

ارتباط شفقت به خود و اجتناب تجربی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو

حمید خراطزاده^۱دکتر ابوالفضل محمدی^۲دکتر فریبا جعفری^{۳،۴}دکتر سیدمحسن حسینی^۵

زمینه و هدف: ویتیلیگو یک اختلال شایع رنگ‌دانه‌ای پوست است که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا دارد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی این بیماران با شفقت به خود و اجتناب تجربی بود.

روش اجرا: در این مطالعه‌ی مقطعی - تحلیلی، پرسش‌نامه‌های شفقت به خود (self-compassion and experiential avoidance [SCS])، نسخه‌ی دوم پذیرش و عمل (AAQ-II) و شاخص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو (VitiQoL) توسط ۱۰۵ نفر از بیماران مبتلا به ویتیلیگو (۴۹/۵٪ مرد) که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، t-test، تحلیل آنوا و تحلیل کوواریانس انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۳۲/۱۴ بود. بین نمره‌ی کیفیت زندگی با نمره‌های اجتناب تجربی ($R=0.28$)، قضاوت‌کردن خود ($R=0.36$)، انزوا ($R=0.52$) و همانندسازی افراطی ($R=0.42$) در سطح $P<0.01$ ارتباط معنی‌داری وجود دارد. پس از حذف اثر مخدوش‌کننده متغیرها بر یکدیگر نیز، ارتباط بین نمره‌ی کیفیت زندگی با محل ضایعه ($P=0.04$) و نمره‌ی انزوا ($P=0.001$) معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: شفقت به خود و اجتناب تجربی نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو ایفا می‌کنند و هدف قراردادن این دو مؤلفه به‌وسیله‌ی درمان‌های روان‌شناختی، می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: ویتیلیگو، کیفیت زندگی، شفقت به خود، اجتناب تجربی

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۲۰

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۷، دوره‌ی ۹ (۲): ۹۲-۸۳

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. گروه روان‌پزشکی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. مرکز تحقیقات پوست و سلول‌های بنیادی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر فریبا جعفری

میدان جمهوری اسلامی، خیابان خرم، مجتمع علمی - تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره (س)، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، اصفهان، ایران

پست الکترونیک:

jaffary@pharm.mui.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

خود را گزارش می‌کنند^۱. ایجاد لکه‌های سفید بر روی پوست و گسترش تدریجی آن‌ها علامت اصلی این اختلال اکتسابی و مزمن رنگ‌دانه‌ای پوست است^{۲،۳} و اختلالات خودایمنی، ژنتیک، التهاب و تغییرات متابولیکی از عوامل مؤثر در ابتلا به این بیماری هستند^۵. هرچند ویتیلیگو از نظر جسمانی ناتوان‌کننده نیست، با این حال به سبب تغییرات پوستی ناشی از بیماری، افراد مبتلا غالباً یک تصویر بدنی منفی از خود

ویتیلیگو شایع‌ترین اختلال رنگ‌دانه‌ای پوست است و چیزی در حدود ۰/۵٪ تا ۲٪ از مردم در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند^۱. این بیماری در هر سنی ممکن است شروع شود اما معمولاً پیش از ۳۰ سالگی ایجاد شده و شیوع آن در هر دو جنس تقریباً برابر است، با این حال زنان بیش‌تر و زودتر از مردان بیماری

هیجان برای مقابله با حالت‌های عاطفی منفی در نظر گرفته می‌شود^{۱۴} و مستلزم این است که فرد در رویارویی با شکست یا درد و رنج به جای خودانتقادگری و ناملایمت نسبت به خود، نگرشی مهربانانه، همدلانه و حمایتگرانه نسبت به خود داشته باشد^{۱۵}. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود با هیجانات مثبت بیشتر، هیجانات منفی کمتر و شدت کمتر علائم افسردگی رابطه دارد و افرادی که دچار اختلال افسردگی عمده هستند در مواجهه با هیجانات منفی شفقت به خود کمتری نسبت به افراد سالم از خود نشان می‌دهند^{۱۴}. شفقت به خود، می‌تواند در کنار آمدن با رخداد‌های سخت زندگی مانند بیماری‌های مزمن مفید باشد و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت خویشتن با مؤلفه‌های هیجانی کیفیت زندگی و هم‌چنین کیفیت زندگی بیماری‌های خاص دارای رابطه‌ی مثبت است^{۱۶-۱۸}. هم‌چنین مشخص شده است که شفقت به خود با بهزیستی افراد مسن در ارتباط است^{۱۹}.

