

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو

راحله احمدی^۱

دکتر ایلناز سجادیان^۱

دکتر فریبا جعفری^{۲،۳}

زمینه و هدف: ویتیلیگو اختلال رنگدانه‌ای پوست است که تأثیر زیادی بر روان بیماران دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی زنان مبتلا به ویتیلیگو اجرا شد.

روش اجرا: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی زنان (تعداد ۸۰ نفر) مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که از بین آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب به‌صورت تصادفی در دو گروه درمانی قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بیمارستانی Zigmond & Smith (۱۹۸۳) و افکار خودکشی Beck (۱۹۹۷) در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی گروهی ۶۰ دقیقه‌ای جلسه درمان مبتنی بر شفقت براساس بسته درمانی: Gilbert & Neff 2009 شرکت کردند اما گروه کنترل تا پایان مرحله‌ی پیگیری هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند در بیماران مبتلا به ویتیلیگو به‌عنوان یک شیوه‌ی درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی مطرح گردد.

نتیجه‌گیری: می‌توان از درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در این بیماران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، اضطراب، افسردگی، میل به خودکشی، ویتیلیگو

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۱۵

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۸، دوره‌ی ۱۰ (۱): ۲۹-۱۸

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
۲. مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست و سالک، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر ایلناز سجادیان

اصفهان، هشت بهشت غربی، ملک شمالی، کوی شهید حسن حقوقی، پلاک ۱۵۴، طبقه‌ی ۴

پست الکترونیک:

Ilnazsajadian2018dr@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است

مقدمه

آغاز آن حدود ۲۴ سالگی می‌باشد و به‌نظر می‌رسد شیوع آن در مرد و زن برابر باشد. هیچ‌گونه تفاوتی در میزان وقوع این بیماری از نظر پوست و نژاد وجود ندارد^۱. این بیماری از نشانه‌های بی‌رنگ مولکولی است و ایجاد لکه‌های سفید بر روی پوست و گسترش تدریجی آن‌ها علامت اصلی این اختلال اکتسابی و مزمن رنگدانه‌ای پوست است^۲. باورهای نادرست اجتماعی و لکه‌های سفید ناشی از ویتیلیگو که ظاهر

از آنجا که پوست بزرگ‌ترین و قابل مشاهده‌ترین عضو بدن انسان است، بیماران پوستی اغلب از تنش روانی و آسیب به کیفیت زندگی در خلال نشانه‌های عینی و ظاهری رنج می‌برند^۱. ویتیلیگو از شایع‌ترین اختلالات رنگدانه‌ای پوست است که به دلیل از بین رفتن ملانوسیت‌ها ایجاد می‌شود و حدود ۰/۲-۰/۵٪ جمعیت جهان را گرفتار کرده است^۲. شیوع بیماری ویتیلیگو در حدود ۰/۱-۰/۵٪ جمعیت عمومی است و سن متوسط

دچار افسردگی بودند و ارتباط معنی‌داری بین علائم بیماری و شدت افسردگی آن‌ها یافت شد. این بیماری اثرات سویی در زندگی شخصی و اجتماعی فرد به‌جا گذاشته، منجر به اختلال عملکرد اجتماعی وی می‌گردد در نتیجه تأثیر عمده‌ای روی کیفیت زندگی بیماران دارد.^{۱۲} تأثیر گسترده‌ی منفی بیماری بر روابط اجتماعی، خانوادگی و اشتغال ذهنی با این حجم مسائل، بیمار را افسرده کرده و گرایش به خودکشی را در آنان توجیه می‌نماید که می‌تواند به دلیل کنترل ضعیف بیمار بر شرایط یا تأثیر عمیق بیماری بر احساسات زنان و روابط مردان نیز باشد.^{۱۳} هرچه خودپنداره‌ی منفی بالاتر باشد، افسردگی و افکار خودکشی بیشتر می‌شود.^{۱۴} میل به خودکشی حالتی است که بر وقوع هر اندیشه خودتخریبی دلالت دارد.^{۱۵} این افکار طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه‌دادن به زندگی تا خودکشی کامل را دربرمی‌گیرد.^{۱۶} براساس یافته‌های پژوهش خدابخشی کولایی^{۱۵} میانگین نمره‌ی کلی خودکشی در افراد مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو برابر با ۶۷/۳٪، از میانگین افراد بدون بیماری پوستی ۳۷٪ بالاتر بود. نتایج مطالعه‌ی ملکی، جاویدی و کیا فر^{۱۷} نیز نشان می‌دهد که در گروه مبتلایان به ویتیلیگو، سابقه‌ی اقدام به خودکشی ۶/۱۷٪ گزارش شده بود. در مقایسه با سایر بیماری‌های پوستی مانند پسوریازیس که تحت بررسی‌های متعدد قرار گرفته است، توجه بسیار محدودی به مشکلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی در بیماران ویتیلیگو شده است.^{۱۷} با این وجود تا کنون هیچ پژوهشی به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو انجام نشده است.

