

پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بر اساس ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای

شیرین ایرانی

گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی
و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان،
ایران

زمینه و هدف: ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای مجموعه‌ای از طرح‌واره‌های خاص و سبک‌های مقابله‌ای هستند که در پاسخ به موقعیت‌های هیجانی فعال شده و به شکل‌گیری الگوهای رفتاری منطبق با طرح‌واره‌ها جهت می‌دهند. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو بر اساس ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای صورت پذیرفت.

روش اجرا: در این مطالعه‌ی توصیفی - همبستگی، ۱۷۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیده و به پرسش‌نامه‌های ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای (Schema Modes Inventory) و فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام صورت پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد کیفیت زندگی با تمام ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای غیر از ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت ارتباط دارد. ذهنیت کودک شاد و بزرگسال سالم با کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبت و معنادار و رابطه‌ی سایر ذهنیت‌ها (به‌جز ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت) با کیفیت زندگی منفی و معنادار است و رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، ذهنیت تسلیم شده مطیع و ذهنیت کودک شاد به‌ترتیب بیشترین تأثیر را در پیش‌بینی کیفیت زندگی دارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت نقش ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای در کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو، در نظر گرفتن درمان‌های روان‌شناختی نظیر طرح‌واره درمانی جهت تعدیل ذهنیت‌های ناکارآمد و ارتقای ذهنیت‌های کارآمد در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: ویتیلیگو، کیفیت زندگی، ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۱۶

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۸، دوره‌ی ۱۰ (۲): ۸۰-۶۹

نویسنده‌ی مسئول:

شیرین ایرانی

اصفهان، خیابان عباس‌آباد، کوچه فردوسی،

پلاک ۱۳۹

پست الکترونیک:

Shirin_irani@ymail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

بیماری معمولاً تا قبل از ۲۰ سالگی است^۱. سبب‌شناسی ویتیلیگو می‌تواند ناشی از تعامل عوامل مختلفی باشد^۲ که از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به ژنتیک، اختلال عملکرد سیستم ایمنی بدن و استرس اکسیداتیو اشاره کرد^۳. اگرچه ویتیلیگو بیماری خطرناکی نیست و سلامت و زندگی فرد را به‌صورت جدی تهدید نمی‌کند، اما زیبایی ظاهری فرد بیمار را

ویتیلیگو یک اختلال پیگمانتاسیون پوستی است که به‌دلیل از بین رفتن ملانوسیت‌ها ایجاد می‌شود. در خلال این بیماری لکه‌های سفید به تدریج بر روی پوست ایجاد شده و گسترش می‌یابد. بین ۰/۰۵ تا ۲٪ جمعیت عمومی با نسبت برابر زن و مرد به این بیماری مبتلا هستند و تفاوتی از نظر رنگ پوست یا نژاد افراد در بروز این بیماری ملاحظه نشده است^۱. سن آغاز

به‌شدت تحت‌تأثیر قرار داده و باعث می‌شود مبتلابان فشار روانی زیادی را تحمل کنند. غالب بیماران از ضعف عزت نفس و تصویر بدنی مخدوش‌شده رنج می‌برند. زنان، خصوصاً در جوامع شرقی از احساس غریب متفاوت‌بودن با سایرین و دریافت برچسب ننگ ناشی از نقص ظاهری تحت فشار هستند^۵. علاوه‌بر ارزیابی‌های منفی دیگران، حتی حدود ۷۵٪ از خود بیماران ظاهر خود را غیر قابل تحمل توصیف می‌کنند. تغییرات ناشی از رنگ پوست و به‌دنبال آن از بین رفتن زیبایی فرد باعث مشکل در روابط بین فردی و عملکردهای اجتماعی بیماران شده و در نهایت افت کیفیت زندگی را برای آنان به همراه خواهد داشت^۶.

کیفیت زندگی یک متغیر ذهنی از ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی است و با توجه به بستر فرهنگی و نظام ارزشی مرتبط با اهداف، استانداردها و آرزوهای فرد تعیین می‌شود. در واقع کیفیت زندگی خلاصه‌ای از ارزش‌ها، سمبل‌ها، عقاید و تجارب شکل‌گرفته فرهنگی است و راهی برای شناخت و فهم تجارب انسان در زندگی فراهم می‌کند. بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، استانداردها و اولویت‌های‌شان است که کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست^۷. کیفیت زندگی روانی یکی از ابعاد کیفیت کلی زندگی است که شامل سلامت روان‌شناختی، شادکامی و احساس رضایت درونی می‌باشد و به‌نظر می‌رسد ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای به‌عنوان هسته‌های اصلی که مفاهیم روان‌شناختی (طرح‌واره‌ها) در چارچوب آن‌ها فعال می‌شوند، نقش مهمی در پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد ایفا کنند^۸.

ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، طرح‌واره‌ها یا عملکردهای طرح‌واره‌ای سازگار یا ناسازگاری هستند که به‌طور موقت در سیستم پردازش اطلاعات فرد فعال شده‌اند. این ذهنیت‌ها حالات هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای لحظه‌به‌

لحظه‌ای هستند که توسط موقعیت‌ها (گره‌های هیجانی) برانگیخته می‌شوند و شامل چهار گروه کلی ذهنیت‌های کودکانه، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد، ذهنیت‌های والد ناکارآمد و ذهنیت بزرگسال سالم هستند^۹.

