد. گروه کنترل تا پایان مطالعه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مطالعه، به‌منظور رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای و پژوهشی، آزمودنی‌های گروه کنترل نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. بر اساس راهنمای درمان ACT که Hayes آن را پیشنهاد داده بود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت حداقل ۱۲ جلسه در ۵۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد [۹]. گفتنی است که جلسات درمان تا ۲۱ جلسه نیز طول کشید.

سلامت روان و کیفیت زندگی می‌گذارد؛ بنابراین، مداخله در این زمینه ضروری است. در کشور ما به اثرهای روانی بیماری‌های پوستی و چالش‌هایی که بیماران با آن مواجه‌اند، توجه چندانی نشده است. البته مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای درمان افراد مبتلا به اختلالات پوستی استفاده شده است. در واقع، چنین مداخلاتی باعث بهبود بیماری‌هایی مانند درماتیت آتوپیک، پسوریازیس و برخی بیماری‌های پوستی دیگر شده است که به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کرده است [۴]، اما مداخلات روان‌شناختی کمتری برای بیماران ویتیلیگو به کار گرفته شده است و بیشتر مطالعات در قالب طرح‌های توصیفی به بررسی آثار روانی در این بیماران پرداخته و کمتر به مداخلات روان‌شناختی توجه شده است. تنها در یک مطالعه از درمان شناختی‌رفتاری برای درمان ویتیلیگو استفاده شده است. در تحقیقات Papadopoulos و همکارانش نشان داده شده است که درمان شناختی‌رفتاری درک بدن از این بیماران را بهبود می‌بخشد و احساسات منفی آن‌ها را کاهش می‌دهد [۶]. درمان شناختی‌رفتاری از تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای اصلاح شناخت‌های معیوب و تغییر رفتار آسیب‌شناختی استفاده می‌کند [۷]. ترک درمان و عدم پاسخ‌گویی از محدودیت‌های درمان شناختی‌رفتاری است که محققان به آن اشاره کرده‌اند [۸]. یکی از روش‌های پرکاربرد درمانی که اخیراً برای درمان اختلالات روان‌شناختی مطرح شده است، درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) است که می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علائم روان‌شناختی بیماران ویتیلیگو و پاسخ به محدودیت‌های درمان‌های قبلی باشد. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا احساسات ناخوشایند و افکار منفی خود را بپذیرند. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا کیفیت زندگی خود را با افزایش قدرت پذیرش و افزایش رفتارهای مبتنی بر ارزش‌های زندگی بهبود بخشند [۹]. ذهن‌آگاهی (زندگی در زمان حال بدون قضاوت)، پذیرش و افزایش رفتارهای مبتنی بر ارزش مکانیسم‌های تغییر در این درمان هستند. با توجه به اهمیت موارد

جدول ۱: دستورجلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	دستور جلسه
۱-۲	مرحله‌ی معرفی و آموزش اصول رویکرد ACT: اجرای پیش‌آزمون و برقراری رابطه‌ی درمانی و شرح حال مختصر از روند بیماری و درمان، ارزیابی بالینی بر اساس رویکرد ACT (ارزیابی ارتباط آزمودنی با تجربه‌های درونی یعنی افکار، هیجان‌ها و تصویرهای ذهنی و...)، آموزش روانی به آزمودنی‌ها راجع به رویکرد ACT، چالش با کنترل تجربه‌های درونی و ایجاد ناامیدی خلاقانه، آموزش درباره‌ی نقش اجتناب تجربه‌ای در حفظ علائم، فرمول‌بندی بر اساس رویکرد ACT و توضیح به آزمودنی، تمرین‌خانگی و معرفی خودارزیابی.
۳-۶	مرحله‌ی راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش: معرفی ماهیت پذیرش و ذهن‌آگاهی، افزایش پذیرش با تمرین‌های ذهن‌آگاهی (تمرین تنفس و آگاهی از تجربه‌های درونی و بیرونی)، آموزش تمرین‌های ذهن‌آگاهی، استفاده از استعاره‌های ذهن‌آگاهی (استعاره‌ی مهمان‌سرا و تمرین مشاهده‌گر).
۷-۱۰	مرحله‌ی تغییر رفتار: معرفی مفهوم ارزش‌ها، ارزیابی ارزش‌های اولیه، شناسایی و هدایت رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها، افزایش تعهد به افزایش رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها، شناسایی اجتناب‌های ظریف آزمودنی‌ها در عدم تعهد و عمل مبتنی بر ارزش‌ها، ادامه‌ی تمرین‌های ذهن‌آگاهی (گسترش دادن آگاهی از فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی).
۱۱-۱۲	مرحله‌ی ارزیابی پیشرفت، پیشگیری از عود و خاتمه‌ی درمان: خلاصه‌ی درمان و جلسات، بررسی موانع درمانی، افزایش پذیرش و رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها، اجرای پس‌آزمون.