یکی از درمان‌هایی که از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته، درمان مبتنی بر شفقت است. در طول دهه‌ی اول قرن بیست و یکم، کاربرد و تحقیق پیرامون مفهوم شفقت و شفقت به خود به‌عنوان

نامناسبی برای بیمار (به‌ویژه در زنان) ایجاد کرده از جمله مواردی است که مشکلات بیماران ویتیلیگو را تشدید می‌کند. علاوه بر مشکلات اجتماعی در ایران، این بیماران با مشکلات خانوادگی جدی مواجه می‌شوند و به‌نظر می‌رسد که آن‌ها حمایت کافی را حتی از خانواده‌ی خود دریافت نمی‌کنند.^۵ با توجه به آنکه اخیراً توجه به اهمیت مسائل عاطفی و روان‌شناختی بیماری‌ها افزایش یافته است، ویتیلیگو می‌تواند به‌عنوان یک اختلال روان‌تنی مورد توجه قرار گیرد.^۶

براساس پژوهش گریفیتس، اضطراب می‌تواند یک عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای ظهور بیماری‌های پوستی شود و ارتباط معنی‌داری بین نشانگان پوستی و نگرانی، روان‌رنجوری، اختلالات اضطرابی و خلقی به‌دست آمده است. معمولاً اضطراب، هیجانی ناخوشایند است که همه‌ی درجات مختلفی از آن را هم‌چون نگرانی، دلشوره، ترس و تنش، تجربه و امتحان کرده‌ایم.^۷ اکثر بیماران ویتیلیگو احساس پریشانی را اظهار می‌دارند که می‌تواند منجر به اضطراب و کناره‌گیری از اجتماع شود.^۸ هم‌چنین بیمار درباره‌ی رفتارها یا اقداماتی که ممکن است باعث پیشرفت بیماری شود، بدون آگاهی از اینکه چه زمانی و چگونه ایجاد می‌شوند، احساس نگرانی می‌کند.^۹

گارج و سارکر^۹ بیان می‌دارند که در اغلب بیماران پوستی، احساس افسردگی، عدم اطمینان و احساس نگرانی گزارش می‌شود. سیر درمانی طولانی‌مدت و صعب‌العلاج بودن بیماری از جمله عللی است که عده‌ی زیادی از بیماران را دچار مشکلات روحی از جمله افسردگی می‌کند. افسردگی به‌عنوان هیجان، خلق یا عاطفه و احساس، از همراهان دائمی فرد، تجارب طبیعی انسان و دگرگونی‌هایی است که در زندگی او پدید می‌آید. معمولاً فقدان‌ها و محرومیت‌ها یا عدم لذت، ایجاد افسردگی می‌کنند.^{۱۰} در پژوهش دیگری که توسط گریفیتس و بارکر^{۱۱} در آلمان بر روی ۲۶۵ بیمار مبتلا به ویتیلیگو انجام شده، ۳۲ درصد بیماران

دادند که این درمان در کاهش افسردگی زنان مبتلا به این بیماری مؤثر بوده است. در پژوهش Birnbaum و همکاران^{۲۵} به منظور اثربخشی ذهن آگاهی بر رفتارهای خودکشی، افرادی که درگیر خودکشی‌های جدی بودند از مرگ نجات یافتند. با توجه به مسائل و مشکلات روزافزون بیماری ویتیلیگو و کمبود پژوهش در این زمینه، هدف این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی، میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو است.

روش اجرا

در این مطالعه از روش پژوهشی نیمه تجربی استفاده شد. طرح پژوهش حاضر پیش‌آزمون — پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳۰ روزه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی زنان (تعداد ۸۰ نفر) مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه اصفهان در بهار ۱۳۹۷ بود. به‌منظور انتخاب آزمودنی‌ها ۳۰ نفر از آن‌ها به‌صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری ویتیلیگو توسط متخصص پوست، سن بالای ۱۶ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، توانایی حضور در جلسات گروهی درمان و رضایت کامل جهت شرکت در گروه‌های درمانی و ملاک‌های خروج شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش یا شرکت همزمان در سایر جلسات آموزش روان‌شناختی، ابتلا به اختلالات حاد در روان‌پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه و عدم پاسخ به پرسش‌نامه‌ها بود. به‌منظور اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه و موافقت مسئولیت‌ذی‌ربط به مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه اصفهان مراجعه شده و بعد از انتخاب نمونه‌ی موردنظر و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در

فرایندی فعال در جریان روان‌درمانی فزونی یافته است. واژه‌ی شفقت معادل واژه‌ی کامپشن از ریشه‌ی لاتین کام - پتی به معنای رنج‌بردن به همراه شخص دیگر یا همدردی می‌باشد اما در مفهوم‌سازی‌های کنونی این واژه صرفاً یک هیجان یا یک فرایند شناختی محسوب نمی‌شود. یکی از آسیب‌های مهم افراد مبتلا به ویتیلیگو با اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی، این است که نمی‌توانند به‌راحتی با افراد دیگر، در حالت‌های شفقت‌ورزی درگیر شوند؛ در این حالت نه‌تنها هر نوع شفقت به خود غیر ممکن می‌شود، بلکه ویژگی‌های متضاد با خود نیز در آن‌ها تشدید می‌شود.^{۱۸} در راستای پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی شفقت به خود انجام گرفت، Gilbert^{۱۹} به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و درنهایت، نظریه‌ی «درمان مبتنی بر شفقت» را مطرح کرد.^{۲۰} مطالعات زیادی نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر، با اضطراب و افسردگی پایین‌تر همراه است.^{۲۱} هم‌چنین پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر با اختلال‌های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس همبسته است.^{۲۰} پژوهش‌های مختلفی کارایی درمان مبتنی بر شفقت را در کاهش اضطراب و افسردگی به اثبات رسانده‌اند. سلیمی و همکاران^{۲۲} با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب و افسردگی (سلامت روان) زنان مبتلا به ام‌اس نشان دادند که این درمان باعث کاهش اضطراب و افسردگی و ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به ام‌اس شده است.