ذهنیت‌های کودکانه شامل ذهنیت کودک آسیب‌پذیر (Vulnerable Child Schema Mode)، کودک عصبانی (Angry Child Schema Mode)، کودک غضبناک (Enraged Child Schema Mode)، کودک تکانشگر (Impulsive Child Schema Mode)، کودک بی‌انضباط (Undisciplined Child Schema Mode) و کودک شاد (Happy Child Schema Mode) هستند. تمامی ذهنیت‌های کودکانه ذاتی و همگانی هستند و تمام افراد با نیرویی بالقوه برای نشان‌دادن این ذهنیت‌ها متولد می‌شوند^{۱۰}. کودک آسیب‌پذیر ذهنیتی است که معمولاً اکثر طرح‌واره‌های مرکزی را تجربه می‌کند. این ذهنیت تجارب تلخ و ناگوار کودک رهاشده، مورد بد رفتاری قرار گرفته، کودک محروم و طردشده را دربرمی‌گیرد. کودک عصبانی ذهنیتی است که به‌خاطر ارضانشدن نیازهای هیجانی خود عصبانی است و رفتارهای خشمگینانه را بدون توجه به پیامدهای آن ابراز می‌دارد. ذهنیت کودک غضبناک، فوران شدید خشم را تجربه می‌کند که باعث آسیب‌رساندن به افراد یا اشیاء می‌شود. این غضب برون‌ریزی شده معمولاً خارج از کنترل است و با هدف آسیب‌رساندن به کسی که در آن لحظه توسط ذهنیت کودک غضبناک پرخاشگر قلمداد می‌گردد، بروز می‌کند. کودک تکانشگر امیال و تکانه‌های خود را به‌صورت لحظه‌ای و به‌طور خودخواهانه‌ای ابراز می‌دارد، بدون آنکه نتایج و پیامدها را در نظر بگیرد. کودک بی‌انضباط ذهنیتی است که نمی‌تواند خود را ملزم به انجام وظایف محوله خود کند و خیلی زود از انجام وظایف خود خسته شده و آن‌ها نیمه‌کاره رها می‌کند. کودک شاد ذهنیتی است که نیازهای هیجانی وی در حال حاضر به‌خوبی برآورده است^{۱۱}.

والد تنبیه‌گر کودک را به خاطر بدبودن تنبیه می‌کند. والد پرتوقع ذهنیتی است که دائماً برای برآورده‌ساختن معیارهای بلندپروازانه‌ای که در سر دارد به کودک فشار می‌آورد و او را تحت فشار قرار می‌دهد.^{۱۸}

در مقابل تمامی ذهنیت‌های ناکارآمد، ذهنیت بزرگسال سالم (Healthy Adult Schema Mode) قرار دارد.^{۱۹} این ذهنیت در افرادی که از سلامت روانی برخوردارند قوی‌تر است و بیشتر فعال می‌شود. ذهنیت بزرگسال سالم می‌تواند ذهنیت‌های ناکارآمد را تعدیل کند و آن‌ها را بهبود ببخشد. درواقع یکی از شاخص‌های بهبود طرح‌واره‌های ناکارآمد، توانایی بازگشت از ذهنیت‌های ناکارآمد به ذهنیت بزرگسال سالم است.^{۲۰}

پژوهش‌های مختلفی ارتباط بین ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای یا طرح‌واره درمانی را با کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف افراد مشخص نموده‌اند. Roelofs و همکاران^{۲۱} در مطالعه‌ی خود به بررسی رابطه بین ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ارتباط این دو با کیفیت زندگی بزرگسالان سالم پرداختند. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون بین ۱۴ ذهنیت طرح‌واره‌ای و کیفیت زندگی به قرار زیر بود: ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، کودک عصبانی، کودک بی‌انضباط و ذهنیت والد تنبیه‌گر به ترتیب از بیشترین تا کمترین رابطه منفی و معنادار را با کیفیت زندگی داشتند. ذهنیت‌های کودک شاد و بزرگسال سالم رابطه مثبت و معناداری با کیفیت زندگی داشتند. صمدی طاری و جهانگیر^{۲۲} در پژوهش خود به پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به multiple sclerosis براساس طرح‌واره‌های ناسازگار و راهبردهای مقابله‌ای پرداختند. نتایج نشان داد اثر متغیر راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی کیفیت زندگی معنادار نیست درحالی‌که تنها متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر پیش‌بینی کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارد. رحیم‌آقایی و همکاران^{۲۳} به بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی بر کاهش

ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد شامل ذهنیت تسلیم‌شده مطیع (Compliant Surrender Schema Mode)، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت (Detached Protector Schema Mode)، ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت (Detached Self-Soother Schema Mode)، ذهنیت خودبزرگ‌منش (Self-Grandizer Schema Mode) و ذهنیت زورگو و تهاجمی (Bully and Attack Schema Mode) هستند.^{۱۲} ذهنیت تسلیم‌شده مطیع در برابر طرح‌واره‌ها تن درمی‌دهد و بار دیگر به کودکی ناامید و منفعل تبدیل می‌شود که تسلیم دیگران می‌شود.^{۱۳} ذهنیت محافظ بی‌تفاوت با کمک گسستگی هیجانی، اجتناب از مردم و به‌کارگیری انواع فرار روان‌شناختی از درد و رنج فاصله می‌گیرد.^{۱۴} ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت، احساسات خود را با درگیرشدن در فعالیت‌هایی که آرام‌بخش و تسکین‌دهنده هستند، سرکوب می‌کند. برخی از افرادی که دارای این ذهنیت هستند، بیشتر جلب فعالیت‌های انفرادی می‌شوند که بتوانند آن‌ها را در تنهایی انجام داده و به آرامش برسند.^{۱۵} ذهنیت‌های خودبزرگ‌منش به‌گونه‌ای حق به جانب، خودبزرگ‌منشانه و بهره‌کش با دیگران رفتار می‌کنند و دیگران را مجبور می‌کنند تا طبق خواسته‌های آن‌ها عمل کنند. آن‌ها معمولاً اشخاصی خودمحور هستند و نمی‌توانند با احساسات یا خواسته‌های دیگران همدلی کنند.^{۱۶} ذهنیت‌های زورگو و تهاجمی با راهبردهای استراتژیک و کنترل‌شده، به دیگران انواع آسیب‌های هیجانی، جسمی، جنسی، کلامی وارد می‌کنند یا دست به رفتارهای مجرمانه و ضداجتماعی می‌زنند.^{۱۷}