(۳ ماده) و سلامت محیطی (۸ ماده) تهیه شده است. این پرسش‌نامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ‌یک از این حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به صورت کلی می‌سنجند. در این پرسش‌نامه، ماده‌ها با مقیاسی پنج‌نمره‌ای درجه‌بندی می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بهتر است. نمره‌ی کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ی صفر تا ۱۲۰ قرار دارد. آلفای کرونباخ برای کل نمرات این پرسش‌نامه بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۱ گزارش شده است [۱۴]. در نمونه‌ی ایرانی، ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه در حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی پس از دو هفته برابر با ۰/۷۰ به دست آمده است [۱۵]. در مطالعه‌ی حاضر، از این پرسش‌نامه به منظور تعیین میزان کیفیت زندگی استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی فعالیت و پذیرش (AAQ): این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی ۹ ماده دارد که میزان اجتناب از تجارب درونی را می‌سنجد. در این پرسش‌نامه، ماده‌ها با مقیاسی هفت‌نمره‌ای درجه‌بندی می‌شود و نمرات بالا اجتناب از تجارب درونی و نمرات پایین پذیرش تجارب درونی را نشان می‌دهد. نمره‌ی کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ی ۹ تا ۶۳ قرار دارد. همسانی درونی و پایایی بازآزمایی چهارماهه‌ی این پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۶۴ گزارش شده است [۱۶]. در نمونه‌ی ایرانی، با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب پایایی کل آزمون برابر با ۰/۸۷ و ضریب پایایی هر یک از سؤالات بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ محاسبه شده است [۱۷]. در مطالعه‌ی حاضر، از این پرسش‌نامه به منظور تعیین میزان اجتناب از تجارب درونی استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی ذهن‌آگاهی، توجه و هوشیاری (MAAS): این پرسش‌نامه را Brown KW & Ryan در سال ۲۰۰۳ برای ارزیابی ذهن‌آگاهی طراحی کردند [۱۸]. این پرسش‌نامه ۱۵ ماده دارد. حداقل نمره برابر با ۱۵ و حداکثر آن برابر با ۹۰ است. این پرسش‌نامه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. همسانی درونی این آزمون بر اساس آلفای کرونباخ، بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی و پایایی آن در نمونه‌های ایرانی تأیید شده است [۱۹].

برای تحلیل داده‌ها و فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، آزمون کولموگوروف اسمیرنوف، آزمون ویلکز لامبدا (Wilk's Lambda) و از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ استفاده شد.

نتایج

تمامی آزمودنی‌ها مرد بودند و میانگین سنی آن‌ها در گروه آزمایش برابر با ۲۰ سال و در گروه کنترل برابر با ۲۰/۷۰ سال بود. ۷۸ درصد از افراد مجرد و ۵۸ درصد دارای مدارک تحصیلات عالی

دلیل طولانی شدن جلسات توجه به فرایند درمان و تأکید کمتر بر آموزش محتوایی و روانی دستورجلسات بود؛ برای مثال، فرایند پذیرش تجربه‌های درونی مثل احساس‌های ناخوشایند ممکن بود چند جلسه طول بکشد. روان‌درمانی را متخصص روان‌شناس بالینی‌ای که دوره‌ی درمان ACT را گذرانده بود، انجام داد. جدول ۱ ترتیب جلسات درمانی را نشان می‌دهد.

