

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افسردگی و عزت نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو

میثاق نوروزی*

حمیدطاهر نشاط دوست

فریبا جعفری

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی،
واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افسردگی و عزت نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو انجام شد.

روش اجرا: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری و گروه کنترل) بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان بود که در این میان تعداد ۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (۱۰ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (۱۹۹۶) و عزت‌نفس روزبرگ (۱۹۶۵) را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل و پس از اتمام دوره هشت جلسه‌ای روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت هشت هفته) مجدداً پس‌آزمون و یک ماه بعد پیگیری برای گروه کنترل و آزمایش اجرا شد. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: براساس یافته‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مشخص شد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی میانگین، نمرات افسردگی را کاهش و عزت‌نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو را افزایش داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افسردگی و عزت‌نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو تأثیر دارد؛ لذا آموزش این رویکرد درمانی به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر برای کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی، کیفیت زندگی، افسردگی، ویتیلیگو

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۲

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۴۰۲، دوره ۱۴ (۲): ۹۱-۸۲

نویسنده مسئول:

میثاق نوروزی

اصفهان، خیابان جی شرقی، ارغوانیه، بلوار
دانشگاه

پست الکترونیک:

misagh.nourozi.25144@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

۲۴ سالگی می‌باشد و به‌نظر می‌رسد که هیچ‌گونه تفاوتی در میزان وقوع این بیماری از نظر نوع پوست و نژاد وجود ندارد.^۱

ویتیلیگو پیامدهای روانی - اجتماعی قابل توجهی برای بیماران به همراه دارد. برای مثال، موارد شروع بیماری ممکن است با دشواری در دوست‌یابی و

ویتیلیگو یکی از شایع‌ترین اختلالات تولید رنگ‌دانه‌ای است که در آن تخریب انتخابی عملکرد ملانوسیت‌ها (سلول‌هایی که رنگ‌دانه تولید می‌کنند) باعث بی‌رنگ شدن پوست، مو و غشاهای مخاطی می‌گردد.^۱ شیوع بیماری ویتیلیگو در حدود ۰/۵ تا ۱/۰ در جمعیت عمومی است و سن متوسط آغاز آن حدود

روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، رویکردی جدید و جامعی است که بر جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر استوار است. هدف این رویکرد این است که هماهنگی و تمامیت یکپارچه‌ای از شناخت‌درمانی و روان‌شناسی مثبت‌نگر ایجاد کند که با آخرین فرمول‌بندی بک از شناخت‌درمانی و نظریه شناختی افسردگی و آسیب‌روانی هماهنگ باشد.^{۱۰}

بهبود کیفیت زندگی در موارد بالینی همواره شامل رویکردی دوجانبه است که شامل دو نوع مداخله یعنی بهبود کیفیت زندگی و آموزش کیفیت زندگی است که در آن تکنیک‌های اصلی با شناخت‌درمانی مبتنی بر شواهد در مورد مسائل همراه با اختلالات روانی موجود در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی، ترکیب می‌شود. بدین ترتیب کیفیت زندگی و مسائل خاص هر اختلال به‌طور جامع مطرح می‌شود.^{۱۱}

درخصوص بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر افسردگی و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو مطالعاتی متعددی صورت گرفته است. برای مثال، Jha و همکاران اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را با استفاده از آموزش آرام‌سازی/ تنفس با استفاده از تصویرسازی ذهنی، خودگویی، مواجهه، حساسیت‌زدایی کاهش معناداری در نمرات شاخص خلق‌وخوی بیماران مبتلا به ویتیلیگو را نشان دادند.^{۱۲}

احمدی و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت، اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی را در زنان مبتلا به ویتیلیگو کاهش داده است.^۴ آقاییوسفی و سیفی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی گروهی را در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس، از طریق بهبود رضایت‌مندی از زندگی، معنابخشی و احساس شایستگی نشان دادند.^{۱۳}

یوسف‌پور و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده را کاهش می‌دهد.^{۱۴} با این حال، درخصوص اثربخشی

برقراری ارتباط با افراد ناشناس به‌دلیل ترس از برچسب خوردن و انزوای اجتماعی همراه باشد. انزوای اجتماعی نیز در نتیجه احساس طردشدن توسط دیگران منجر به افسردگی و در موارد شدید، ممکن است باعث خودکشی بیماران مبتلا به ویتیلیگو شود.^{۳،۴}