اجتناب تجربی نشان‌دهنده‌ی عدم تمایل فرد به در تماس بودن با تجارب درونی ناخواسته است و حدس زده می‌شود که می‌تواند موجب پیامدهای ناخوشایندی شده و افزایش شدت پریشانی را در درازمدت به همراه داشته باشد^{۲۰-۲۲}. پژوهش Gillanders و همکاران نشان داد که مقابله‌ی اجتنابی، با کیفیت زندگی پایین‌تر در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارد^{۲۳}. از طرفی مشخص شده است که کاهش میزان اجتناب تجربی به واسطه‌ی روان‌درمانی، افزایش کیفیت زندگی را در پی دارد^{۲۴}. پیش از این پژوهش‌های Lillis و همکاران^{۲۵} و Kashdan و همکاران^{۲۶} نیز نشان داده‌اند که بین اجتناب تجربی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی وجود دارد اما در هیچ یک از این پژوهش‌ها، گروه نمونه را بیماران مبتلا به ویتیلیگو تشکیل نمی‌دادند.

با توجه به مطالب گفته‌شده و با توجه به اینکه تاکنون هیچ پژوهشی، ارتباط بین شفقت به خود و اجتناب تجربی را با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به

دارند؛ عزت نفس آن‌ها پایین است و ممکن است خجالت‌زده بوده و نسبت به بدن خود احساس شرم کنند که این موضوع زندگی اجتماعی آن‌ها را نیز با اختلال روبرو می‌کند. هم‌چنین این بیماری تأثیر زیادی بر چشم‌انداز ازدواج و روابط جنسی فرد دارد و از طرفی موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی فرد شده و بیمار را از نظر هیجانی تحت تأثیر قرار می‌دهد^{۶-۸}. در نتیجه، مجموعه‌ی این عوامل می‌توانند موجب کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا شود.

پیش از این پژوهش‌های متعددی به بررسی تأثیر این بیماری بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ویتیلیگو پرداخته‌اند. پژوهش فیضی و همکاران نشان داد که ابتلا به ویتیلیگو کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کیفیت زندگی در این بیماران رابطه‌ی منفی و معنی‌داری با وسعت ضایعه دارد^۹. فراتحلیل موریسون و همکاران نیز نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نسبت به افراد سالم پایین‌تر است^{۱۰}. نتایج پژوهش سلمان و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به ویتیلیگو در مقایسه با افراد غیرمبتلا، سطوح بالاتری از اضطراب، اضطراب اجتماعی و افسردگی و سطوح پایین‌تری از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند^{۱۱}. براساس پژوهش Sampogna و همکاران، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ویتیلیگو شایع بوده و مشکلات روان‌شناختی رابطه‌ی نیرومندی با سطوح پایین کیفیت زندگی دارند^{۱۲}. پژوهش نسانیان و همکاران نیز نشان داد که سلامت روان افراد مبتلا به ویتیلیگو به‌طور معنی‌داری نسبت به افراد غیرمبتلا پایین‌تر است^{۱۳}.

با وجود اینکه پژوهش‌های زیادی به‌منظور بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفته، اما تاکنون هیچ پژوهشی به بررسی رابطه‌ی مؤلفه‌های روان‌شناختی از جمله شفقت به خود و اجتناب تجربی با کیفیت زندگی این بیماران پرداخته است.

شفقت به خود به‌عنوان یک راهبرد مؤثر تنظیم

ویتیلیگو مورد بررسی قرار نداده است، هدف این پژوهش بررسی ارتباط شفقت به خود و اجتناب تجربی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌باشد و از آنجایی که شناخت مؤلفه‌های مرتبط با کیفیت زندگی، می‌تواند به متخصصین سلامت روان در انتخاب شیوه مناسب مداخله به منظور افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو کمک کند انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد.

روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع مقطعی - تحلیلی و به منظور بررسی ارتباط بین شفقت به خود و اجتناب تجربی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفت. جامعه‌ی هدف در این مطالعه، تمامی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بود که اسامی آن‌ها در پایگاه اطلاعاتی مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ثبت شده است. معیارهای ورود عبارت بودند از: تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح، سن بالای ۱۶ سال، حداقل تحصیلات در سطح ابتدایی به منظور تکمیل پرسش‌نامه‌ها، عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌پریشی و عدم دریافت داروهای ضد روان‌پریشی در حال حاضر یا در گذشته براساس خوداظهاری فرد. عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰ درصد سؤالات پرسش‌نامه‌ها نیز به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. در نهایت از بین افراد دارای ملاک ورود ۱۱۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب شده و پرسش‌نامه‌های شفقت به خود (SCS)، اجتناب تجربی (AAQ-II) و شاخص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو (VitiQoL) جهت سنجش متغیرهای پژوهش بر روی آن‌ها اجرا شد. تحلیل یافته‌ها نیز با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، *t-test*، تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس، توسط نرم‌افزار SPSS ۲۲ انجام شد.

ابزارهای انجام این مطالعه، پرسش‌نامه‌های زیر

بودند:

- ♦ مقیاس شفقت به خود (SCS): این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط Neff ارائه شد و یک پرسش‌نامه خوداظهاری، دارای ۲۶ سؤال و ۶ زیرمقیاس است که عبارتند از: (۱) مهربانی نسبت به خود، (۲) قضاوت کردن خود، (۳) اشتراک انسانی، (۴) انزوا، (۵) ذهن‌آگاهی و (۶) همانندسازی افراطی. پاسخگویی به این پرسش‌نامه براساس یک پیوستار ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) انجام می‌گیرد. ثبات درونی این پرسش‌نامه ۰/۹۲ و پایایی بازآزمون آن ۰/۹۳ گزارش شده است.^{۲۷} روایی نسخه‌ی فارسی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ گزارش شده است.^{۲۸}
- ♦ نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل (AAQ-II): این مقیاس حاوی ۱۰ ماده است که پاسخ‌گویی به آن‌ها بر روی یک پیوستار ۷ درجه‌ای (۱ = هرگز تا ۷ = همیشه) انجام می‌گیرد. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۱۱ توسط Bond و همکاران ارائه شده و نمرات بالا در آن نشان‌دهنده اجتناب تجربی زیاد است. پایایی بازآزمون این پرسش‌نامه در فواصل ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمده است.^{۲۹} آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه در افراد مبتلا به افسردگی ۰/۷۱ گزارش شده و ضریب همبستگی آن با پرسش‌نامه‌ی افسردگی و اضطراب بک در افراد مبتلا به افسردگی به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۵۴ به دست آمده است.^{۳۰}
- ♦ شاخص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو (VitiQoL): این مقیاس یک مقیاس ساده و دارای ۱۵ آیتم برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو است. پاسخ‌دهی به این مقیاس براساس یک پیوستار هفت درجه‌ای از (۰ = اصلاً تا ۶ = خیلی زیاد) انجام می‌گیرد و نمره‌ی کل کیفیت زندگی حاصل از آن، بین ۰ تا ۹۰ خواهد بود. نمره‌ی بالاتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده‌ی

کیفیت زندگی پایین تر است^{۳۱}. روایی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه توسط هدایت و همکاران مورد تأیید قرار گرفته و آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۹۱ گزارش شده است^{۳۲}.

یافته‌ها

در مرحله‌ی تجزیه و تحلیل اطلاعات ۵ پرسش‌نامه به‌علت ناقص بودن کنار گذاشته شد و اطلاعات حاصل از ۱۰۵ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین میزان همبستگی بین متغیرهای کمی پژوهش با یکدیگر از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرها در جدول ۱ قابل مشاهده است.

همان‌گونه که اطلاعات موجود در جدول ۱ نشان می‌دهد، بین نمرات اجتناب تجربی و زیرمقیاس‌های منفی شفقت به خود با نمره کیفیت زندگی بیماران، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. با این حال هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین سن و مدت ابتلا به بیماری با کیفیت زندگی یافت نشد.