ذهنیت‌های والد ناکارآمد شامل ذهنیت والد تنبیه‌گر (Punitive Parent Schema Mode) و ذهنیت والد پرتوقع (Demanding Parent Schema Mode) هستند. در این ذهنیت‌ها فرد شبیه به والدی می‌شود که ویژگی‌های او را درون‌سازی کرده است. ذهنیت

علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی پرستاران پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران بود. محمدی‌نژادی و ربیعی^{۲۴} در بررسی تأثیرات طرح‌واره درمانی بر کیفیت زندگی زنان مطلقه دریافتند اصلاح ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. Giesen-Bloo و همکاران^{۲۵} در مقایسه‌ی دو روش درمان متمرکز بر طرح‌واره (Schema-Focused Therapy) و درمان متمرکز بر انتقال (Transference-Focused Therapy) به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر طرح‌واره با تغییر و اصلاح ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای ناکارآمد، نقش مؤثرتری در بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی دارد که مبین اهمیت بیشتر رابطه‌ی ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای با کیفیت زندگی است.

همان‌طور که ملاحظه گردید پژوهش‌های مختلفی به بررسی رابطه بین ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و کیفیت زندگی در افراد و گروه‌های مختلف پرداخته‌اند اما تا کنون پژوهشی به بررسی این رابطه در بیماران مبتلا به ویتیلیگو نپرداخته است. با توجه به نبود پژوهش‌های کافی در این زمینه و هم‌چنین در نظر گرفتن این نکته که بیماران ویتیلیگو به دلیل شرایط ظاهری خاص ناشی از بیماری بیشتر در معرض تجربه کردن ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای ناکارآمد و افت کیفیت زندگی هستند، پژوهش حاضر به دنبال پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو براساس ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای می‌باشد.

روش اجرا

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بود که به درمانگاه پوست بیمارستان الزهرا اصفهان و کلینیک پوست، لیزر و جراحی پلاستیک اسپادانا مراجعه کرده بودند.

ملاک‌های زیر برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد: تشخیص قطعی بیماری ویتیلیگو توسط متخصص پوست، گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری، سن بالای ۱۸ سال، حداقل تحصیلات دیپلم و عدم ابتلا به بیماری روانی یا هر نوع بیماری جسمی دیگر به جز ویتیلیگو. بدون پاسخ‌گذاشتن بیش از ۲۰ درصد سؤالات پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مدیران و مسئولان کلینیک‌ها و درمانگاه‌های مذکور، تعداد ۱۷۰ نفر از بیماران ویتیلیگو مراجعه‌کننده به این مراکز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و وارد فرآیند پژوهش گردیدند. شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگر در جریان هدف پژوهش قرار گرفته و توضیحات لازم درباره‌ی پرسش‌نامه‌ها و چگونگی پرکردن آن‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه شد. سپس فرم‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. ملاحظات اخلاقی شامل آگاهی‌دادن به شرکت‌کنندگان از فرآیند پژوهش، داوطلبانه‌بودن شرکت در پژوهش و تحلیل داده‌ها به‌صورت کدگذاری شده و گمنام رعایت گردید. با توجه به موضوع پژوهش از پرسش‌نامه‌های زیر جهت سنجش و ارزیابی استفاده شد:

پرسش‌نامه‌ی ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای (SMI)

Schema Modes Inventory توسط Lobbstael و همکاران^{۲۶} جهت ارزیابی ذهنیت‌های ۱۴ گانه طرح‌واره‌ای (ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، کودک عصبانی، کودک تکانشی، کودک غضبناک، کودک شاد، کودک بی‌انضباط، ذهنیت تسلیم‌شده مطیع، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت، ذهنیت خودبزرگ‌منش، ذهنیت زورگو و تهاجمی، ذهنیت والد تنبیه‌گر و ذهنیت والد پرتوقع و ذهنیت بزرگسال سالم) ساخته شد. این پرسش‌نامه ۱۲۴ سؤال دارد که سؤالات به‌صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱=

بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است^{۲۸}. در ایران در پژوهش نجات و همکاران پایایی آزمون - بازآزمون خرده‌مقیاس‌ها برای سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش شده است^{۲۹}.

یافته‌ها

از نظر خصوصیات جمعیت‌شناختی ۶۹/۷٪ از نمونه‌ی پژوهش زن و ۳۰/۳٪ مرد بودند؛ ۴۱/۴٪ نمونه مجرد و ۵۸/۶٪ متأهل بودند. از لحاظ تحصیلات، ۵۸/۸٪ نمونه دیپلم، ۶/۱٪ کاردانی، ۳۰/۷٪ کارشناسی و ۴/۲٪ کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. از نظر وضعیت اجتماعی - اقتصادی، ۶۰/۶٪ متوسط و ۲۰/۲٪ بالاتر از متوسط قرار داشتند. ۵۹/۶٪ نمونه کمتر از ۱۰ سال سابقه‌ی بیماری ویتیلیگو داشتند، ۲۱/۳٪ بین ۱۰ سال تا ۲۰ سال، ۱۰/۶٪ بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۶/۷٪ بالاتر از ۳۰ سال سابقه‌ی ابتلا به ویتیلیگو داشتند.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود از بین ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، بیشترین میانگین به ذهنیت بزرگسال سالم و کودک شاد تعلق دارد. برای بررسی رابطه میان ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که در جدول ۲ آورده شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با تمام ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای غیر از ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت ارتباط دارد. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، رابطه‌ی ذهنیت کودک شاد و بزرگسال سالم با کیفیت زندگی مثبت و معنادار و رابطه‌ی سایر ذهنیت‌ها (به جز ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت) با کیفیت زندگی منفی و معنادار است.