مطالعات صورت‌گرفته نیز همبودی بالای افسردگی و بیماری ویتیلیگو را مورد تأیید قرار داده‌اند. برای مثال، نسائیان و همکاران در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به ویتیلیگو، در زیرمقیاس‌های افسردگی، به‌طور معنی‌داری نمرات بالاتری کسب می‌کنند.^۵ افسردگی نشانه یا حالتی از غمگینی است که فرد در زندگی روزمره تجربه می‌کند که با مجموعه‌ای از علائم شامل فقدان علاقه در فعالیت‌ها، احساس بی‌ارزشی، تغییر در اشتها، آشفتگی در خواب و ... همراه است که به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تأثیر می‌گذارد.^۶

شدت افسردگی تجربه‌شده در بیماری ویتیلیگو ارتباط مستقیمی با خودپنداره منفی و عزت‌نفس آسیب‌دیده دارد؛^۷ چنانچه بیماران مبتلا به ویتیلیگو غالباً تصویر بدنی منفی از خود دارند و ممکن است از بدن خود خجالت‌زده باشند و احساس شرم کنند،^۸ دیگران ممکن است به علت ویژگی‌های ظاهری بیماران مبتلا به ویتیلیگو، برخورد مناسبی با آنها نداشته باشند و دیدگاه نادرست دیگران از این بیماری ممکن است منجر به احساس شرم و عزت‌نفس پایین در این بیماران گردد.^۵

عزت‌نفس، قضاوت‌هایی است که افراد درباره ارزش‌های خود و احساسات مرتبط با این قضاوت‌ها می‌کنند و به مثابه دیدگاه فرد نسبت به خود از جهات جسمانی، روانی و هیجانی است که شخص آن‌را همان رضایت فرد از خویشتن، می‌داند.^۹ یکی از مداخلاتی که می‌تواند در کاهش افسردگی و بهبود عزت‌نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو مورد استفاده قرار گیرد، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است.

پرسش‌نامه در نظر گرفته شدند. هر دو گروه پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و عزت نفس روزنبرگ را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل و پس از اتمام دوره هشت جلسه اصلی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت هشت هفته) روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، مجدداً پس‌آزمون برای گروه‌های کنترل و آزمایش اجرا شد. یک ماه بعد توسط همان پرسش‌نامه‌ها، مرحله پیگیری در یک جلسه جداگانه انجام گرفت.

به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه آزاد و موافقت مسئولین ذی‌ربط به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان مراجعه شد. سپس، متناسب با حجم نمونه با بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای تک‌تک شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.

آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان اجرا شد. گروه آزمایش در معرض روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفت؛ در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور عدم انتقال مطالب آموزشی، مداخلات گروه آزمایش طی شیفت متفاوتی (صبح برای روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) انجام شد و گروه کنترل در ارتباط با گروه آزمایشی قرار نگرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد و پژوهشگر به آن‌ها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسش‌نامه‌ها محرمانه خواهد بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد:

پرسش‌نامه افسردگی بک: این پرسش‌نامه توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۹۶ برای اندازه‌گیری نشانه افسردگی که فرد طی دو هفته گذشته تجربه

روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر جمعیت زنان دارای بیماری پوستی ویتیلیگو مطالعه‌ای انجام نشده است؛ لذا هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افسردگی و عزت نفس زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو بود.

روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان به تعداد ۲۰۵ نفر بود و با توجه به اینکه در طرح‌های تجربی و نیمه‌تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند^{۱۵}، در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان و دردسترس به عنوان نمونه آماری از بین زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند.

در این میان به دلیل عدم دسترسی به تعدادی از افراد نمونه (۱۰ نفر در هر گروه)، تعداد نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، موافقت افراد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی و معیارهای خروج از پژوهش شامل دریافت روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قبل از ورود به پژوهش یا شرکت هم‌زمان در سایر جلسات آموزش روان‌شناختی، داشتن اختلال روانی شدید از قبیل روان‌پریشی یا اختلالات شخصیت براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی مطابق با نظر روان‌پزشک، عدم همکاری یا عدم حضور در ۲ جلسه پایایی و عدم پاسخ به سؤالات

پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمد^{۲۰}. در پژوهش حاضر اعتبار محتوایی کیفی پرسش‌نامه عزت‌نفس توسط ۵ نفر از اساتید دانشگاه آزاد اصفهان مورد مطالعه و تأیید قرار گرفت و پایایی کل پرسش‌نامه نیز توسط روش همبستگی درونی با محاسبه کرونباخ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمد.

روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی براساس راهنمای درمانی Frisch ۱۰ تهیه و طی ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت هشت هفته) و یک جلسه پیگیری به‌صورت گروهی در جدول شماره ۱ آورده شده است. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری) در نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۰ زن دارای بیماری ویتیلیگو شرکت کردند. آماره توصیفی متغیرهای افسردگی و عزت‌نفس در گروه‌های مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی در جدول ۲ درج شده است.

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، پس از اجرای روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی میانگین نمرات زنان دارای بیماری ویتیلیگو در متغیرهای افسردگی و عزت‌نفس در گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب کاهش و افزایش یافت.

کرده، ساخته شده است و ۲۱ گویه دارد. هر گویه براساس طیف ۴ درجه‌ای به شیوه لیکرتی (۰=من احساس غمگینی می‌کنم) تا (۳=من آن‌قدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ و نمره برش آن ۱۸ می‌باشد^{۱۶}.

اعتباریابی پرسش‌نامه افسردگی بک در نمونه بیماران افسرده نشان داد که ضریب اعتبار کل این پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۱ است^{۱۷}. جعفر طباطبایی و همکاران، اعتبار این آزمون را با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش نمود. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به‌دست آمد^{۱۸}.

پژوهش حاضر اعتبار محتوایی کیفی پرسش‌نامه افسردگی توسط ۵ نفر از اساتید دانشگاه آزاد اصفهان، مطالعه و تأیید شد و پایایی کل پرسش‌نامه نیز توسط روش همبستگی درونی با محاسبه کرونباخ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه عزت‌نفس: این پرسش‌نامه توسط Rosenberg در سال ۱۹۶۵ برای سنجش میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود ساخته شده است و ۱۰ سؤال دارد و در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای (۰-۱) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمرات به‌ترتیب ۱۰ و ۴۰ است که نمرات بالاتر بیانگر میزان بالای عزت‌نفس است^{۱۹}.

Greenberg و همکاران، همسانی درونی این پرسش‌نامه را ۰/۸۴ و ضرایب قابلیت اعتماد بازآزمایی آن را ۰/۸۴ و ۰/۶۷ و ۰/۶۲ گزارش کرده‌اند^{۱۹}. هم‌چنین محمدی، ضرایب آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی این پرسش‌نامه را ۰/۶۹ و ۰/۶۸ و ضرایب بازآزمایی آن را با فاصله یک هفته ۰/۷۷، دو هفته ۰/۷۳ و سه هفته ۰/۷۸ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر اعتبار این

جدول ۱: روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی براساس راهنمای درمانی (Frisch, ۲۰۰۶).