به‌منظور تعیین معنی‌داری تفاوت نمره‌ی کیفیت زندگی در افراد شرکت‌کننده برحسب جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل از آزمون t استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌گونه که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد نمره‌ی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به ویتیلیگو دارای تحصیلات دانشگاهی به‌طور معنی‌داری کمتر از افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی است که این به معنی بالاتر بودن میزان کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات دانشگاهی است. با این حال تفاوتی در نمره‌ی کیفیت زندگی افراد با وضعیت تأهل و جنسیت متفاوت یافت نشد. همچنین جهت تعیین معنی‌داری تفاوت نمره‌ی افسردگی در افراد شرکت‌کننده برحسب محل درگیر در ضایعه و وضعیت پایداری بیماری از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است.

اطلاعات موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر محل ضایعه و همچنین وضعیت پایداری بیماری، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو معنی‌دار است. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد میزان کیفیت زندگی بیماران که ضایعه در تمام نقاط بدن آن‌ها ایجاد شده است نسبت به بیماران که ضایعه فقط در اندام (P<۰/۰۱۱)، تنه (P<۰/۰۲۳) یا اندام و تنه (P<۰/۰۰۵) آن‌ها ایجاد شده است به‌طور معنی‌داری پایین تر است. همچنین کیفیت زندگی بیماران که بیماری آن‌ها در حال پیشروی است به‌طور معنی‌داری پایین تر از بیماران است که بیماری آن‌ها

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرهای کمی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (۱۰۵ نفر)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	انحراف معیار	میانگین
۱. کیفیت زندگی	۱										۲۴/۲۶	۳۲/۱۴
۲. اجتناب تجربی	۰/۲۸*	۱									۱۳/۱۷	۳۶/۴۴
۳. مهربانی به خود	۰/۱۵	-۰/۳۹*	۱								۳/۷۴	۱۷/۴۰
۴. قضاوت کردن خود	۰/۳۶*	۰/۵۱*	-۰/۴۳*	۱							۳/۷	۱۶/۹۳
۵. تجارب مشترک انسانی	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۱۷	۰/۰۰۹	۱						۲/۵۷	۱۴/۸۷
۶. انزوا	۰/۵۲*	۰/۵۴*	-۰/۲۹*	۰/۵۳*	۰/۱۳*	۱					۳/۶۲	۱۳/۰۴
۷. ذهن آگاهی	۰/۰۷	-۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۸	۱				۱۲/۵۳	۱۵/۷۳
۸. همانند سازی افراطی	۰/۴۲*	۰/۵۵*	-۰/۴۱*	۰/۷۶*	۰/۰۷	۰/۶۳*	-۰/۰۸	۱			۳/۴۴	۱۳/۶۵
۹. سن (سال)	۰/۱	۰/۰۳	۰/۲۲*	-۰/۱۶	۰/۰۹	-۰/۱۲	۰/۰۶	-۰/۱۴	۱		۱۳/۸۹	۴۱/۸۶
۱۰. مدت ابتلا به بیماری (سال)	۰/۰۷	۰/۱۲	-۰/۰۵	-۰/۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۶	-۰/۰۶	-۰/۰۶	۰/۲۸*	۱	۱۰/۱۴	۱۲/۶۵

* = P<۰/۰۰۵

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی و نتایج آزمون t برحسب جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (۱۰۵ نفر)

متغیر	تعداد	درصد	میانگین کیفیت زندگی	انحراف معیار	t	P
جنس	مرد	۵۲	۴۹٫۵	۲۸٫۳۶	-۱٫۵۹	۰٫۱۱
	زن	۵۳	۵۰٫۵	۳۵٫۸۴		
تحصیلات	غیردانشگاهی	۸۰	۷۶٫۲	۳۴٫۴۷	۲٫۰۲	۰٫۰۴
	دانشگاهی	۲۵	۲۳٫۸	۲۴٫۶۸		
تأهل	متأهل	۸۹	۸۴٫۸	۳۳٫۱۰	۰٫۳۴	۰٫۹۵
	مجرد	۱۶	۱۵٫۲	۱۱٫۴۳		

است، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین شفقت خویشتن و اجتناب تجربی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفت. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد بیمارانی که ضایعه در کل بدن آن‌ها ایجاد شده است کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و این یافته هم‌سو با پژوهش فیضی و همکاران^۹ است. در پژوهش فیضی و همکاران نیز مشخص شد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو پایین بوده و وسعت ضایعه رابطه‌ی مستقیمی با کاهش کیفیت زندگی دارد. هم‌چنین مشخص شد، کیفیت زندگی با زیرمقیاس‌های منفی شفقت به خود (قضاوت‌کردن

در حال بهبود ($P < ۰٫۰۱۷$) یا ثابت و بدون تغییر ($P < ۰٫۰۱۹$) است.