هم‌چنین محمدی و همکاران^{۲۳} با عنوان اثربخشی درمان بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر به این نتیجه رسیدند که این درمان به‌طور معناداری در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران مؤثر بوده است. ناصری و همکاران^{۲۴} با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نشان

ازارهای انجام این مطالعه، پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

۱. پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی Zigmond & Smith (HADS)^{۲۶}. این لیست، گزینشی چهار ماده‌ای برای سنجش تغییرات خلقی، به‌ویژه برای حالات اضطراب و افسردگی طراحی شده است. در این مقیاس هفت پرسش در ارتباط با نشانه‌های اضطراب (پرسش‌های ۱، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۲ و ۱۳) و هفت پرسش پیرامون نشانه‌های افسردگی (پرسش‌های ۲، ۳، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱ و ۱۴) وجود دارد. این پرسش‌نامه بر مبنای یک مقیاس چهار نمره‌ای (۳، ۲، ۱، ۰) نمره‌گذاری می‌شود. مؤلفان نمره‌ی ۱۱ را به‌عنوان نقطه‌ی برش پیشنهاد می‌کنند که نمره‌های بالاتر از آن از اهمیت بالینی برخوردارند. نمره‌های بالا در مقیاس افسردگی بیانگر آن است که غیر از شیوه‌های مقابله با اضطراب، روش‌های درمانی دیگری نیز باید در نظر گرفته شوند. همان‌طور که گفته شد جهت اندازه‌گیری اضطراب و افسردگی از پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی استفاده می‌شود. این آزمون ۱۴ سؤال چهارگزینه‌ای است که روایی آن ۰/۷۸ دارد. همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ

دو گروه آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه‌های پژوهش، همه در یک نوبت و در قالب یک شکل به زنانی که به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، ارائه گردید و برای آن‌ها، توضیح کلی در مورد چگونگی پاسخگویی به هر پرسش‌نامه داده شد، سپس آن‌ها به‌صورت انفرادی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. تمام اطلاعات آن‌ها محرمانه بود و به شرکت‌کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می‌باشد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسات مداخله درمان مبتنی بر شفقت که به‌صورت ۸ جلسه‌ی یک ساعته و دو بار در هفته برگزار شد، شرکت کردند. درحالی که شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، هیچ مداخله‌ی روان‌شناختی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسش‌نامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. پس از یک ماه جلسه‌ی پیگیری تشکیل شد و مجدداً هر دو گروه پرسش‌نامه‌ها را پاسخ دادند. محتوای جلسه‌ی درمانی که از بسته‌ی درمانی گیلبرت و نف (۲۰۰۹) اقتباس شده، در جدول ۱ آمده است. داده‌های گردآوری شده توسط بسته‌ی آماری در علوم اجتماعی نسخه‌ی ۲۳ مورد تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱: جلسات آموزشی؛ هدف و محتوای کلی آن

| جلسه | محتوا |
|-------|---|
| اول | جلسه‌ی توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره‌ی بیماری ویتیلیگو با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون |
| دوم | بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد بیماری ویتیلیگو و مسائل روانی ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت و ارائه‌ی تکلیف خانگی |
| سوم | آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب‌گرایانه و ارائه‌ی تکلیف خانگی |
| چهارم | مرور تکالیف خانگی، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش و ارائه‌ی تکلیف خانگی |
| پنجم | مرور تمرین جلسه‌ی قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه‌ی تکلیف خانگی |
| ششم | مرور تمرین جلسه‌ی قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ... و ارائه‌ی تکلیف خانگی |
| هفتم | مرور تمرین جلسه‌ی قبل، آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت |
| هشتم | جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه‌ی راه‌کارهایی جهت حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون |

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش تعداد ۳۰ نفر بودند که ۱۵ نفر آن‌ها در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت و ۱۵ نفر در گروه کنترل و بدون درمان قرار داشتند. در گروه آزمایش ۶ نفر یا ۴۰٪ ۲۶-۳۴ سال دارند و همین تعداد در این گروه ۳۵ تا ۴۹ ساله هستند. ۲۰٪ یا ۳ نفر از آن‌ها نیز بین سنین ۱۸-۲۵ سال قرار دارند. در گروه کنترل نیز بیشتر افراد نمونه برابر با ۸ نفر یا ۵۳٪ ۳۴-۳۶ ساله، ۳۳٪ ۳۵-۴۹ ساله و ۱۳٪ ۱۸-۲۵ ساله هستند. در هر دو گروه بیشتر افراد نمونه تحصیلات دیپلم دارند که در گروه آزمایش ۱۳ نفر یا ۸۶٪ و در گروه کنترل ۱۰ نفر یا ۶۶٪ هستند. هم‌چنین در هر دو گروه بیشتر افراد نمونه متأهل هستند که در گروه آزمایش شامل ۱۲ نفر یا ۸۰٪ و در گروه کنترل شامل ۱۱ نفر یا ۷۳٪ است.