یکپارچگی درمان (Treatment integrity)

تمامی جلسات درمان را پژوهشگر متخصص روان‌شناسی بالینی پس از کسب رضایت از آزمودنی‌ها برگزار کرد و تمام جلسات ضبط شد. دو جلسه به صورت تصادفی انتخاب شد و یکپارچگی درمان را دو نفر از دانشجویان دوره‌ی دکتری روان‌شناسی بالینی، که دوره‌ی آموزشی ACT را گذرانده بودند و خارج از افراد حاضر در پژوهش بودند، بررسی کردند. میزان پایایی پذیرفتنی بود (ضریب کاپا = ۰/۷۶). این امر برای کنترل اثر وفاداری اتخاذ شد. چک‌لیست مداخلات درمانی برای یکپارچه‌سازی درمان بر اساس مؤلفه‌های راهنمای درمان به صورت محقق ساخته و با توجه به مطالعات قبلی [۹-۱۰] و میزان پایبندی درمانگر به این مؤلفه‌ها اندازه‌گیری شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (BAI): این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی ۲۱ ماده دارد که برای سنجش شدت اضطراب استفاده می‌شود. در این پرسش‌نامه، ماده‌ها با مقیاسی چهارنمره‌ای درجه‌بندی می‌شود و نمرات بالاتر بیانگر اضطراب بیشتر است. نمره‌ی کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ی صفر تا ۶۳ قرار دارد. ضریب همبستگی بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته و همسانی درونی این پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۱]. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی از طریق دونیم‌سازی برای این پرسش‌نامه در نمونه‌ی ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۱ محاسبه شده است [۱۲].

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II): این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی ۲۱ ماده دارد که شدت افسردگی را می‌سنجد. در این پرسش‌نامه، ماده‌ها با مقیاسی چهارنمره‌ای درجه‌بندی می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی افسردگی بیشتر است. نمره‌ی کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ی صفر تا ۶۳ قرار دارد. ضریب همبستگی بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته و همسانی درونی این پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۳]. در نمونه‌ی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۱ و ضریب پایایی آن برابر با ۰/۹۴ محاسبه شده است [۱۲]. در مطالعه‌ی حاضر از این پرسش‌نامه برای ارزیابی شدت افسردگی استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، فرم کوتاه (WHOQOL-BREF): این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی ۲۶ ماده دارد که برای ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی (۷ ماده)، سلامت روان‌شناختی (۶ ماده)، روابط اجتماعی

است، بنابراین می‌توانیم از آزمون MANCOVA برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کنیم. سطح معناداری برای این آزمون نیز ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

نتایج آزمون ویلکز لامبدا (Wilk's Lambda) نشان داد که تأثیر گروه بر متغیرهای پیامد معنادار بود (ارزش $F: 0/16$; $P \geq 0/001$); بنابراین می‌توان از آزمون کوواریانس استفاده کرد. نتایج این آزمون نشان داد که بین حداقل یکی از متغیرهای پیامد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله‌ی پس‌آزمون بر متغیرهای افسردگی، اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی تأثیر معناداری داشت، اما تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهای اضطراب و ذهن‌آگاهی وجود نداشت (جدول ۳).

(همه‌ی رشته‌ها) بودند. گفتنی است که در پایان مطالعه، ۹ نفر از گروه آزمایش و ۷ نفر از گروه کنترل به دلایل ترک درمان، جابه‌جایی محل خدمت، معافیت و تکمیل نکردن پرسش‌نامه‌های پژوهش از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۱۱ نفر از گروه آزمایش و ۱۳ نفر از گروه کنترل وارد تجزیه و تحلیل نهایی داده‌ها شدند.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. با توجه به فرضیه‌ها و طرح پژوهش و همچنین کنترل اثر پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس متغیر، برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در مرحله‌ی اول تحلیل داده‌ها، مفروضات این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمونه‌ها نرمال بوده است. نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس بین گروه‌ها برابر

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله

متغیرهای پژوهش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اضطراب	۱۶/۵۱	۱۳/۶۶	۴/۱۱	۳/۷۶
افسردگی	۱۹/۳۳	۱۰/۴۴	۶/۶۹	۷/۱۱
اجتناب تجربه‌ای	۴۷/۴۳	۲۹/۵۰	۱۰/۵۵	۹/۷۶
کیفیت زندگی	۲۶/۷۶	۴۹/۷۱	۹/۱۱	۱۰/۳۴
ذهن‌آگاهی	۳۴/۴۵	۳۷/۵۶	۱۵/۳۶	۱۱/۸۷