به‌منظور پیش‌بینی متغیر، ملاک پژوهش (کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو) از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. ذهنیت‌های طرح‌واره‌هایی که وارد معادله‌ی رگرسیون شده‌اند به همراه ضریب همبستگی چندگانه،

هیچ وقت تا ۶ = همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. برای به‌دست‌آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد با یکدیگر جمع می‌شوند. برای به‌دست‌آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات محاسبه می‌گردد. هرچه نمره‌ی فرد در این ذهنیت‌ها بیشتر باشد، حاکی از انعطاف‌ناپذیری آن ذهنیت است؛ بنابراین نمرات بالا نشانگر حاکمیت آن ذهنیت بر سیستم پردازش اطلاعات است. طبق تحقیقات انجام شده توسط Lobbstael و همکاران^{۱۱} در مورد پایایی این پرسش‌نامه، همبستگی درونی خرده‌مقیاس‌ها از طریق الفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ و با میانگین ۰/۸۹ می‌باشد. در ایران پایایی این پرسش‌نامه به روش الفای کرونباخ در مطالعه‌ی حنایی و همکاران به میزان ۰/۹ گزارش شده است^{۲۷}.

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت؛ فرم کوتاه (WHOQOL-BREF)

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت؛ فرم کوتاه، یک پرسش‌نامه‌ی ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسش‌نامه ساخته شد. این پرسش‌نامه ۴ زیرمقیاس و یک نمره‌ی کلی دارد. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف و یک نمره‌ی کلی. در ابتدا یک نمره‌ی خام برای هر زیرمقیاس به‌دست می‌آید که باید از طریق فرمول مخصوص به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بیشتر است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (به نقل از نصیری) که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس

جدول ۱: یافته‌های توصیفی زیرمقیاس‌های تحقیق در کل نمونه

| مقیاس | شاخص آماری | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه | کجی | کشیدگی |
|-------------------------------|------------|---------|--------------|-------|--------|--------|--------|
| ۱. ذهنیت کودک آسیب‌پذیر | ۲,۱۸۸ | ۰,۹۳۶ | ۱ | ۵ | ۰,۵۸۷ | -۰,۴۱۲ | |
| ۲. ذهنیت کودک عصبانی | ۲,۵۲۸ | ۰,۷۳۴ | ۱ | ۴,۸ | ۰,۳۱۱ | -۰,۱۸۶ | |
| ۳. کودک غضبناک | ۱,۸۶۲ | ۰,۸۱۹ | ۱ | ۵ | ۱,۲۲۶ | ۰,۱۳۹۶ | |
| ۴. کودک تکانشی | ۲,۲۴ | ۰,۸۲۳ | ۱ | ۴,۷۱ | ۰,۴۳۳ | -۰,۴۹۸ | |
| ۵. کودک بی‌انضباط | ۱,۹۲۹ | ۰,۷۳۴ | ۰,۸۳ | ۴ | ۰,۵۱۷ | -۰,۲۷۵ | |
| ۶. کودک شاد | ۳,۲۹۵ | ۰,۵۱۵ | ۱,۷ | ۴,۶ | -۰,۳۷۱ | ۰,۰۶۶ | |
| ۷. ذهنیت تسلیم‌شده مطیع | ۲,۵۸ | ۰,۵۹۴ | ۱,۱۴ | ۴,۵۷ | ۰,۲۲۹ | -۰,۰۵۷ | |
| ۸. ذهنیت محافظ بی‌تفاوت | ۲,۰۸۷ | ۰,۷۰۶ | ۱ | ۴,۵۶ | ۰,۷۹۴ | ۰,۲۷۳ | |
| ۹. ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت | ۲,۹۹۳ | ۰,۹۱۵ | ۱ | ۵ | ۰,۰۷۳ | -۰,۴۰۹ | |
| ۱۰. ذهنیت خودبزرگ‌منش | ۲,۶۰۷ | ۰,۶۵۱ | ۱,۱ | ۴,۹ | ۰,۲۸۲ | ۰,۲۶۶ | |
| ۱۱. ذهنیت زورگو و تهاجمی | ۲,۳۴۴ | ۰,۵۹۰ | ۱ | ۴,۶۷ | ۰,۴۴۴ | ۰,۳۹۶ | |
| ۱۲. ذهنیت والد تنبیه‌گر | ۱,۹۵۱ | ۰,۷۳۷ | ۱ | ۴,۴ | ۰,۷۳۷ | ۰,۰۹۵ | |
| ۱۳. ذهنیت والد پرتوقع | ۳ | ۰,۶۶۲ | ۱,۳ | ۴,۸ | -۰,۱۴۷ | -۰,۳۴۶ | |
| ۱۴. ذهنیت بزرگسال سالم | ۳,۶۱۰ | ۰,۵۹۸ | ۲,۱ | ۴,۸ | -۰,۶۰۵ | -۰,۲۰۱ | |
| ۱۵. کیفیت زندگی | ۹۰,۴۷۱ | ۱۳,۷۳۸ | ۳۷ | ۱۲۹ | -۰,۲۷۷ | ۱,۰۲۲ | |

ضریب استاندارد معادله‌ی رگرسیون، میزان خطای معیار و آماره‌های معنی‌داری، در جدول ۳ آورده شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ذهنیت کودک آسیب‌پذیر در گام اول پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو وارد معادله‌ی رگرسیون شده و بیش از ۳۵٪ از واریانس کیفیت زندگی این بیماران را پیش‌بینی می‌کند. در گام دوم ذهنیت محافظ بی‌تفاوت به این ضریب تبیین در حدود ۴٪ اضافه می‌کند و با اضافه‌شدن ذهنیت تسلیم‌شده‌ی مطیع و کودک شاد در گام سوم و چهارم پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو، قدرت تبیین این چهار ذهنیت طرح‌واره‌ای به ۴۳,۶٪ از واریانس کیفیت زندگی این بیماران می‌رسد.