جهت پاسخ به سؤالات پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری یا مکرر استفاده شد که به محقق این اجازه را می‌دهد که دو گروه آزمایش و کنترل را در متغیرهای پژوهش مقایسه نماید بنابراین لازم است پیش‌فرض‌های موردنیاز جهت کاربرد این آزمون شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های نمرات و تساوی کواریانس‌ها بررسی شود. آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه و سه مرحله‌ی پژوهش حاکی از آن بود که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه‌ی متغیرهای پژوهش در سه مرحله به‌جز افسردگی در هر دو گروه در پیش‌آزمون و اضطراب در مرحله‌ی پیگیری در گروه آزمایش، تأیید شده است ($P > 0.05$).

پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیر اضطراب در مراحل پیش‌آزمون و پیگیری تأیید شده است ($P > 0.05$) اما در مرحله‌ی پس‌آزمون رد شده است. این پیش‌فرض در مورد متغیر افسردگی در مرحله‌ی پیش‌آزمون تأیید شده است.

این آزمون در پژوهش منتظری ۰/۸۲ به‌دست آمد^{۲۷}. در پژوهش کنونی با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی اضطراب $\alpha = 0.646$ و پایایی افسردگی $\alpha = 0.73$ توسط پژوهشگر به‌دست آمد.

۲. پرسش‌نامه‌ی افکار خودکشی بک: این مقیاس توسط Beck و همکاران^{۲۸} در سال ۱۹۹۷ تهیه شده که شامل ۱۹ مجموعه می‌باشد: میل به مردن با سه گزینه‌ی صفر (به هیچ وجه)، ۱ (ضعیف) و ۲ (متوسط تا زیاد) و نیز دو عامل میل به خودکشی فعال (۱۰ گزینه)، میل به خودکشی منفعل (۴ گزینه) با دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۳۸. پنج ماده‌ی اول میل آزمودنی به زنده‌بودن یا مردن را غربالگری می‌کند و از طریق مدت اجرا در افراد فاقد میل به خودکشی کاهش می‌یابد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه‌بندی می‌شوند. این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی گرایانه، طرح و برنامه‌ی خودکشی، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیروی آرزوی مردن و سابقه‌ی اقدامات قبلی خودکشی مربوط است. پایایی و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. بک و همکاران^{۲۸}، ضریب پایایی و ضریب پایایی بین ارزیابی آن‌را به‌ترتیب ۸۹ و ۸۳ درصد گزارش کردند. مطالعات گذشته نشان داده‌اند مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استانداردشده‌ی افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است. دامنه‌ی ضرایب همبستگی از ۰/۹۰ برای بیماران بستری و ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. هم‌چنین همبستگی این مقیاس با سؤال خودکشی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک از ۰/۶۹-۰/۵۸ بوده است. در پژوهش کنونی با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی خودکشی $\alpha = 0.823$ به دست آمد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | انحراف میانگین استاندارد | انحراف میانگین استاندارد | انحراف میانگین استاندارد | انحراف میانگین استاندارد |
| اضطراب | آزمایش | ۱۴ | ۳,۳۳۸ | ۱۱,۰۷ | ۲,۳۱۴ |
| | کنترل | ۱۲,۸۰ | ۳,۳۶۴ | ۱۲,۶۷ | ۲,۹۶۸ |
| افسردگی | آزمایش | ۱۳,۰۷ | ۲,۸۱۵ | ۹,۹۳ | ۲,۴۹۲ |
| | کنترل | ۱۳ | ۴,۱۵۸ | ۱۳,۰۷ | ۳,۹۹۰ |
| میل به خودکشی | آزمایش | ۱۶,۳۳ | ۵,۸۷۶ | ۱۲,۵۳ | ۳,۵۲۳ |
| | کنترل | ۱۹,۵۳ | ۶,۴۴۶ | ۱۸,۹۳ | ۵,۷۲۵ |

درمان مبتنی بر شفقت، بر بهبود متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است. براساس جدول ۴ مشخص می‌شود که در متغیرهای افسردگی رابطه‌ی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ($P < 0.05$) اما در متغیرهای اضطراب و میل به خودکشی این رابطه معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). با کنترل این رابطه، تفاوت بین میانگین گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مجموع معنادار است؛ به عبارت دیگر، بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P = 0.03$). میزان این تفاوت در متغیرهای پژوهش برابر با ۰,۷۸ است؛ به عبارت دیگر ۷۸٪ از تفاوت‌های فردی در متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مربوط به عضویت گروهی یا

جدول ۴: نتایج کلی تحلیل کواریانس چندمتغیری بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

| اثرات | ارزش F | درجه‌ی آزادی فرضیه | | درجه‌ی آزادی خطا | | سطح معناداری | میزان تاثیر آماری | توان |
|------------------|--------|--------------------|-------|------------------|--------|--------------|-------------------|------|
| | | خطا | فرضیه | خطا | معداری | | | |
| پیش‌آزمون اضطراب | ۰,۴۳۲ | ۱۲ | ۱۱ | ۰,۳۸۲ | ۰,۵۶۸ | ۰,۳۵۴ | | |
| افسردگی | ۰,۱۹۴ | ۱۲ | ۱۱ | ۰,۱۰۷ | ۰,۸۰۶ | ۰,۸۸۸ | | |
| پیش‌آزمون خودکشی | ۰,۴۰۶ | ۱۲ | ۱۱ | ۰,۳۱۶ | ۰,۵۹۴ | ۰,۳۹۵ | | |
| گروه | ۰,۲۲۰ | ۱۲ | ۱۱ | ۰,۱۰۳۰ | ۰,۷۸۰ | ۰,۸۲۲ | | |

($P > 0.05$) اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری رد شده است. در مورد متغیر میل به خودکشی نیز در هر سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید شده است ($P > 0.05$).