درنهایت جهت حذف اثر مخدوش‌کننده متغیرها بر یکدیگر و تعیین اثر اصلی هر متغیر از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ قابل مشاهده است.

همان‌گونه که نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد، ارتباط دو متغیر محل ضایعه و انزوا با میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو، پس از حذف اثر مخدوش‌کننده متغیرها بر یکدیگر هم‌چنان معنی‌دار است. کیفیت زندگی بیمارانی که ضایعه در تمام نقاط بدن آن‌ها ایجاد شده است نسبت به بیمارانی که ضایعه فقط در اندام ($P < ۰٫۰۲$)، تنه ($P < ۰٫۰۴$) یا اندام و تنه ($P < ۰٫۰۱$) آن‌ها ایجاد شده

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی و ارتباط آن با وضعیت پایداری بیماری در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (۱۰۵ نفر)

متغیر	تعداد	درصد	میانگین کیفیت زندگی	انحراف معیار	F	P
محل ضایعه	صورت	۹	۸٫۶	۳۷٫۵۵	۲٫۵۹	۰٫۰۳
	اندام	۲۵	۲۳٫۸	۲۶٫۴۴		
	تنه	۷	۶٫۷	۲۰		
	صورت و اندام	۱۰	۹٫۵	۳۳٫۷۰		
	تنه و اندام	۲۱	۲۰٫۰	۲۳٫۷۶		
	کل بدن	۳۳	۳۱٫۴	۴۲٫۴۲		
وضعیت پایداری بیماری	در حال بهبود تدریجی	۱۵	۱۴٫۳	۲۲٫۳۳	۴٫۳۵	۰٫۰۱۵
	ثابت و بدون تغییر	۴۰	۳۵٫۱	۲۷٫۱۷		
	در حال پیشروی	۵۰	۴۷٫۶	۳۹٫۰۶		

جدول ۴: تحلیل کوواریانس ارتباط جنس، تحصیلات، پایداری بیماری و محل ضایعه با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتلیگو (۱۰۵ نفر)

متغیر	ضریب B	خطای استاندارد	فاصله‌ی اطمینان		P
			پایین	بالا	
اجتناب تجربی	-۰٫۱۴۳	۰٫۱۸۷	-۰٫۵۱۵	۰٫۲۳۰	۰٫۴۴
قضاوت کردن خود	۰٫۴۹۴	۰٫۸۴۵	-۱٫۱۸۴	۲٫۱۷۱	۰٫۵۶
انزوا	۲٫۶۷۴	۰٫۷۴۲	۱٫۲۰۱	۴٫۱۴۷	۰٫۰۰۱
هماندسازی افراطی	۰٫۸۰۴	۰٫۹۹۳	-۱٫۱۶۸	۲٫۷۷۷	۰٫۴۲
جنسیت					
مرد	-۳٫۲۲	۴٫۲۶	-۱۱٫۷۰	۵٫۲۵	۰٫۴۵
زن (مرجع)	-	-	-	-	-
تحصیلات					
دیپلم و پایین تر	۴٫۷۷	۴٫۷۰	-۴٫۵۸	۱۴٫۱۲	۰٫۳۱
دانشگاهی (مرجع)	-	-	-	-	-
وضعیت					
در حال بهبود تدریجی	-۱۰٫۷۸	۵٫۹۸	-۲۲٫۶۷	۱٫۰۹	۰٫۰۷
پایداری	-۶٫۲۱	۴٫۷۱	-۱۵٫۵۷	۳٫۱۳	۰٫۱۹
بیماری					
ثابت و بدون تغییر	-	-	-	-	-
در حال پیشروی (مرجع)	-	-	-	-	-
محل ضایعه					
صورت	۱٫۰۰	۸٫۱۳	-۱۵٫۵۱	۱۷٫۵۲	۰٫۹
اندام	-۱۳٫۲۵	۵٫۶۷	-۲۴٫۵۳	-۱۹٫۷	۰٫۰۲
تنه	-۱۷٫۶۵	۸٫۵۰	-۳۴٫۵۳	-۰٫۷۶۶	۰٫۰۴
صورت و اندام	-۷٫۸۸	۷٫۴۴	-۲۲٫۶۷	۶٫۹۰	۰٫۲۹
اندام و تنه	-۱۳٫۷۷	۵٫۶۵	-۲۴٫۹۹	-۲٫۵۵	۰٫۰۱
کل بدن (مرجع)	-	-	-	-	-