بحث

همان‌طور که در نتایج ذکر شد، چهار ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، تسلیم‌شده‌ی مطیع و کودک شاد از بین ذهنیت‌های ۱۴ گانه به‌ترتیب بیشترین تأثیر را در پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به ویتیلیگو داشتند. نتایج

حاصل همسو با نتیجه‌ی پژوهش Roelofs و همکاران می‌باشد. در پژوهش Roelofs و همکاران نیز دقیقاً مانند مطالعه‌ی حاضر، دو ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ذهنیت محافظ بی‌تفاوت به‌ترتیب اولین و دومین جایگاه در پیش‌بینی کیفیت زندگی را داشتند. برای توضیح این یافته می‌توان به بازبینی مجدد ویژگی‌های این ذهنیت‌ها و بررسی این ذهنیت‌ها در بیماران ویتیلیگو و ارتباط آن‌ها با کیفیت زندگی پرداخت. ذهنیت کودک آسیب‌پذیر ذهنیتی است که انواع حالات تنهایی، منزوی‌بودن، غمگینی، ناقص‌بودن، محروم‌بودن، بی‌کفایتی، درماندگی و ناامیدی، بی‌ارزشی و دوست‌داشتنی‌نبودن را تجربه می‌کند. کودک آسیب‌پذیر احساس می‌کند ضعیف است، شخصیت بسیار شکننده‌ای دارد و باور دارد که از جانب دیگران رها شده و مورد غفلت قرار گرفته است. ابتلا به ویتیلیگو می‌تواند به سهولت زمینه‌ی شکل‌گیری ذهنیت کودک آسیب‌پذیر را در این بیماران فراهم کند زیرا این بیماری به‌دلیل ایجاد ظاهر ناخوشایند متمایز با دیگران (افراد سالم) این باور را به فرد القا می‌کند که عیب و نقص دارد. بسیاری از بیماران به‌دنبال کاهش

جدول ۲: ماتریس همبستگی ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و کیفیت زندگی

| مقیاس | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱ | ۱۲ | ۱۳ | ۱۴ | ۱۵ |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|---------|----|
| ۱. VCSM | ۱ | | | | | | | | | | | | | | |
| ۲. ACSM | ۰.۶۸۱** | ۱ | | | | | | | | | | | | | |
| ۳. ECSM | ۰.۶۴۸** | ۰.۶۷۳* | ۱ | | | | | | | | | | | | |
| ۴. ICSM | ۰.۶۴۸** | ۰.۶۷۳* | ۰.۷۲۸** | ۱ | | | | | | | | | | | |
| ۵. UCSM | ۰.۶۶۸** | ۰.۵۸۶* | ۰.۶۱۴** | ۰.۵۷* | ۱ | | | | | | | | | | |
| ۶. HCSM | -۰.۲۸۲** | -۰.۱۲۹** | -۰.۱۹۶** | -۰.۸۲** | -۰.۲۳۷** | ۱ | | | | | | | | | |
| ۷. CSSM | ۰.۵۱۱** | ۰.۴۰۹** | ۰.۳۶۱** | ۰.۴۱۳** | ۰.۳۶۹** | -۰.۱۰۷* | ۱ | | | | | | | | |
| ۸. DPSM | ۰.۷۳۹** | ۰.۶۲۵** | -۰.۶۲۷** | ۰.۶۴۵** | ۰.۶۲۹** | -۰.۳۹۸** | ۰.۴۴۸** | ۱ | | | | | | | |
| ۹. DSSM | ۰.۳۳۸** | ۰.۳۶۵** | ۰.۱۶۷** | ۰.۲۸۸** | ۰.۱۸۶* | ۰.۱۵۲* | ۰.۳۵۵** | ۰.۲۳۱** | ۱ | | | | | | |
| ۱۰. SASM | ۰.۵۲۶** | ۰.۶۵۸** | ۰.۶۰۶** | ۰.۶۵۴** | ۰.۵۲۲** | ۰.۰۱ | ۰.۴۸۱** | ۰.۵۶۹** | ۰.۲۷۱** | ۱ | | | | | |
| ۱۱. BASM | ۰.۴۸۵** | ۰.۶۴** | ۰.۵۷۲** | ۰.۶۱۵** | ۰.۵۴۴** | -۰.۱۰۲* | ۰.۴۲۶** | ۰.۵۴۳** | ۰.۲۵۹** | ۰.۶۳۷** | ۱ | | | | |
| ۱۲. PPSM | ۰.۶۸۴** | ۰.۵۶۳** | ۰.۶۰۷** | ۰.۷۱۵** | ۰.۶۱۴** | -۰.۱۶* | ۰.۴۶۷** | ۰.۶۴** | ۰.۲۵** | ۰.۴۹۲** | ۰.۵۲۲** | ۱ | | | |
| ۱۳. DPASm | ۰.۶۶۴** | ۰.۵۰۸** | ۰.۴۱۴** | ۰.۴۹۳** | ۰.۳۷۴** | ۰.۱۱۲* | ۰.۴۸** | ۰.۴۲۴** | ۰.۵۰۶** | ۰.۵۱۹** | ۰.۴۷۶** | ۰.۵۳** | ۱ | | |
| ۱۴. HASM | -۰.۳۸۶** | -۰.۱۴۳** | -۰.۳۲** | -۰.۳۱۲** | -۰.۲۳۸** | -۰.۵۶۲** | -۰.۱۱۸** | -۰.۲۹۶** | -۰.۱۹* | -۰.۱۱۱** | -۰.۱۲۷** | -۰.۴۲۸** | -۰.۱۰۸۱** | ۱ | |
| ۱۵. QOL | -۰.۵۹۹** | -۰.۴۴۹** | -۰.۴۳۷** | -۰.۴۵۶** | -۰.۴۷** | ۰.۳۹۴** | -۰.۱۷۵** | -۰.۵۳۲** | -۰.۱۰۸۲** | -۰.۳۹۸** | -۰.۳۱۹** | -۰.۴۶۴** | -۰.۲۶۶** | ۰.۲۶۴** | ۱ |