جلسات	هدف، محتوا، تکالیف
جلسه اول	هدف: آشنایی و معرفی اعضا با درمانگر و با یکدیگر، آشنایی با روند درمان گروهی محتویات: (۱) توضیحاتی مرتبط با زندگی روزمره و پیوند زدن آن با متغیرهای وابسته (اضطراب و کیفیت زندگی) و نقش و اهمیت این متغیرها در تجربه زندگی؛ (۲) بیان هدف دوره و منطق درمان؛ (۳) اجرای پیش‌آزمون و (۴) ارائه تکلیف: تکمیل کاربرگ تجربه هیجانانگیز منفی و بیان علت آن. هدف: آشنایی اعضا با کیفیت زندگی و ابعاد آن، رضایت از زندگی و شادمانی.
جلسه دوم	محتویات: (۱) مروری بر کاربرگ‌ها و آنچه در جلسه قبل گذشت و پرسش درباره چگونگی اوضاع زندگی اعضا در هفته گذشته؛ (۲) تعریف کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادمانی با ذکر مثال؛ (۳) اجرای مقیاس کیفیت زندگی فریش، نمره‌گذاری براساس میزان رضایت و اولویت‌بندی براساس اهمیت هریک از ابعاد زندگی همراه با تعریفی از هریک از ابعاد با ذکر استعاره «کشور و استان»؛ (۴) ارزیابی اهداف در ۱۶ بعد زندگی و اجرای تکنیک کیک شادمانی / تکنیک کسب بینش؛ (۵) بررسی علل نارضایتی در هر حیطه و از اعضای گروه خواسته شد تا علت نارضایتی برای هر حیطه را یادداشت کنند (از طریق پرسیدن سوالات)؛ (۶) جمع‌بندی (آموزش تشخیص نقاط قوت و مشکل در حیطه‌های زندگی و مسائل موجود) و (۷) ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه نظارت هر روزه بر ابعاد زندگی و ترسیم کیک شادمانی هر روزه. هدف: آشنایی اعضا با ۵ بعد رضایت از زندگی و یادگیری هریک از ۵ بعد.
جلسه سوم	محتویات: (۱) مروری بر کاربرگ‌ها و آنچه در جلسه قبل گذشت؛ (۲) پرسش درباره چگونگی اوضاع زندگی اعضا در هفته‌ای که گذشت؛ (۳) معرفی پنج بعد رضایت از زندگی به همراه تعاریف آن‌ها برای اعضا؛ (۴) از اعضا خواسته شد بر روی یک برگه به‌صورت خلاصه ۵ بعد رضایت از زندگی برای هر حیطه از زندگی را مشخص کنند؛ (۵) از اعضا خواسته شد حیطه‌هایی را که برای عملکرد بهتر نیاز به مداخله دارند، رتبه‌بندی کنند؛ (۶) از اعضا خواسته شد برای هر حیطه اهداف کوتاه مدت و بلندمدت تعریف نمایند؛ (۷) جمع‌بندی و (۸) ارائه تکلیف: تکمیل کاربرگ نظارت بر ابعاد زندگی با توجه به ابعاد رضایت از زندگی. هدف: آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی.
جلسه چهارم	محتویات: (۱) مروری بر کاربرگ‌ها، آنچه در جلسه قبل بیان شد و پرسش درخصوص چگونگی گذران هفته گذشته؛ (۲) تعریف اصل غنای درونی با ذکر مثال و با بیانی ساده و واضح؛ (۳) بیان الزامات رسیدن به غنای درونی (از طریق سؤال و جواب)؛ (۴) معرفی ابعاد غنای درونی؛ (۵) مروری بر راه‌های رسیدن به غنای درونی (از طریق سؤال و جواب)؛ (۶) درک نیمرخ روانی استرس و آموزش چگونگی کشف و تحلیل آن؛ (۷) تعریف اصل کیفیت زمان؛ (۸) بررسی فنون رسیدن به کیفیت زمان: فوری و بلندمدت؛ (۹) آموزش کاربرگ نیمرخ استرس؛ (۱۰) جمع‌بندی و (۱۱) ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه بعد ناراحت‌کننده / ترسیم نیمرخ روانی مرتبط با آن. هدف: آشنایی اعضا با سایر فنون کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فنون آن.
جلسه پنجم	محتویات: (۱) مروری بر کار برگه‌ها، آنچه در جلسه قبل مطرح شد و پرسش درخصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته؛ (۲) آموزش کاهش استرس به کمک فنون آن (۳) تعریف معنایابی و راه‌های رسیدن به معنا (۴) بیان ویژگی‌های اهداف معناآفرین؛ (۵) مروری بر ۱۶ بعد و اهداف آن / آموزش دسته‌بندی اهداف؛ (۶) خلاصه و جمع‌بندی مطالب و (۷) ارائه تکلیف: تکمیل کاربرگ مرتبط با تجربه رضایت و نارضایتی با توجه به ۳ محور کیفیت زندگی. هدف: آشنایی اعضا با مدل پنجگانه رسیدن به رضایت زندگی (دو فن تغییر شرایط و تغییر نگرش).
جلسه ششم	محتویات: (۱) مروری بر کاربرگ‌ها و آنچه در جلسه پیش گفته شد و پرسش درخصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته؛ (۲) مرور مدل پنج‌گانه رضایت؛ (۳) توضیح فن شرایط را عوض کن، توضیح منطق آن و آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر شرایط؛ (۴) توضیح فن تغییر نگرش، بیان منطق آن و آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر نگرش؛ (۵) جمع‌بندی و (۶) ارائه تکلیف: تکمیل کاربرگ تجربه هیجان منفی و کاهش آن با تغییر شرایط و تغییر نگرش. هدف: آشنایی اعضا با مدل پنج‌گانه رضایت از زندگی (سه فن تغییر اهداف و اولویت‌ها و تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها).
جلسه هفتم	محتویات: (۱) مروری بر کاربرگ‌ها، آنچه در جلسه پیش گفته شد و پرسش درخصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته؛ (۲) مرور مدل پنج‌گانه رضایت؛ (۳) توضیح فن اهداف را تغییر بده و توضیح منطق آن؛ (۴) آموزش فنون تغییر اهداف؛ (۵) توضیح فن اولویت‌ها را تغییر بده و توضیح منطق آن؛ (۶) آموزش فنون تغییر اولویت‌ها؛ (۷) توضیح فن تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها و توضیح منطق آن؛ (۸) آموزش فنون تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها؛ (۹) جمع‌بندی و (۱۰) ارائه تکلیف: تکمیل کاربرگ افزایش رضایت با استفاده از سه فن.
جلسه هشتم	هدف: آشنایی اعضا با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی (مهارت‌های کنترل زندگی، کنترل هیجان و اصول شادمانی). محتویات: (۱) مروری بر کاربرگ‌ها، آنچه در جلسه پیش گفته شد و پرسش درخصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته؛ (۲) توضیح روش تکمیلی کنترل هیجان و منطق آن؛ (۳) آموزش فنون کنترل هیجان؛ (۴) توضیح در مورد فنون شادمانی؛ (۵) توضیح در مورد اصول احترام به خویشتن؛ (۶) جمع‌بندی؛ (۷) ارائه بسته‌ای به اعضا حاوی توضیحاتی که طی ۸ جلسه درمانی مطرح شد به‌صورت کتبی جهت داشتن منبعی برای مرور کردن مطالب و (۸) اجرای پس‌آزمون.
جلسه نهم	اجرای آزمون موردنظر جهت پیگیری با فاصله مدت زمانی ۱ ماه پس از اتمام آخرین جلسه درمانی.