فرض یکسانی کواریانس‌ها مربوط به نمرات متغیرهای وابسته در متغیر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی تأیید می‌شود ($P > 0.05$). در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله‌ی آزمون نشان داده شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات اضطراب، افسردگی، میل به خودکشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد. میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0.05$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۲۴,۴٪ از تفاوت‌های فردی در اضطراب، نزدیک به ۵۴,۳٪ از تفاوت‌های فردی در افسردگی و نزدیک به ۳۵,۲٪ از تفاوت‌های فردی در میل به خودکشی به تفاوت بین دو گروه مربوط است.

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت اثربخشی

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی برحسب عضویت گروهی

| متغیر | آزمایش | | کنترل | |
|---------|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| | فراوانی درصد | فراوانی درصد | فراوانی درصد | فراوانی درصد |
| سن | ۱۸-۲۵ | ۳ | ۲۰ | ۲ |
| | ۲۶-۳۴ | ۶ | ۴۰ | ۸ |
| | ۳۵-۴۹ | ۶ | ۴۰ | ۵ |
| | کل | ۱۵ | ۱۰۰ | ۱۵ |
| | دیپلم | ۱۳ | ۸۶,۷ | ۱۰ |
| تحصیلات | فوق دیپلم | ۱ | ۶,۷ | ۴ |
| | کارشناسی و بالاتر | ۱ | ۶,۷ | ۱ |
| | کل | ۱۵ | ۱۰۰ | ۱۵ |
| تاهل | مجرد | ۳ | ۲۰ | ۴ |
| | متاهل | ۱۲ | ۸۰ | ۱۱ |
| | کل | ۱۵ | ۱۰۰ | ۱۵ |

پیگیری در دو گروه معنی‌دار است؛ بنابراین روند تغییر نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه با هم تفاوت دارند. میزان این تفاوت‌ها در حدود ۰/۲۳۵ است؛ یعنی ۲۳/۵٪ از واریانس یا تفاوت‌های فردی در اضطراب به تفاوت‌های بین دو مرحله‌ی آزمون و عضویت گروهی مربوط است. همچنین تفاوت بین نمرات افسردگی در دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه معنی‌دار است که نشان می‌دهد روند تغییر نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه با هم تفاوت دارند. میزان این تفاوت‌ها در حدود ۰/۱۰۷ است؛ یعنی ۱۰/۷٪ از واریانس یا تفاوت‌های فردی در

درمان مبتنی بر شفقت مربوط است. توان آماری برابر با ۸۲/۲٪ است که ضمن اعلام دقت مناسب آزمون بیانگر کفایت حجم نمونه برای بررسی فرضیه بوده است. نتایج مقایسه بین آزمودنی‌ها یعنی مقایسه‌ی دو گروه (آزمایش و کنترل) در متغیر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در جدول ۵ ارائه شده است. جدول ۴ به‌طور جزئی‌تر نتایج تحلیل اثرات درون‌آزمودنی اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی برای اثر زمان و تعامل مراحل و گروه نشان می‌دهد. همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات اضطراب در دو مرحله‌ی پس‌آزمون،

جدول ۵: نتایج تحلیل یا اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در مرحله‌ی پس‌آزمون

| مقیاس | منبع | مجموع مجذورات | درجه‌ی آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی‌داری | اندازه‌ی اثر | توان آماری |
|---------------|----------------------|---------------|--------------|-----------------|--------|-----------|--------------|------------|
| درون گروهی | اثر زمان | ۱/۱۹۴ | ۱ | ۱/۱۹۴ | ۲/۵۲۵ | ۰/۱۲۴ | ۰/۰۸۶ | ۰/۳۳۵ |
| | اثر زمان × پیش‌آزمون | ۰/۱۶۵ | ۱ | ۰/۱۶۵ | ۰/۳۵ | ۰/۵۵۹ | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۸۸ |
| اضطراب | اثر زمان × گروه | ۱/۹۱۳ | ۱ | ۳/۹۱۳ | ۸/۲۷۵ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۳۵ | ۰/۷۹۲ |
| | پیش‌آزمون | ۲۶۱/۸۸۶ | ۱ | ۲۶۱/۸۸۶ | ۴۴/۸۳۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۴ | ۱/۰۰۰ |
| بین گروهی | گروه | ۵۰/۹۵۲ | ۱ | ۵۰/۹۵۲ | ۸/۷۲۳ | ۰/۰۰۶ | ۰/۲۴۴ | ۰/۸۱۲ |
| | خطا | ۱۵۷/۷۱۴ | ۲۷ | ۵/۸۴۱ | | | | |
| درون گروهی | اثر زمان | ۰/۶۶۷ | ۱ | ۰/۶۶۷ | ۱/۲۹۳ | ۰/۲۶۶ | ۰/۰۴۶ | ۰/۱۹۵ |
| | اثر زمان × پیش‌آزمون | ۰/۱۳۶ | ۱ | ۰/۱۳۶ | ۰/۲۶۴ | ۰/۶۱۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۷۹ |
| افسردگی | اثر زمان × گروه | ۱/۶۷۶ | ۱ | ۱/۶۷۶ | ۳/۲۴۸ | ۰/۰۴۸ | ۰/۱۰۷ | ۰/۶۱۲ |
| | پیش‌آزمون | ۴۹۰/۳۷ | ۱ | ۴۹۰/۳۷ | ۱۲۸/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۲۷ | ۱/۰۰۰ |
| بین گروهی | گروه | ۱۲۲/۳۰۲ | ۱ | ۱۲۲/۳۰۲ | ۳۲/۱۳۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴۳ | ۱/۰۰۰ |
| | خطا | ۱۰۲/۷۶۳ | ۲۷ | ۳/۸۰۶ | | | | |
| درون گروهی | اثر زمان | ۰/۱۶ | ۱ | ۰/۱۶ | ۰/۴۸۹ | ۰/۴۹ | ۰/۰۱۸ | ۰/۱۰۴ |
| | اثر زمان × پیش‌آزمون | ۰/۱۲۳ | ۱ | ۰/۱۲۳ | ۰/۳۷۸ | ۰/۵۴۴ | ۰/۰۱۴ | ۰/۰۹۱ |
| میل به خودکشی | اثر زمان × گروه | ۱/۷۹ | ۱ | ۱/۷۹ | ۵/۴۸۵ | ۰/۰۲۷ | ۰/۱۶۹ | ۰/۷۱۷ |
| | پیش‌آزمون | ۸۵۵/۴۹۶ | ۱ | ۸۵۵/۴۹۶ | ۵۴/۹۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷۱ | ۱/۰۰۰ |
| بین گروهی | گروه | ۲۲۸/۲۱۳ | ۱ | ۲۲۸/۲۱۳ | ۱۴/۶۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵۲ | ۰/۹۵۸ |
| | خطا | ۴۲۰/۳۷۱ | ۲۷ | ۱۵/۵۶۹ | | | | |