**= $P<0.01$ *= $P<0.05$

VCSM=ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، ACSM=ذهنیت کودک عصبانی، ECSM=کودک غضبناک، ICSM=کودک تکانشی، UCSM=کودک بی‌انضباط، HCSM=کودک شاد، CSSM=ذهنیت تسلیم‌شده مطیع، DPSM=ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، DSSM=ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت، SASM=ذهنیت خودبزرگ‌گمنش، BASM=ذهنیت زورگو و تهاجمی، PPSM=ذهنیت والد تنبیه‌گر، DPASm=ذهنیت والد پرتوقع، HASM=ذهنیت بزرگسال سالم، QOL=کیفیت زندگی

نواحی درگیر بیماری را پوشش نمی‌دهد صرف‌نظر نموده و مبادرت به انتخاب لباس‌هایی می‌کنند تا نواحی دارای لکه را پنهان کنند. احساس شرم، خجالت و آسیب‌پذیری بیماران مانع از این می‌شود که به راحتی و مانند دیگران وارد هر نوع شغلی که مطابق با علاقه‌مندی و توانایی آن‌ها است شوند. برخی از بیماران هم به دلیل حساس شدن پوست در برابر نور آفتاب و هم مخفی نمودن بیماری خود از دیگران، از شرکت در تفریحات خارج از خانه و در فضای باز خود را محروم می‌کنند. احساس نقص، شرم و دوست‌داشتنی نبودن برای دیگران خصوصاً در روابط

عزت نفسی که پس از پدیدار شدن لکه‌ها پیدا می‌کنند دچار احساس غمگینی شده که در حالت شدیدتر می‌تواند تبدیل به اختلال افسردگی گردد.

دریافت برچسب بیماری، بازخوردهایی مبتنی بر کربه‌بودن ظاهر آن‌ها که فشار روانی بسیاری را به بیماران وارد می‌کند ممکن است باعث شود تا آن‌ها احساس کنند به اندازه‌ی افراد عادی لیاقت و کفایت کافی را برای انجام هر کاری ندارند و خود را از بسیاری از فعالیت‌ها و لذات معمول زندگی محروم کنند. بسیاری از بیماران به منظور پنهان نمودن لکه‌های ناشی از ویتلیگو، از پوشیدن لباس‌های دلخواه خود که بعضاً

جدول ۳: پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس طرح‌واره‌های فردی

| متغیر پیش‌بین | متغیر ملاک | R | R2 | ΔR2 | F | F change | B | SEB | t |
|---------------------------|-------------|--------|-------|-------|---------|----------|--------|-----|---------|
| ۱. ذهنیت کودک آسیب‌پذیر | کیفیت زندگی | ۰.۵۹۷* | ۰.۳۵۶ | ۰.۳۵۶ | ۸۹.۶۷۵* | ۸۹.۶۷۵* | -۶.۲۴۴ | ۰.۷ | -۴.۵۲* |
| ۲. ذهنیت محافظ بی‌تفاوت | | ۰.۶۲۹* | ۰.۳۹۵ | ۰.۳۹ | ۵۲.۵۶۹* | ۱۰.۳۱* | -۵.۵۶۱ | ۰.۷ | -۳.۱۸۸* |
| ۳. ذهنیت تسلیم‌شده‌ی مطیع | | ۰.۶۴۹* | ۰.۴۲۱ | ۰.۰۲۶ | ۳۸.۸۱۹* | ۷.۲۴۳* | ۳.۷۳۳ | ۰.۷ | ۲.۲۴۸* |
| ۴. کودک شاد | | ۰.۶۴۹* | ۰.۴۳۶ | ۰.۰۱۵ | ۳۰.۷۴۴* | ۴.۱۹۵* | ۴.۲۲۷ | ۰.۷ | ۲.۰۴۸* |

در متعادل‌ساختن و قابل تحمل نمودن رنج هیجانی ناشی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و پیشگیری از طرد و بدرفتاری دیگران می‌کنند. این بیماران ممکن است به راحتی خود را تحت سلطه سایرین قرار داده و به خواسته‌های دیگران تن در دهند، حتی اگر به قیمت مورد سوءاستفاده قرار گرفتن تمام شود. مطیع و تسلیم دیگران بودن، می‌تواند به‌عنوان راهی برای جلب مقبولیت و جبران کمبودها و شرم و نقصی که بیماری برای آن‌ها به همراه آورده باشد.

فعال شدن ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر، محافظ بی‌تفاوت و تسلیم‌شده‌ی مطیع می‌تواند تأثیرات مستقیمی در افت کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو داشته باشد زیرا کیفیت زندگی مطلوب در بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی مستلزم برآورده شدن حداقل استانداردهای لازم در زمینه‌های تندرستی و رفاه جسمی، بهزیستی روانشناختی، سلامت محیط زندگی پیرامون و رفاه و آسایش اجتماعی است. این در حالی است که همان‌طور که ذکر شد، ابتلا به بیماری ویتیلیگو، با از بین بردن سلامت در بعد جسمانی و به دنبال آن بروز این ذهنیت‌ها و فعال نمودن طرح‌واره‌های نقص و شرم، عزت نفس بیماران را به شدت کاهش داده و منجر به آسیب‌پذیری در برابر اختلالات روانی نظیر افسردگی می‌شوند و بدین ترتیب شاخص کیفیت زندگی بیماران در بعد سلامت جسمی و روانی کاهش یابد. هم‌چنین همان‌طور که ذکر شد، ذهنیت‌های مذکور با تأثیرگذاری نامطلوب بر روابط صمیمانه‌ی بین فردی، ازدواج، محیط کار و روابط شغلی، تفریح و ... کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو را از نظر ابعاد محیطی و اجتماعی کاهش می‌دهد. این در حالی است که در سمت مقابل، داشتن ذهنیت بزرگسال سالم و ذهنیت کودک شاد در این بیماران با افزایش کیفیت زندگی همراه است زیرا داشتن ذهنیت بزرگسال سالم به فرد کمک می‌کند تا عملکردهای ناکارآمد سایر ذهنیت‌ها را