ویلیک با مقدار $P > 0.05$ و همگنی واریانس به‌وسیله آزمون لوین برای متغیرهای افسردگی $F = 0.212$ ، عزت نفس $(P = 0.125)$ و همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون

به‌منظور آزمون این تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات و متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی به‌ترتیب با استفاده از آزمون شاپیرو

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و عزت نفس در گروه‌های دریافت کننده روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل.

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
افسردگی	گروه آزمایش	۲۳٫۲۹	۸٫۵۲	۱۰
پیش‌آزمون	گروه کنترل	۲۵٫۶۷	۹٫۱۳	۱۰
افسردگی	گروه آزمایش	۱۶٫۳۲	۵٫۷۴	۱۰
پس‌آزمون	گروه کنترل	۲۴٫۳۴	۹٫۴۵	۱۰
افسردگی	گروه آزمایش	۱۶٫۰۴	۵٫۳۶	۱۰
پیگیری	گروه کنترل	۲۶٫۷۴	۹٫۹۱	۱۰
عزت نفس	گروه آزمایش	۱۴٫۶۷	۴٫۵۴	۱۰
پیش‌آزمون	گروه کنترل	۱۴٫۲۴	۴٫۲۹	۱۰
عزت نفس	گروه آزمایش	۲۴٫۵۴	۷٫۸۳	۱۰
پس‌آزمون	گروه کنترل	۱۳٫۳۷	۴٫۱۱	۱۰
عزت نفس	گروه آزمایش	۲۵٫۶۸	۷٫۹۲	۱۰
پیگیری	گروه کنترل	۱۳٫۲۵	۴٫۰۹	۱۰

ماچلی برای متغیرهای افسردگی ($F=0.835$ ، $P=0.215$) و عزت نفس ($F=1.229$ ، $P=0.248$) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر افسردگی در گروه‌های دریافت کننده روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل در جدول ۳ درج شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۳، برحسب نمرات حاصل از «روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی» اثر اصلی عامل زمان معنادار می‌باشد. یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات افسردگی ($F(2)=26.656$ ، $\eta^2=0.47$)، از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان

می‌دهد. اثر اصلی عامل عضویت گروهی (روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقابل عدم ارائه مداخله) معنادار به دست آمد ($F(1)=87.049$ ، $P=0.008$)، $\eta^2=0.212$). تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) از نظر آماری معنادار به دست آمد؛ یعنی روند تغییرات نمرات افسردگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($F(6,2)=15.425$ ، $P=0.001$ ، $\eta^2=0.341$). بدین معنا که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره افسردگی شرکت کنندگان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است. توان آماری ۰٫۹۹۹ نشان دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر عزت نفس در گروه‌های دریافت کننده روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل در جدول ۴ درج شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۴، برحسب نمرات حاصل از «روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی» اثر اصلی عامل زمان معنادار می‌باشد؛ یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات عزت نفس ($F(2)=9.498$ ، $P=0.001$ ، $\eta^2=0.242$)، از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. اثر اصلی عامل عضویت گروهی (روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقابل عدم ارائه مداخله) معنادار به دست نیامد ($F(1)=0.024$ ، $P=0.878$ ، $\eta^2=0.001$). تعامل عامل

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر افسردگی در گروه‌های دریافت کننده روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل.

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
افسردگی	درون آزمودنی‌ها	عامل ۱ (زمان)	۲	۸۸٫۲۶	۲۶٫۶۵۶	۰٫۰۰۱	۰٫۴۷۱	۱٫۰۰۰
	بین آزمودنی‌ها	عامل ۱* گروه	۲	۵۱٫۰۷۳	۱۵٫۴۲۵	۰٫۰۰۱	۰٫۳۴۱	۰٫۹۹۹
		خطا	۶۰	۳٫۳۱۱				
	گروه		۱	۱۱۰٫۵۱	۸٫۰۴۹	۰٫۰۰۸	۰٫۲۱۲	۰٫۷۸۴

در مقایسه با یکدیگر وجود ندارد؛ اما در پیگیری یک تا سه ماهه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی و در پیگیری یک ماهه بر افسردگی نسبت به درمان حمایتی تأثیر بیشتری داشته است که نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است.^{۲۲}

روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو کمک می‌کند تا معنادارترین چیزهایی را که برای سلامتی و شادی آن‌ها در حال حاضر و در طی دوره زندگی‌شان لازم و ضروری است را بیابند و اهداف، ارزش‌ها و اصول مرتبط با رضایت‌مندی را که موجب شادکامی می‌گردد، تشخیص دهند و سپس آن‌ها را در طرح‌واره‌های مثبت زندگی فردی خویش به کار گیرند. در نهایت مهارت‌هایی نظیر حل مسئله را برای ایجاد و حفظ پذیرش خویشتن که عامل شادکامی است، فرا می‌گیرند و با افزایش رفتار خودمراقبتی حرفه‌ای و پیشگیری از فرسودگی، خلق خود را بالا برده و افسردگی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

مطابق با دیگر یافته این پژوهش مشخص شد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر عزت نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو مؤثر است. هرچند، در ادبیات پژوهشی داخلی و خارجی مطالعه مشابهی در خصوص این یافته مشاهده نشد؛ با این حال، نتایج این پژوهش با سایر مداخلات مرتبط صورت‌گرفته بر عزت نفس مقایسه می‌شوند؛ برای مثال Papadopoulos و همکاران^{۲۳} و Fortune و همکاران^{۲۱}، هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر عزت نفس بیماران مبتلا به ویتیلیگو تأثیر دارد.

روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی از طریق بحث پیرامون احترام به خویشتن، نقاط قوت و قدردانی افراد را مورد بررسی قرار داده و به چالش می‌کشد و با آموزش روش‌هایی که برای پذیرش خویشتن و کنترل نگرانی‌ها درباره احترام به خویشتن ارائه می‌کند، منجر به ارتقای عزت نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو می‌گردد؛

زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) از نظر آماری معنادار به دست آمد؛ یعنی روند تغییرات نمرات عزت نفس از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($F(۶۰,۲)=۱۲,۶۴۸, P=۰,۰۰۱$), $\eta^2=۰,۲۹۷$). بدین معنا که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره عزت نفس شرکت‌کنندگان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است. توان آماری ۰,۹۹۵ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افسردگی زنان مبتلا به ویتیلیگو مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با نتایج حاصل از مطالعه Fortune و همکاران هم‌راستا است که نشان دادند درمان شناختی - رفتاری در جلوگیری از عود افسردگی و ارتقای خلق و خوی بیماران مبتلا به ویتیلیگو در پیگیری‌های طولانی‌مدت و حتی پس از درمان رسمی مؤثر است.^{۲۱}

نتایج مطالعه آقاییوسفی و سیفی، مینی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی گروهی در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام اس نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است.^{۱۳} Jha و همکاران نیز هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را با استفاده از آموزش آرام‌سازی / تنفس با استفاده از تصویرسازی ذهنی، خودگویی، مواجهه، حساسیت‌زدایی بر افزایش نمرات خلق و خوی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نشان دادند.^{۱۲} علاوه بر این، Rodrigue و همکاران، به مقایسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان حمایتی در بیمارانی که در لیست انتظار پیوند ریه قرار داشتند، با پیگیری یک تا سه ماهه پرداختند.

نتایج نشان داد که تفاوتی در اثربخشی مداخلات

طرح‌های آزمایشی با نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. هم‌چنین، تأثیر مداخله مورد بحث را در دوره‌های نسبتاً طولانی‌تر (۱ الی ۶ ساله) پیگیری نمایند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود. به‌علاوه، پیشنهاد می‌گردد به‌منظور برطرف کردن مشکل افت آزمودنی از نمونه نسبتاً بزرگ‌تری استفاده شود.

با توجه به اینکه روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افسردگی و عزت‌نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو تأثیر دارد؛ آموزش این رویکرد درمانی به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر برای کاهش افسردگی و بهبود عزت‌نفس زنان مبتلا به ویتیلیگو پیشنهاد می‌شود و بایستی ضرورت یادگیری و اهمیت شرکت در دوره‌های آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به زنان مبتلا به ویتیلیگو توضیح و این دسته از مهارت‌ها به متخصصان سلامت روان و مشاوران بالینی نیز آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

چراکه منطق روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی براساس تغییر پایه‌ریزی شده است.

فرضیه زیربنایی در این درمان این است که مراجعین حداکثر تلاش خود را برای انطباق با مسائل زندگی به عمل می‌آورند؛ اما مهارت‌ها و آگاهی‌های لازم را برای ایجاد تغییر در اختیار ندارند بنابراین، این فرضیه را برای بیماران توضیح می‌دهد تا آن‌ها از احساس گناه و ناکامی‌های یابند؛ چراکه چنین احساساتی اغلب مانع از تلاش برای تغییرات مثبت است. پژوهش حاضر هم‌چون هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر روی زنان مبتلا به ویتیلیگو شهر اصفهان انجام شد؛ لذا قدرت تعمیم‌یافته‌های پژوهش را به سایر بیماری‌های پوستی یا نمونه‌های غیربیمار کاهش می‌دهد.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری دردسترس و استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی به‌جای استفاده از طرح تمام آزمایشی اشاره کرد. علاوه‌براین، پیگیری کوتاه‌مدت یک ماهه دیگر محدودیت این پژوهش بود.

ریزش در گروه آزمایش و کنترل و کاهش تعداد نمونه نیز، دیگر محدودیت این پژوهش را تشکیل می‌داد؛ لذا پیشنهاد می‌شود سایر محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را بر روی سایر بیماری‌های پوستی در سایر شهرها یا بر روی نمونه‌ای متشکل از مردان انجام دهند و از سایر

References

1. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, et al. Vitiligo. *Lancet* 2015;386:74-84.
2. Kyriakis KP, Palamaras I, Tsele E, et al. Case detection rates of vitiligo by gender and age. *Int J Dermatol* 2009;48, 328-29.
3. Vallerand IA, Lewinson RT, Parsons LM, et al. Vitiligo and major depressive disorder: A bidirectional population-based cohort study. *J Am Acad Dermatol* 2019;80: 1371-379.
4. Ahmadi R, Sajjadian I, Jaffari F. The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo. *J Dermatol Cos* 2019;10: 18-29.
5. Nesayan A, Joneidi M, Asadi Gandomani R, et al. Comparison of mental disorders and general health in individual with and without vitiligo. *North Korea Uni Med Sci* 2017;9: 271-78.