فراوانی می‌شوند و مدام افکار خودآیند منفی به ذهن‌شان خطور می‌کند. شفقت‌درمانی، شفقت به خود را در زنان مبتلا به ویتیلیگو بالا می‌برد. افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند. عکس‌العمل‌ها و واکنش‌های‌شان در برابر مشکلات‌شان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به سمت خوددفاعی و نه به سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود. پژوهش‌ها نشان داده است که افرادی که شفقت به خود بالایی دارند در عین حالی که با خود مهربان هستند، در برابر مشکلات‌شان مسئولیت‌پذیرتر هستند، وقایع پیش‌آمده را راحت‌تر می‌پذیرند در نتیجه کمتر افسردگی می‌گیرند. یکی از مشخصه‌ی اشتراکات انسانی، پذیرفتن این است که همه‌ی افراد نواقص و اشتباهاتی دارند و حتی در بعضی مواقع درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند. در مقابل همانندسازی فزاینده، هوشیاری قرار دارد که منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود که باعث می‌شود جوانب دردناک زندگی نادیده گرفته نشود، اما مکرراً ذهن را هم درگیر نسازد. افراد در عین حال که با وقایع دردناک و رنج‌آور زندگی روبرو می‌شوند به‌جای آنکه با دید هوشیارانه و واقع‌بینانه‌تر و هم‌چنین با چشم‌انداز بالاتری به مسائل برخورد کنند، به‌صورت ناهشیارانه و ناآگاهانه به قضاوت و ارزیابی منفی در مورد خود می‌پردازند. به‌طور کلی درمان مبتنی بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق ارائه تکنیک‌های شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهرورزی و هم‌چنین برطرف‌سازی موانع خودشفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد. با افزایش شفقت انگیزه‌ی فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به

افسردگی به تفاوت‌های بین دو مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است. نتایج جدول قابل ذکر است که تفاوت بین نمرات میل به خودکشی در دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه معنی‌دار است و نشان می‌دهد روند تغییر نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه با هم تفاوت دارند. میزان این تفاوت‌ها در حدود ۰/۱۶۹ است؛ یعنی ۱۶/۹٪ از واریانس یا تفاوت‌های فردی در میل به خودکشی به تفاوت‌های بین دو مرحله‌ی آزمون و عضویت گروهی مربوط است بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه‌ی پژوهش تأیید شده است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت، بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی زنان مبتلا به ویتیلیگو تأثیر معنی‌دار داشته است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی زنان مبتلا به ویتیلیگو مرکز تحقیقات پوست و سالک شهر اصفهان در سال ۹۷ بود. یافته‌ها حاکی از مؤثر بودن درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی بود و نشان داد آموزش درمان مبتنی بر شفقت به آزمودنی‌های گروه آزمایش، موجب کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی آن‌ها شده است. نتایج این پژوهش با نتایج به‌دست‌آمده سلیمی و همکاران^{۲۲}، محمدی و همکاران^{۲۳}، ناصری و همکاران^{۲۴} و Birnbaum و همکاران^{۲۵} همسو بود.