بین فردی نظیر ازدواج و رابطه‌ی جنسی این بیماران مشکلات زیادی ایجاد می‌کند. بالأخص در زنان که هم‌هنجارهای فرهنگی - اجتماعی معیارهای سطح بالاتری برای زیبایی خانم‌ها وضع می‌کند و هم فرهنگ و عرف کشورهای شرقی ابتلا به ویتیلیگو را نوعی تابو قلمداد می‌کنند، پذیرفته‌شدن و مورد علاقه قرار گرفتن به‌عنوان همسری که در عین حال به ویتیلیگو مبتلاست، چالش قابل تأملی است. بدین ترتیب ابتلا به ویتیلیگو با تمامی شرایط دشواری که برای بیماران ایجاد می‌کند زمینه‌ساز شکل‌گیری ذهنیت کودک آسیب‌پذیر را در بیماران فراهم می‌آورد.

افزون بر این، مرکزیت‌یافتن ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، خود می‌تواند ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمدی هم‌چون ذهنیت محافظ بی‌تفاوت و تسلیم‌شده‌ی مطیع را به‌عنوان واکنشی در برابر ذهنیت کودک آسیب‌پذیر به دنبال داشته باشد. هنگامی که بیماران کلیه‌ی احساسات ناخوشایند مربوط به کودک آسیب‌پذیر را تجربه می‌کنند، تمایل پیدا می‌کنند تا با نوعی سبک مقابله‌ای خود را از رنج ناشی از تجربه این احساسات ناخوشایند محافظت کنند. برخی از بیماران با اتخاذ ذهنیت محافظ بی‌تفاوت که براساس سبک مقابله‌ای اجتناب شکل گرفته است، از مردم به لحاظ هیجانی فاصله می‌گیرند و از درهم‌آمیزی با جامعه و اشتغال به فعالیت‌های معمول اجتماعی خودداری می‌کنند. آن‌ها از بسیاری از نیازها و خواسته‌های خود به‌منظور پیشگیری از مورد طرد و بدرفتاری قرار گرفتن صرف‌نظر می‌کنند، حتی زمانی که سایرین بخواهند این افراد را مورد حمایت خود قرار دهند، کمک دیگران را رد کرده و در حاشیه امن تنهایی خود باقی می‌مانند. در واقع این افراد سعی می‌کنند تا با کناره‌گرفتن از تعاملات اجتماعی با مردم، از خود در برابر طرد شدن محافظت کنند. در مقابل برخی دیگر از بیماران با اتخاذ ذهنیت تسلیم‌شده‌ی مطیع که براساس سبک مقابله‌ای تسلیم شکل گرفته است، سعی

به‌عنوان جمع‌بندی می‌توان نتیجه گرفت از آنجایی که ارتباط ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای ناکارآمد با افت کیفیت زندگی و ارتباط ذهنیت‌های کارآمد با افزایش کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو در پژوهش حاضر محرز گردید، لازم است درمان‌های روان‌شناختی نظیر طرح‌واره درمانی برای تغییر این ذهنیت‌ها در بیماران ویتیلیگو و در نتیجه بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی آن‌ها مورد توجه روان‌درمانگران و متخصصین پوست و زیبایی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از مدیریت و مسئولین محترم درمانگاه پوست بیمارستان الزهرا اصفهان و کلینیک پوست، لیزر و جراحی پلاستیک اسپادانا که در انجام این پژوهش مساعدت نمودند، هم‌چنین بیماران ویتیلیگو که با صبر و شکیبایی در انجام فرآیند پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعدیل و خنثی‌سازی کنند. این ذهنیت، کلیه‌ی عملکردهای بزرگسال سالم شامل جمع‌آوری اطلاعات، ارزشیابی موقعیت‌ها، حل مسأله و توانایی ارائه‌ی سبک‌های مناسب مقابله‌ای را دارد. ذهنیت بزرگسال سالم به افراد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های شغلی، خانوادگی و بین فردی نسبت به تعهدات خود پایبند بمانند، مسئولیت انتخاب‌ها و اقدامات‌شان را بپذیرند و ابعاد مختلف زندگی را با یکدیگر متعادل نموده و بدین ترتیب باعث افزایش کیفیت زندگی می‌گردد. مشابه با ذهنیت بزرگسال سالم، داشتن ذهنیت کودک شاد که نیازهای جسمانی، روانی، هیجانی وی به‌خوبی برآورده است، می‌تواند با افزایش کیفیت زندگی همراه باشد زیرا کودک شاد احساساتی از قبیل ارزشمندی، رضایت درونی، موردپذیرش قرارگرفتن، دوست‌داشتنی بودن، ایمنی و خودمختاری را تجربه می‌کند که همگی همسو با یک کیفیت زندگی غنی و مطلوب هستند.