افسردگی انجام گرفته بود نشان داد که شفقت به خود، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی کیفیت زندگی و یک پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی و مهم برای سلامت روان‌شناختی است.^{۱۸}

شفقت به خود یک سازه‌ی چندبعدی و مبتنی بر این موضوع است که رنج، درماندگی و کامل‌نبودن، جزئی از شرایط طبیعی انسانی است و با این وجود، همه‌ی انسان‌ها - از جمله خود فرد - لایق شفقت هستند.^{۳۳} شفقت به خود باعث می‌شود که فرد در پذیرش محدودیت‌های خود موفق‌تر بوده و قدم‌های بیشتری در جهت حفظ بهزیستی خود بردارد.^{۱۹} هم‌چنین افراد دارای شفقت به خود، کمتر بدن خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و احساس ارزشمندی آن‌ها وابسته به زیبایی ظاهری آن‌ها نیست.^{۳۴} در بیماری ویتلیگو، ایجاد ضایعات متعدد بر روی پوست، تغییرات ظاهری زیادی در افراد مبتلا به وجود می‌آورد و زیبایی آن‌ها را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. قضاوت دائم

خود، انزوا و هماندسازی افراطی) رابطه‌ی معکوس دارد و در این بین زیر مقیاس انزوا بیشترین ارتباط را با کاهش کیفیت زندگی داشت. این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین است. مطالعه‌ی Justine Dowd و همکاران نشان داد که شفقت به خود می‌تواند به صورت مستقیم و غیرمستقیم، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سلیاکرا پیش‌بینی کند. هم‌چنین شفقت به خود با پیروی افراد از رژیم غذایی خاص بیماران، در ارتباط بود.^{۱۶} در پژوهش Nery-Hurwit و همکاران نیز ارتباط بین شفقت به خود و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به Multiple Sclerosis (MS) معنی‌دار گزارش شد. هم‌چنین مشخص شد که شفقت به خود به‌طور غیرمستقیم و از طریق افزایش انعطاف‌پذیری افراد، در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS مؤثر است.^{۱۷} نتایج پژوهش VanDam و همکاران نیز که به‌منظور بررسی ارتباط بین شفقت به خود و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال مختلط اضطراب و

با توجه به مطالب مطرح شده می‌توان نتیجه گرفت که شفقت به خود و اجتناب تجربی، نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو ایفا می‌کنند و افزایش شفقت به خود و کاهش اجتناب تجربی می‌تواند بهزیستی هیجانی فرد را در پی داشته، احساس انزوای وی را کاهش داده و در نهایت موجب افزایش کیفیت زندگی شود. با این حال بررسی ارتباط کیفیت زندگی این بیماران با دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی از جمله راهبردهای مقابله‌ای و مهارت‌های تنظیم هیجان ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین با توجه به ارتباط بین اجتناب تجربی و شفقت به خود با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو، بررسی اثربخشی درمان‌هایی چون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی که اجتناب تجربی و شفقت به خود را مورد هدف قرار می‌دهند، بر روی کیفیت زندگی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد تا در صورت نیاز بتوان از آن‌ها به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر حاصل طرح پژوهشی مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد که با شماره ۲۹۶۱۰۹ در معاونت پژوهشی آن دانشگاه به ثبت رسیده و کد اخلاق مطالعه نیز IR.MUI.REC.1396.2.159 است. این مطالعه تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. بدین ترتیب از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کارکنان درمانگاه پوست و سالک حضرت صدیقه‌ی طاهره (س) اصفهان و هم‌چنین بیمارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