6. America psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. DSM-5-TR;2022: 170-71.
7. Ramakrishna P, Rajni T. Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian J Psychol Med* 2014; 36: 302-30.
8. 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: 709-15.
9. Hosseini MA, Dejkam M, Mirlashari J. The correlation between self-esteem and academic achievement in rehabilitation students in tehran university of social welfare and rehabilitation. *Iran J Med Edu* 2007;7: 137-42.
10. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. John Wiley & Sons Ltd; 2006: 55-59.
11. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Haghparast A, et al. Quality of life in patients with chronic pain disorders: Determination the role of intensity and duration of pain. *Koomesh* 2016;17: 836-43.
12. Jha A, Mehta M, Khaitan BK, et al. Cognitive behavior therapy for psychosocial stress in vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2016; 82: 308-10.
13. Aghayousefi M, Seifi M. Group quality of life therapy in patients with multiple sclerosis. *J Paract Clin Psychol* 2013; 1: 77-81.
14. Akbari A, Ysefpoor N, Ahangari N, et al. An investigation of the effectiveness of psychotherapy based on the life quality improvement on the reduction of depression of those suffering from complicated grief. *Res Clin Psychol Counsel* 2017;1: 21-37.
15. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 7th ed. Boston: Person education 2018: 770-79.
16. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
17. Dobson K, Mohammadkhani P. Psychometric trait of beck depression inventory-II in patients with major depressive in poor interepisodic recovery. *J Arc Rehab* 2004; 8:29.
18. Fathi Ashtiani A. Psychological tests, Tehran: Besat 2013:77.
19. Greenberg E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item wording and dimensionality of the rosenberg self-esteem scale: Do they matter? *Pers Individ Differ* 2003; 35: 1241-254.
20. Mohammadi N. The preliminary study of validity and reliability of rosenberg's self-esteem scale. *Dev Psychol Iran Psychol* 2005;1: 313-20.
21. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, et al. A cognitive-behavioural symptom management program as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002; 146: 456-65.
22. Rodrigue JR, Baz MA, Widows RM, et al. A randomized evaluation of quality of life therapy with patients awaiting lung ransplantation. *Am J Transplant* 2005; 5: 2425-432.
23. Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* 1999; 72: 385-96.

The effectiveness of improving the quality of life therapy on depression and self-esteem in women with vitiligo

Misagh Norouzi, PhD*
Hamidtaher Neshat Doust, PhD
Fariba Jafari, PhD

Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

Received: Jun 21, 2023
Accepted: Aug 03, 2023
Pages: 82-91

Corresponding Author:
Misagh Norouzi, PhD

University Blvd., Arghavanieh, East J St.,
Isfahan, Iran
Email: misagh.nourozi.25144@gmail.com

Conflict of interest: None to declare

Background and Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of psychotherapy based on improving quality of life on depression and self-esteem in women with vitiligo.

Methods: The present study was a quasi-experimental study (Pre-test - post-test with follow-up and control group). The statistical population of this study included all women with vitiligo skin disease referred to Isfahan Dermatology and Leishmaniasis Research Center, among which, 20 people were selected by available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (10 people for each group). Both groups completed Beck Depression Inventory (1996) and Rosenberg Self-Esteem (1965) Questionnaires as a pre-test and after completing eight sessions of psychotherapy based on improving quality of life (one 90-minute session per week for eight weeks), the post-test was performed again and one month later for the control and experimental groups. The collected data were analyzed using repeated measures analysis of variance in SPSS 23 software.

Results: Based on the findings of repeated measures analysis of variance, it was found that psychotherapy based on improving quality of life reduced the average depression scores and increased the self-esteem of women with vitiligo.

Conclusion: Considering that psychotherapy based on improving the quality of life has an effect on depression and self-esteem in women with vitiligo, so teaching this therapeutic approach is recommended as an effective intervention method to reduce depression and improve the self-esteem of women with vitiligo.

Keywords: psychotherapy, quality of life, depression, vitiligo