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه‌ها

متغیر	MS	df	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی	۷۷/۶۵	۱	۳۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
اضطراب	۸۷/۳۳	۱	۰/۰۸۷	۰/۲۳	۰/۰۲
اجتناب تجربه‌ای	۵۵/۴۵	۱	۲۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵
کیفیت زندگی	۸۱/۴۳	۱	۳۲/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶
ذهن‌آگاهی	۷۶/۳۳	۱	۰/۰۷۵	۰/۱۲	۰/۰۴

$P < 0/01$

بهبود می‌بخشد، سیر بیماری را تغییر می‌دهد و احساسات منفی آن‌ها را کاهش می‌دهد. درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش رفتارهای فعال‌ساز می‌شود و با اصلاح شناخت‌های معیوب، افسردگی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی و تصویر بدن را بهبود می‌بخشد [۲۰].

نتایج چند مطالعه‌ی توصیفی دیگر نشان داد که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBT) می‌تواند علائم عاطفی، جسمی و روانی بیماری‌های پوستی را بهبود بخشد [۲۱-۲۲]. از آنجایی که ویتیلیگو بر ظاهر افراد تأثیر می‌گذارد، علائم روانی مانند

بحث

هدف مطالعه‌ی حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بود. نتایج نشان داد که درمان یادشده بر متغیرهای افسردگی، اجتناب تجربی و کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارد. بررسی متون مرتبط نشان داد که مطالعات کمی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به ویتیلیگو بررسی کرده‌اند. یافته‌های Papadopoulos و همکاران [۶] نشان داد که درمان شناختی-رفتاری (CBT) تصویر بدن، عزت‌نفس و کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو را

ذهن‌آگاهی و ناهم‌جوشی شناختی (Cognitive diffusion)، تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران ویتیلیگو را افزایش می‌دهد [۲۷]. درمان‌های سنتی بیماران را مستقیماً با افکار، عواطف و تصاویر ذهنی مواجه می‌کند و این یکی از دلایل شکست درمان و محدودیت‌های درمان‌های رایج مانند درمان شناختی‌رفتاری است، اما ACT به‌طور غیرمستقیم بیماران را با افکار، احساسات و تصاویر ذهنی مواجه می‌کند و توانایی آن‌ها را در پذیرش افکار و احساسات منفی افزایش می‌دهد. پذیرش یعنی تجربه‌ی احساسات، افکار و عواطف بدون تلاش برای تغییر یا کنترل آن‌ها [۹]. پذیرش به‌ویژه وقتی مفید است که تجارب درونی تغییرپذیر نباشند. ACT معتقد است که درد عاطفی اتفاقی رایج در زندگی روزمره‌ی ماست، اما وقتی آن‌ها را نپذیریم و شروع به مقاومت، تغییر، کنترل و اجتناب از آن‌ها کنیم، به رنج عاطفی و علائم بالینی تبدیل می‌شود [۲۷]. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه‌های پژوهش به مردان، سربازان و نظامیان است که تعمیم (روایی بیرونی) یافته‌های تحقیق را دشوار می‌سازد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی از زنان و سایر افراد جامعه استفاده شود. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر عدم ارزیابی پیگیری بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که دوره‌ی پیگیری در مطالعات آتی در نظر گرفته شود. پیشنهاد دیگر برای تحقیقات آتی تمرکز بر فرایند تحقیق است که با بررسی متغیرهای میانجی و مکانیسم‌های تغییر درمان امکان‌پذیر است. تحقیقات فعلی بیشتر بر نتیجه تأکید کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به ویتیلیگو، درمان مبتنی بر شواهد است و روان‌شناسان می‌توانند از این درمان برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روان‌شناختی بیماران استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران (آجا) به شماره‌ی ۹۱۰۰۴۶۹ است. به این وسیله از معاون محترم پژوهشی دانشگاه برای مساعدت و حمایتشان کمال تشکر را داریم. همچنین، از تمامی آزمودنی‌هایی که در این مطالعه شرکت کردند تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

هیچ تعارض منافعی برای اعلام وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این پروژه دارای نامه‌ی تأییدیه‌ی اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران به شماره‌ی ۱۱/۱۲۳۴/۰۳/د/۱۴۰۳ مورخ ۱۴۰۳/۳/۳ است. ضمناً از همه‌ی بیماران قبل از شرکت در مطالعه رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی اخذ شده است.

