

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان در بیماران مبتلا به ویتیلیگو

سمیه نوذری^۱، محمد شمسیان^۱، مریم چقماقی یزدی^۱، فریبرز نوذری^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

^۲ کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، گروه مدیریت آموزشی، واحد اهواز، دانشگاه علوم و تحقیقات، اهواز، ایران

نام نویسنده مسئول:

محمد شمسیان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۶

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان در بیماران مبتلا به ویتیلیگو بود. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بوده و جامعه آماری بیماران مبتلا به ویتیلیگو در کلینیک لیزر پوست یزد در سال ۱۳۹۹ بود که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه (۱۵ بیمار در گروه آزمایشی و ۱۵ بیمار در گروه گواه) جایگزین شدند. مداخله شامل ۱۰ جلسه دو ساعته (۲۰ ساعت) آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که برای گروه آزمایشی، به مدت ۸ هفته انجام شد. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت روان SCL-90 (۹۰ سوالی) استفاده گردید. یافته های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تأثیر معناداری را در تمامی ابعاد سلامت روان (شکایت جسمانی، وسواسی - اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، روان گسسته گرایی) برای گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در پایان درمان نشان داد ($P < 0.01$). در نهایت نتایج این مطالعه بیانگر این نکته است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به سلامت روان مبتلا به ویتیلیگو کمک کند.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت روان، ویتیلیگو.

مقدمه

بیماری‌های مزمن پزشکی از جمله بیماری‌های طولانی مدتی هستند که در سال‌های اخیر، به ویژه در کشورهای پیشرفته شیوع روبه افزایشی پیدا کرده است. این بیماری‌های مزمن در بدن تغییرات جسمی ایجاد می‌کنند و عملکردهای بیمار را محدود کرده و معمولاً دوره درمان آن طولانی مدت و مراحل بهبود آن نیز دشوار می‌باشد. پیشرفت‌های انجام شده در مورد روش‌های درمان بیماری‌های مزمن جسمی گاهی وقت‌ها ممکن است به بهای کاهش کیفیت زندگی بیماران تمام شود (ترنر و کلی^۱، ۲۰۰۰). بسیاری از مبتلایان به بیماری‌های مزمن از هیجان‌های منفی نظیر افسردگی، اضطراب، استرس، خشم و غیره و نیز ناتوانی در انجام فعالیت‌های زندگی شکایت دارند (اصغری و نیکلاس^۲، ۲۰۰۹). یک مورد از این بیماری‌های مزمن، بیماری ویتیلیگو^۳، پیسی، برص، لک و پیس است. ویتیلیگو یک بیماری مزمن پوستی بدشکل کننده و رنگدانه زدا با علت نامشخص می‌باشد که منجر به تخریب ملانوسیت‌ها می‌گردد. ۱٪ افراد دچار این بیماری می‌شوند. اغلب بیماران آغاز را متعاقب استرس هیجانی، بیماری یا ترومای پوستی ذکر می‌نمایند (هیبف^۴، ۱۳۸۶). همچنین ویتیلیگو از جنبه رشته جدید سایکودرمانولوژی^۵، جزو "اختلالات روانپزشکی ثانویه" قرار می‌گیرد، به این معنی بیماری پوستی که به واسطه ظاهر نامناسبش، به طور ثانویه اختلالات روانپزشکی زیادی را ایجاد می‌کند و تأثیر بدی بر تصور از ظاهر خود و اعتماد به نفس وی می‌گذارد (مجیدی، بیدکی و میرزایی^۶، ۱۳۹۳). لذا وجود این مشکلات تأثیر منفی بر عزت نفس، ارتباط‌های اجتماعی گسترده، حس استقلال و احساس خودکار آمدی بیماران دارد. در نتیجه این بیماری می‌تواند عامل تهدیدکننده مهمی برای سلامت روان و عزت نفس افراد مبتلا محسوب شود. سلامت روان نقش بسزایی در ابعاد مختلف زندگی روانی و اجتماعی و حتی جسمی فرد دارند (ریف^۷، ۱۹۹۵). از این رو با توجه به اهمیت سلامت روان و عزت نفس درمانگران تلاش می‌کنند با ترکیب‌های تکنیک‌های درمانی مختلف با گسترش درمان‌های موجود، خصوصاً سلامت روانی هر چه بیشتر درمان جویان را تأمین کنند و در این راستا تکنیک‌های روانشناختی بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از درمان‌های نسبتاً جدید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ می‌باشد که از گسترش شناختی-رفتاری نشأت گرفته است (بیدکی، علمدار و میرزایی^۶، ۱۳۹۲). این درمان اخیراً در مرکز توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این مدل روان درمانی جدید، بخشی از آنچه امروزه موج سوم درمانی شناختی رفتاری نامیده می‌شود، به حساب می‌آید و برخلاف سایر درمان‌ها از جمله درمان شناختی-رفتاری که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارد بر افزایش پذیرش واکنش‌های منفی به نفع فعالیت‌های معنی داری که تغییر مستقیم آنها امکان پذیر نیست تأکید دارد (هیز^۸، ۲۰۰۸). در این درمان به جای تأکید بر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز و استروسال و ویلسون^۹، ۲۰۱۱). مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر این است که به همراه جنبه‌های شناختی جنبه‌های انگیزشی را نیز در نظر می‌گیرد، به جهت این که اثربخشی درمان، تداوم بیشتری و مؤثرتری داشته باشد و همچنین با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی تعیین اثربخشی آن بر روی اختلالات روانی مختلف لازم و ضروری به نظر می‌رسد. از این رو در این پژوهش سعی شده است اثربخشی این درمان بر روی سلامت روان مبتلایان به ویتیلیگو مورد بررسی قرار گیرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از یک چارچوب فلسفی و نظری منسجم برخوردار