در تبیین نظری این یافته‌ها می‌توان گفت بیماران مبتلا به ویتیلیگو در مورد بیماری‌شان از علائم روانی نسبت به علائم جسمی بیشتر رنج می‌برند و بیشتر ضربه می‌خورند. شاید بهتر است این‌گونه بیان شود که بیماران ویتیلیگو درد جسمانی ندارند و همه‌ی دردهای‌شان ناشی از درد روانی است. با این فکر که بیماری آن‌ها تا ابد همراه‌شان می‌ماند، دچار اضطراب

براساس نظر گیلبرت^{۱۹} درمان مبتنی بر شفقت، با ارائه راه کارهای مهربانی گرفتن از دیگران و مهربانی کردن به دیگران باعث افزایش انعطاف پذیری عاطفی در فرد می شود، چراکه منجر به فعال کردن سیستم مراقبت و خنثی کردن سیستم تهدید می شود. درمان مبتنی بر شفقت به زنان مبتلا به ویتیلیگو کمک می کند تا از ورود افکار منفی و عواطف منفی در درون ذهن شان جلوگیری کنند، مشکلات ناشی از بیماری شان را بپذیرند و تنش های ناشی از آن را بدون درگیری با تجربیات و افکار منفی تحمل کنند. این درمان به درمانجویان یاد می دهد که اگر در هنگام سختی و مشکلات با خود مهربان باشیم، همه چیز تغییر خواهد کرد. درمان مبتنی بر شفقت به درمان جویان کمک می کند تا با بیماری شان کنار بیایند و خودشان را در پاسخ به تنش های حاصل از این لکه ها آرام کنند که اگر بر این تمرین مداومت ورزند ملکه ی ذهن شان می شود و از عواقب آن در آینده کاسته می شود و در نتیجه اضطراب شان کم می شود.

به طور کلی آموزش مهارت های درمان مبتنی بر شفقت به بیماران باعث مهربانی و شفقت نسبت به سختی ها، رنج ها و تجربیات تلخ گذشته می شود در نتیجه با خود مهربان تر می شوند، خود را کمتر سرزنش و انتقاد می کنند، افکار منفی خود را کاهش می دهند که این خود باعث کاهش اضطراب، افسردگی و در نهایت باعث کاهش یا از بین بردن افکار مربوط به خودکشی می گردد. تک جنسیتی بودن نمونه ی پژوهش حاضر و محدود بودن جامعه ی پژوهش به شهر اصفهان از جمله محدودیت هایی است که باید تعمیم نتیجه ی پژوهش به سایر جامعه های آماری با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می شود این مطالعه با نمونه های بزرگتر، در شهرهای مختلف و در مورد جنسیت مردان مبتلا به این بیماری نیز انجام شود. پیشنهاد می شود بررسی های گسترده تر در مورد مسایل روان شناختی افراد مبتلا به بیماری ویتیلیگو در مطالعات آینده صورت گیرد.

پذیرش افکار منفی و دستکاری آن ها می شود^{۲۵}. با انجام تمرینات مراقبه نیز می توان سطح هورمون کورتیزول را کاهش و تنوع ضربان قلب را افزایش در نتیجه حفظ و افزایش آرامش در مواقع اضطراب می شود.

تأثیر گسترده ی منفی بیماری بر روابط اجتماعی و خانوادگی و اشتغال ذهنی با این حجم مسائل، بیمار را افسرده کرده و گرایش به خودکشی را در آنان توجیه می نماید که می تواند به دلیل کنترل ضعیف بیمار بر شرایط یا تأثیر عمیق بیماری بر احساسات زنان و روابط مردان نیز باشد^{۱۴}. هرچه خودپنداره ی منفی بالاتر باشد، افسردگی و افکار خودکشی بیشتر می شود^{۱۵}. با تمرین هایی که درمان مبتنی بر شفقت مانند تصویرسازی مکان امن، انجام ذهن آگاهی که باعث افزایش سیستم تسکین بخشی می شود و در نتیجه زمینه را برای تحول و تغییر این بیماران فراهم و آستانه ی تحمل شان را افزایش می دهد. افزایش شفقت باعث می شود که فرد ضعف، شکست و مشکلات گذشته و حالش را بپذیرد، تلاشش را برای تغییر و جبران ضعف هایش بالا ببرد که خود منجر به کاهش افسردگی در زنان مبتلا به ویتیلیگو می شود.

بیماران ویتیلیگو بعد از مدتی که نمی توانند افکار مربوط به بیماری را کنترل کنند، دچار افسردگی شده و در مواقع حاد ممکن است اقدام به خودکشی کنند. می توان گفت که با ایجاد رویکرد ارتباطی از نشخوار فکری زنان مبتلا به ویتیلیگو می کاهد، می پذیرند که رنج و شکست بخشی از شرایط انسانی است و همه ی انسان ها مستحق شفقت و مهربانی هستند. در طول درمان مطلع می شوند که شرایط زندگی هر شخصی کامل و بدون نقص نیست و هر انسانی در رنج هایش تنها نبوده، او نیست که دچار چنین مشکلاتی هست در نتیجه مشکلات شامل همه ی انسان ها است. با این وجود می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش اضطراب، افسردگی، میل به خودکشی آن ها می شود.

تشکر و قدردانی

بدین ترتیب از دانشگاه آزاد واحد خوراسگان (صفهان)، معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان، مرکز تحقیقات پوست 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.

مطالعه‌ی حاضر حاصل طرح پژوهشی مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که با شماره‌ی ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۱۴ در معاونت پژوهشی آن دانشگاه به ثبت رسیده و کد اخلاق مطالعه نیز IR.IAU.KHUISF.REC.1397.103 است.