سهم نویسندگان

نویسنده‌ی اول (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات، ایده‌پردازی، جمع‌آوری

اعتمادبه‌نفس پایین، افسردگی و گوشه‌گیری در این بیماران بیشتر گزارش شده است. مطالعات متاآنالیز همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات مانند صرع، دیابت و MS تأیید کرده‌اند [۲۳]. در توضیح و تبیین این یافته‌ها باید گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تجارب درونی خود مانند نشخوار فکری و احساسات ناخوشایند را به‌صورت گشوده و باز به‌عنوان نوعی تجربه بپذیرند [۹]. ACT قدرت پذیرش را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد. اجتناب تجربی (EA) عدم تمایل به تجربه‌ی رویدادهای فردی دردناک و آزاردهنده همراه با تلاش برای کنترل، سرکوب و جلوگیری از فراوانی این رویدادهای فردی و زمینه‌ای است [۲۴]. مطالعات نشان می‌دهد که اجتناب تجربه‌ای به شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی از جمله PTSD، هراس، اختلال وسواس فکری-جبری، اختلالات خلقی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال مصرف مواد منجر می‌شود [۲۳]. کاهش اجتناب باعث بهبود خلق‌وخوی افراد می‌شود [۹]. مطالعات همچنین نشان داده است که اجتناب تجربه‌ای رفتارهای مبتنی بر ارزش‌های زندگی را کاهش می‌دهد [۲۵-۲۶]. کاهش رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها، برای مثال ارزش‌های زندگی و روابط بین‌فردی و اجتماعی، به‌نوبه‌ی خود به انزوا، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی در بیماران منجر می‌شود [۹]. پذیرش احساسات ناخوشایند و افکار منفی احتمال مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی و اضطرابی را در بیماران افزایش می‌دهد. افزایش رفتارهای ارزش‌محور که از اهداف مهم درمان ACT است، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. افزایش رفتارهای مبتنی بر ارزش به‌عنوان فعال‌کننده‌های رفتاری عمل می‌کند و افسردگی بیماران را کاهش می‌دهد [۲۷]؛ برای مثال، یکی از حوزه‌های بسیار مهم ارزشی روابط بین‌فردی است. بیماران مبتلا به ویتیلیگو به‌دلیل ظاهر فیزیکی از روابط بین‌فردی اجتناب می‌کنند و شناخت‌های معیوب، به‌ویژه خطاهای شناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در این بیماران نیز روابط بین‌فردی را مختل می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش احساسات منفی، میزان رفتارهای بین‌فردی را افزایش می‌دهد [۹]. روابط بین‌فردی مؤثر باعث بهبود خلق‌وخو و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌شود.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه در متغیرهای اضطراب و ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد. در توضیح و تبیین این یافته باید گفت که هدف اصلی ACT کاهش علائم نیست [۱۰]. ACT به افزایش توانایی بیماران برای پذیرش علائم بالینی با وجود تجربه‌ی علائم کمک می‌کند. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا با وجود تجربه‌ی علائم بالینی، رفتارهای مبتنی بر ارزش‌های زندگی را افزایش دهند [۹-۱۰]. توضیح دیگر مربوط به نمونه‌های مطالعه است که در طول پژوهش استرس موقعیتی زیادی را تجربه کرده‌اند. ACT با استفاده از تمرین‌های

طرح، مرور مقاله (۱۵ درصد).

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران انجام شده است.

داده‌ها، تدوین بخش‌های مختلف طرح، نگارش مقاله (۳۵ درصد)؛ نویسنده‌ی دوم (پژوهشگر اصلی): طراحی پروژه، نظارت بر کل موارد اجرا، مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، ویرایش علمی مقاله (۳۵ درصد)؛ نویسنده‌ی سوم (پژوهشگر همکار): مشاور علمی، مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، مرور مقاله (۱۵ درصد)؛ نویسنده‌ی چهارم (پژوهشگر همکار): مشاور و تحلیلگر آماری