درباره‌ی خود و مقایسه‌کردن شرایط ظاهری خود با دیگران باعث می‌شود این بیماران احساس متفاوت بودن و انگشت‌نمابودن داشته باشند، خود را از دیگر افراد جامعه متمایز بدانند، عزت‌نفس آن‌ها کاهش پیدا کند، احساس ارزشمندی کمتری داشته باشند و در نهایت کیفیت زندگی آن‌ها نیز کاهش پیدا کند. این افراد ممکن است به جهت پنهان کردن نقص ظاهری خود، مجبور به استفاده از لباس‌ها یا لوازم آرایشی خاص بوده یا روابط بین فردی و فعالیت‌های اجتماعی خود را محدود کنند که این موضوع می‌تواند باعث احساس انزوا شده و کیفیت زندگی آن‌ها را در بعد اجتماعی تحت‌تأثیر قرار دهد.

علاوه‌بر این، یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که اجتناب تجربی نیز با میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو ارتباط معنی‌داری دارد. این یافته، با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است. نتایج پژوهش Lillis و همکاران نشان داد که افزایش اجتناب تجربی در افراد با اضافه‌وزن با کاهش میزان کیفیت زندگی این افراد در ارتباط است.^{۲۵} در پژوهش Kashdan و همکاران که بر روی بازماندگان جنگ انجام شده بود، مشخص شد که اجتناب تجربی با کاهش کیفیت زندگی افراد بازمانده ارتباط دارد.^{۲۶} هم‌چنین ارتباط مثبت و معنی‌داری بین اجتناب تجربی و علائم افسردگی، اضطراب و استرس وجود دارد.^{۲۱} اجتناب تجربی با بروز مشکلات مرتبط با سلامت روانی و جسمانی در ارتباط است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باعث می‌شود فرد از راهبردهای منفی مانند انکار، گسستگی رفتاری، تخریب خود و سرزنش خود بیشتر استفاده کند.^{۳۵} بیماران مبتلا به ویتیلیگو هیجانات منفی زیادی چون احساس خجالت، شرم و افسردگی را تجربه می‌کنند و استفاده از راهبردهای اجتنابی برای کنار آمدن با این هیجانات می‌تواند در درازمدت باعث افزایش شدت پریشانی آن‌ها شده و کیفیت زندگی‌شان را در بعد جسمانی و روان‌شناختی کاهش دهد.

References

1. Picardo M, Dell'Anna ML, Ezzedine K, et al. Vitiligo. *Nat Rev Dis Primers* 2015;1: 15011.
2. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, et al. Vitiligo: a comprehensive overview: part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65(3): 473-91.
3. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, et al. Vitiligo. *Lancet*. 2015; 386 (9988): 74-84.
4. Lotti T, D'Erme AM. Vitiligo as a systemic disease. *Clin Dermatol* 2014; 32 (3): 430-4.
5. Kovacs D, Bastonini E, Ottaviani M, et al. Vitiligo skin: exploring the dermal compartment. *J Invest Dermatol* 2017; 138 (2): 394-404.
6. Cupertino F, Niemeyer-Corbellini JP, Ramos-e-Silva M. Psychosomatic aspects of vitiligo. *Clin Dermatol* 2017;35 (3): 292-7.
7. Erfan G, Albayrak Y, Yanik ME, et al. Distinct temperament and character profiles in first onset vitiligo but not in alopecia areata. *J Dermatol* 2014; 41(8): 709-15.
8. Sharma V, Bhatia R. Vitiligo and the psyche. *Br J Dermatol* 2017; 177(3): 612-3.
9. Feizy V, Ghazi P, Dolatshahi M, et al. Quality of life in vitiligo patients: a report from Razi Referral University Hospital in Tehran. *Tehran University Medical Journal* 2007; 65(4): 50-4.
10. Morrison B, Burden-Teh E, Batchelor JM, et al. Quality of life in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2017; 177(6): 338-9.
11. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, et al. Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional controlled study. *Am J Clin Dermatol* 2016; 17(3): 305-11.
12. Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, et al. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol* 2008; 159(2): 351-9.
13. Nesayan A, Joneidi M, Asadi Gandomani R, et al. Comparison of mental disorders and general health in individuals with and without vitiligo. *Journal of North Khorasan Univ Med Sci*. 2017; 9(2): 271-8 (Persian).
14. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, et al. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther* 2014; 58: 43-51.
15. Ehret AM, Joormann J, Berking M. Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *J Affect Disord* 2018; 226: 220-6.
16. Dowd AJ, Jung ME. Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. *Appetite* 2017; 113: 293-300.
17. Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with multiple sclerosis. *Disabil Health J* 2017; 11(2): 256-61.
18. VanDam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, et al. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anxiety Disord* 2011; 25(1): 123-30.
19. Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-compassion and well-being among older adults. *Self Identity* 2012;11(4): 428-53.

20. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *J Contextual Behav Sci* 2016; 5(1): 1-6.
21. Costa J, Pinto-Gouveia J. Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*. 2013; 43(8): 1578-91.
22. Rezaei M, Ghazanfari F. The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Res* 2016; 246: 407-14.
23. Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, et al. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *J Contextual Behav Sci* 2015; 4(4): 300-11.
24. Eustis EH, Hayes-Skelton SA, Roemer L, et al. Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behav Res ther* 2016; 87: 188-95.
25. Lillis J, Levin ME, Hayes SC. Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *J Health Psychol* 2011; 16(5): 722-7.
26. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord* 2009; 23(2): 185-96.
27. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003; 2(3): 223-50.
28. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh M. Psychometric properties of Self-Compassion Scale (SCS). *Psychol Methods Mod* 2013; 3(13): 47-58 (Persian).
29. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011; 42(4): 676-88.
30. Abbasi I, Fata L, Moloudi R, et al. Psychometric adequacy of the persian version of the second edition of Acceptance and Action. *Psychol Methods Mod*. 2013; 80: 10-65 (Persian).
31. Lilly E, Lu PD, Borovicka JH, et al. Development and validation of a vitiligo-specific quality-of-life instrument (VitiQoL). *J Am Acad Dermatol* 2013; 69(1): e11-e18.
32. Hedayat K, Karbakhsh M, Ghiasi M, et al. Quality of life in patients with vitiligo: a cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health Qual Life Outcomes* 2016; 14(1): 86.
33. Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*. 2016; 17: 117-31.
34. Homan KJ, Tylka TL. Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*. 2015; 15: 1-7.
35. Fanaee S, Sajjadian I. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance in overweight individuals. *J Res Behav Sci*. 2016; 14(2): 146-53.

The relationship of self-compassion and experiential avoidance with quality of life in patients with vitiligo

Hamid Kharatzadeh, MSc¹
Abolfazl Mohammadi, MD²
Fariba Jaffary, MD, PhD^{3,4}
Sayed Mohsen Hoseini, PhD⁵

1. Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Psychiatry, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Skin and Stem Cell Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author:
Fariba Jaffary, MD, PhD

Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center, Sedighe Tahereh Research Complex, Khoram Ave, Islamic Republic Sq, Isfahan, Iran
Email: jaffary@pharm.mui.ac.ir

Conflict of interest: None to declare

Background and Aim: Vitiligo is a prevalent depigmenting skin disorder, which has a great impact on the quality of life of patients. The purpose of this study was to investigate the relationship of quality of life of these patients with self-compassion and experiential avoidance.

Methods: In this analytical cross-sectional study, Self-Compassion Scale (SCS), Second Edition of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), and Vitiligo Quality of Life Index (VitiQoL) were completed by 105 patients with vitiligo (49.5% male) who were selected through available sampling method. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, t-test, ANOVA and covariance analysis.

Results: The average of quality of life score of the participants in the study was 32.14. There was a significant relationship ($P<0.01$) of the quality of life scores with the scores of experiential avoidance ($R=0.28$), self-judgment ($R=0.36$), isolation ($R=0.52$) and extreme identification ($R=0.42$). After removing the confounding effect of the variables on each other, the relationship of quality of life score with the location of the lesion ($P=0.04$) and isolation score ($P=0.001$) was significant.

Conclusion: Self-compassion and experiential avoidance play an important role in the quality of life of patients with vitiligo, and targeting these two components through psychological treatments can be effective in improving the quality of life of these patients.

Keywords: vitiligo, quality of life, self-compassion, experiential avoidance

Received: Jun 07, 2018 Accepted: Jul 11, 2018

Dermatology and Cosmetic 2018; 9 (2): 83-92