References

1. Noh S, Kim M, Park CO, et al. Comparison of the psychological impacts of asymptomatic and Symptomatic cutaneous diseases: Vitiligo and atopic dermatitis. *Ann Dermatol.* 2013; 25: 61-2.
2. Picardo M, Dell Anna ML, Ezzedine K. et al. Vitiligo. *Nat Rev Dis Primers* 2015; 1: 15011.
3. Alikhan A, Felesten LM, Daly M, et al. Vitiligo: a comprehensive overview: part 1. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65(3): 473-91.
4. Lotti T, 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. Parsad D, Dogras S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Quall Life Outcomes.* 2013; 1: 58.
7. Lavda AC, Webb TL, Thompson AR. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *British Journal of Dermatology.* 2012; 167(5): 970-9.
8. TahmasebiPour H. Effect on the treatment of heart disease in heart patients. *Journal of Medical Sciences University of Sari.* 2012. (Persia).
9. Garg S, Sarkar R. Impact of vitiligo in afflicted patients. *Pigment Int.* 2014; 1(2): 81-9.
10. Patten SB, Williams JV, Lavarto DH. Depression as a predictor of occupational transition in a multiple sclerosis cohort. *Functional neurology.* 2013; 28(4): 275.
11. Barker JN, Griffiths CE, Smith CH, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for biologic interventions for psoriasis 2009. *British Journal of Dermatology.* 2009; 161(5): 987-1019.
12. Abdi M, Kamrani F, Sahib AM, Zahur AS. Comparison of the quality of life of patients suffering from psoriasis and Vitiligo and referring to the clinic of the center of the Skin associated with Tabriz University of Medical Sciences. *Uremia Medical Journal.* 2012; (23): 505-499 (Persian).
13. Karelson M, Slim H, Kingo K. Quality of life and emotional state in vitiligo in an Estonian sample: comparison with psoriasis and healthy controls. *Act Derma Venereol.* 2013; 93(6): 446-500.
14. Saeed Nezhad F, Firooz M, Abdullah M, et al. Suicide and depression in vitiligo. *Pythagology Research.* 2016; (64): 356 (Persian).

15. khodabakhshi Koolai A, Khalili O. Relationship between body image and search excitement with suicidal trend in high school girl students in Arak. *Women's and Family Rights and Social Research*.2012; 3: 55-63 (Persian).
16. Marcenko M, Fishman G, Friedman J. Reexamining adolescent ideation: A developmental perspective applied to a diver's propulsion. *Journal of youth and Adolescence*. 1999; 28, 121-38.
17. Maleki M, Javidi Z, Keefar B, et al. Prevalence of depression in vitiligo patients. *Journal of Basic Mental Health*. 2005; (5) 1:70 (Persian).
18. Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychol Psychother*. 2010; 83: 129-43.
19. Gilbert P. *Compassion: Conceptualization, Research and use in psychotherapy*. New York: Routledge Publication. 2005.
20. Gilbert P. Introducing compassion focused therapy. *Adv psychiatr treat*.2009; 15: 199-208.
21. Ghorbani H. The meaning of life from the perspective of Victor Frankly, philosophical reflections. 2013; 3:10 (Persian).
22. Salimi A, Aarsaladeh F, Zaharakar K, et al. The effectiveness of Compassion-Based therapy on anxiety and depression (mental health) in women with multiple sclerosis. *Horizon Med Sci* 2018; 24(2): 125-31 (Persian).
23. Mohamadi J, Mirdarivand F, Azizi A. The effectiveness of mindfulness therapy on anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25 (130): 52-61 (Persian).
24. Nasserri M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression in women with fibromyalgia. PhD [dissertation]. Khorasgan Azad University; 2016.
25. Birnbaum L, Birnbaum A. Guided mindfulness meditation in the context of suicidality. *Scientific word J*. 2004; 4:216-27.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Act Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
27. Montazeri M, Vahidian M, Ebrahimi M, Jarvandi S. Hospital anxiety and depression scale. Study translation and validation of the Iranian version. *Clinical health outcomes*.2003; (2) 14:28 (Persian).
28. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatient. *J Pers Assess*.1996; 67: 588-97.
29. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*.2003; 2: 85-102.

The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo

Rahele Ahmadi, MA¹
Ilnaz Sajjadian, Ph.D¹
Fariba Jaffari, MD, Ph.D^{2,3}

1. Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan, Isfahan, Iran
2. Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Background and Aim: Vitiligo is a depigmenting skin disorder, which has a great impact on the psyches of patients. The present study aimed at investigating the effectiveness of compassion-based treatment on anxiety, depression, and suicidal ideation of women with vitiligo.

Methods: This study was designed as a pre-test and post-test semi-experimental with a one-month follow-up and control group. Thirty patients of all vitiligo women (n=80) referring to Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center (SDLRC) during 2016-2017 (n=80) were selected for this study and randomized in 2 groups: all participants were assessed for anxiety and depression using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond and Smith (1983), suicidal through Beck Scale for Suicide Ideation (BSS), (1997) before intervention, at the end and one month after intervention. The experimental group attended in 8 consecutive 60-minute session group - based compassion - focused therapy (CFT, Gilbert and Neff therapeutic Package 2009) biweekly. Control group did not receive any intervention until the end of the follow-up phase. Repeated measure analysis of variance was used for data analysis.

Results: The results showed that compassion-focused therapy was effective on anxiety, depression, suicide ideation compared to control group.

Conclusion: According to the results of this research, compassion-based therapy has been effective in reducing anxiety, depression, and suicidal ideation.

Keywords: compassion-based therapy, anxiety, depression, suicidal ideation, vitiligo

Received: May 01, 2019 Accepted: Jun 05, 2019

Dermatology and Cosmetic 2019; 10 (1): 18-29

Corresponding Author:
Ilnaz Sajjadian, Ph.D

4th Floor, No. 154, The martyr's cousin
Hassan Haghoughi, The northern property,
The eight western paradise, Isfahan, Iran
Email: Iilnazsajjadian2018dr@gmail.com

Conflict of interest: None to declare