REFERENCES

- Mohmoud ZM, Elsayed SS, Ahmed FM. Psychosocial status and quality of life among vitiligo patients. *Benha Journal of Applied Sciences*. 2023;8(4):67-79. [Link](#)
- Elbuluk N, Ezzedine K. Quality of Life, Burden of Disease, Co-morbidities, and Systemic Effects in Vitiligo Patients. *Dermatologic clinics*. 2017; 35 (2):117-28. [DOI: 10.1016/j.det.2016.11.002](#)
- Thomson J. Defining the psychological comorbidity in vitiligo: systematically casting the net wide. *British Journal of Dermatology*. 2018; 178(4):826-26. [Link](#)
- Ahmed A, Steed L, Burden-Teh E, Shah R, Sanyal S, Tour S, Dowe S, Whitton M, Batchelor JM, Bewley AP. Identifying key components for a psychological intervention for people with vitiligo—a quantitative and qualitative study in the United Kingdom using web-based questionnaires of people with vitiligo and healthcare professionals. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018; 32(12):2275-83. [DOI: 10.1111/jdv.15168](#)
- Berk LE. Development through the lifespan. Sage Publications. 2022. [Link](#)
- Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Medical Psychology*. 1999; 72(3):385-96. [DOI: 10.1348/000711299160077](#)
- Rakitzis S. Clinical Psychology and Cognitive Behavioral Psychotherapy: Recovery in Mental Health. *Springer Nature*. 2023. [Link](#)
- Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015; 83(6):1108. [Link](#)
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford press. 2011. [Link](#)
- Hayes SC, Pierson H. Acceptance and commitment therapy. *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. 2005:1-4. [DOI: 10.1007/0-306-48581-8_1](#)
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. Beck anxiety inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;60(3):532-42. [DOI: 10.1207/s15327752jpa6003_10](#)
- Fata L, Birashk B, Atefvahid M K, Dabson K S. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP*. 2005; 11 (3) :312-26. [Link](#)
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1987.
- Amir M, Marcelo F, Herrman H, Lomachenkov A, Lucas R, Patrick D, LIDO Group. Reliability, validity and reproducibility of the WHOQOL-BREF in six countries. *Qual Life Res*. 2000; 9(3):320. [Link](#)
- Nejat S, Montazeri A, Holakoue K, Mohammad K, Majdzadeh M. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim Res J*. 2007; 10 (3) :1-8. [Link](#)
- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, Polusny MA, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2004; 54:553-78. [DOI: 10.1007/BF03395492](#)
- Zargar F, Farid AA, Atef-Vahid MK, Afshar H, Omidi A. Comparing the effectiveness of acceptance-based behavior therapy and applied relaxation on acceptance of internal experiences, engagement in valued actions and quality of life in generalized anxiety disorder. *J Res Med Sci*. 2013; 18(2):118. [PMID: 23914213](#)
- Brown KW, Ryan RM. Mindful attention awareness scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. [DOI: 10.1037/t04259-000](#)
- Manavipour D, Baghdasarianc A, Sakhlo SK. Psychometric properties of the mindfulness inventory. *Journal of Industrial/Organization Psychology*. 2014; 4:49-56. [Link](#)
- Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Publications. 2020. [Link](#)
- Montgomery K, Thompson AR. The potential role of mindfulness in psychosocial support for dermatology patients. *Clinics in Dermatology*. 2018; 36(6):743-7. [DOI: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.010](#)
- 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. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 7(6):42-52. [Link](#)
- Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 18:181-92. [DOI: 10.1016/j.jcbs.2020.09.009](#)
- Bennett R, Oliver J. Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques. Routledge. 2019. [DOI: 10.4324/9781351056144](#)
- Zakiei A, Khazaie H, Rostampour M, Lemola S, Esmaeili M, Dürsteler K, Brühl AB, Sadeghi-Bahmani D, Brand S. Acceptance and commitment therapy (ACT) improves sleep quality, experiential avoidance, and emotion regulation in individuals with insomnia—results from a randomized interventional study. *Life*. 2021; 11(2):133. [DOI: 10.3390/life11020133](#)
- Dehghani M, Saf AD, Vosoughi A, Tebbenouri G, Zarnagh HG. Effectiveness of the mindfulness-acceptance-commitment-based approach on athletic performance and sports competition anxiety: A randomized clinical trial. *Electro physician*. 2018; 10(5):6749. [PMID: 29997757](#) [DOI: 10.19082/6749](#)
- Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric clinics*. 2017; 40(4):751-70. [DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.009](#)