References

1. Boniface K, Seneschal J, Picardo M, Taïeb A. Vitiligo: focus on clinical aspects, immunopathogenesis, and therapy. *Clin Rev Allergy Immunol* 2018 1; 54 (1): 52-67.
2. Rodrigues M, Ezzedine K, Hamzavi I, et al. Vitiligo Working Group. Current and emerging treatments for vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77(1): 17-29.
3. Iannella G, Greco A, Didona D, et al. Vitiligo: pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. *Autoimmun Rev* 2016; 15(4): 335-43
4. Grimes PE, Miller MM. Vitiligo: Patient stories, self-esteem, and the psychological burden of disease. *Int J Women's Dermatol* 2018; 4(1): 32-7.
5. Borimnejad L, Yekta ZP, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A. Quality of life with vitiligo: comparison of male and female muslim patients in Iran. *Gender Medicine*, 2006; 3(2): 124-30.
6. Bidaki R, Majidi N, Ahmadi AM, et al. Vitiligo and social acceptance. *Clin Cosmet Invest Dermatol* 2018; 11: 383.
7. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*. 2016; 34(7): 645-9.
8. Cohen JN, Jensen D, Dryman MT, Heimberg RG. Enmeshment schema and quality of life deficits: The mediating role of social anxiety. *J Cog Psychother* 2015; 29(1): 20-31.

9. Barazandeh H, Kissane DW, Saeedi N, Gordon M. Schema modes and dissociation in borderline personality disorder/traits in adolescents or young adults. *Psychiat Res* 2018; 261:1-6.
10. Jacob GA, Arntz A. Schema therapy for personality disorders-A review. *Int J Cog The*. 2013; 6(2): 171-85.
11. Lobbestael J, Arntz A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J Behav Ther Exp Psych*. 2005; 36(3): 240-53.
12. Lobbestael J, Van Vreeswijk MF, Arntz A. An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behav Res Ther* 2008; 46(7): 854-60.
13. Johnston C, Dorahy MJ, Courtney D, et al. Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp psych*. 2009; 40(2): 248-55.
14. Voderholzer U, Schwartz C, Thiel N, et al. A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*. 2014; 47(1): 24-31.
15. DeKlerk N, Abma TA, Bamelis LL, Arntz A. Schema therapy for personality disorders: a qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behav Cog Psycho Ther*. 2017; 45(1): 31-45.
16. Khalily MT, Wota AP, Hallahan B. Investigation of schema modes currently activated in patients with psychiatric disorders. *Irish journal of psychological medicine*. 2011; 28(2): 76-81.
17. Nordahl HM, Nysæter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J Behav Ther Exp Psychiat* 2005; 36(3): 254-64.
18. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2006; 62(4): 445-58.
19. Bamelis LL, Renner F, Heidkamp D, Arntz A. Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *J Personal Dis*. 2011; 25(1): 41-58.
20. Saldias A, Power K, Gillanders DT, et al. The mediatory role of maladaptive schema modes between parental care and non-suicidal self-injury. *Cognitive Behaviour Ther*. 2013; 42(3): 244-57.
21. Roelofs J, Muris P, Lobbestael J. Acting and feeling like a vulnerable child, an internalized "bad" parent, or a healthy person: the assessment of schema modes in non-clinical adolescents. *J Personal dis*. 2016; 30(4): 469-82.
22. Samadi tari M, Jahangir P. Forecasts quality of life based on the maladaptive schema and coping strategies in MS patient. *Frooyesh* 2018; 7 (7): 207-218 (Persian).
23. Rahimaghaee F, Hatamipour K, Ashoori J. The effect of group schema therapy on decrease symptoms of depression and increase quality of life among nurses. *J Nurs Edu* 2017; 6 (3): 17-23. (Persian)
24. Mohammad Nezhady B, Rabiei M. The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. *Journal of Police Medicine*. 2015; 3(4): 179-90 (Persian).
25. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatr* 2006; 63(6): 649-58.
26. Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, et al. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav Cog Psychother*. 2010; 38(4): 437-58.

27. Hnaee N, Mahmood Aliloo M, Bakhshipoor roodsari A, Akbari A. Schema modes, child abuse history and attachment styles in borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Personality journal* 2015; 12(3): 101-18 (Persian).
28. Nasiri H. Reliability and validity of a short scale of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOLBREF) and obtain Iranian version. *Articles Collections of Third National Conference on Student Mental Health: Tehran, Iran: University of Elm & Sanat; 2006.* (Persian).
29. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, et al. Quality of life of Tehran's population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim* 2007; 10(3): 1-8(Persian).

Predicting quality of life according to the schema modes in vitiligo patients

Shirin Irani, MSc

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Background and Aim: Schema modes include specific schemata and coping styles which are activated in emotional situations. They create formation of behavioral patterns compatible with their own schemata. The purpose of this study was to predict the quality of life in vitiligo patients according to their schema modes.

Methods: In this descriptive-correlational study, 170 vitiligo patients were selected by simple random sampling method. They filled Schema Modes Inventory and brief form of the World Health Organization's Quality of Life questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and stepwise regression.

Results: The results of the analysis of the Pearson correlation coefficient revealed that quality of life was related to all schema modes except detached self-soother mode. Happy child and healthy adult schema modes had a significant positive relationship with quality of life, while the other schema modes (except detached self-soother) had a significant negative relationship with quality of life in vitiligo patients. Also, the results of stepwise regression showed that vulnerable child, detached protector, compliant surrender and happy child schema modes had the strongest effect in predicting the quality of life, respectively.

Conclusion: Regarding the importance of the role of schema modes in quality of life in vitiligo patients, offering psychotherapies such as schema therapy seems necessary.

Keywords: vitiligo, quality of life, schema modes

Received: Aug 08, 2019 Accepted: Sep 25, 2019

Dermatology and Cosmetic 2019; 10 (2): 69-80

Corresponding Author:

Shirin Irani, MSc

No.139, Ferdowsi Alley, Abbasabad St., Isfahan, Iran

Email: Shirin_irani@ymail.com

Conflict of interest: None to declare