است، یک مداخله‌ی روانشناختی مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد. انعطاف پذیری روانشناختی به این معنی است که فرد

¹ Turner & Kelly² Asghari & Nicholas³ Vitiligo⁴ Habif⁵ Psychodermatology⁶ Ryff⁷ Acceptance & Commitment Therapy⁸ Hayes

به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (هیز و استروسال و ویلسون^۹، ۲۰۰۰).

سلامت روان: سلامت روان حالت روانی که ویژگی بارز آن سلامت و بهبود هیجانی و عاطفی و نداشتن اضطراب و نشانگان مختل‌کننده زندگی و ظرفیت ایجاد رابطه حسنه و رضایت‌بخش با دیگران و مقابله مناسب با تنیدگی‌ها و تناقض‌های زندگی است (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۹).

فرضیه تحقیق

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان در بیماران مبتلا به ویتیلیگو مؤثر است.

روش

در این پژوهش از روش شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون^{۱۰} با گروه آزمایش^{۱۱} و گواه^{۱۲} استفاده شده است. و جزء پژوهش‌های کاربردی می‌باشد. در این طرح، آزمودنی‌ها به صورت در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. قبل از اجرای متغیر مستقل (گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. سپس آزمودنی‌ها با پرسشنامه سلامت روان SCL90 قبل از آموزش جلسات درمانی مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. و در پایان آموزش (۸ هفته) پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد (گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد، و پس از ۱۰ هفته پس‌آزمون گرفته شد).

جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری ویتیلیگو تحت درمان در کلینیک لیزر پوست شهر یزد که شامل ۸۰ نفر می‌باشد بود.

نمونه و روش نمونه‌گیری: ابتدا با توجه به تعداد کلینیک‌های پوست یزد، یک کلینیک لیزر پوست به صورت در دسترس انتخاب شد. سپس از کلینیک منتخب ۳۰ مرد و زن به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شد. سپس به صورت گمارش تصادفی تعداد ۱۵ نفر از افراد مبتلا به ویتیلیگو در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل تقسیم شدند.

شیوه مداخله (جلسات درمانی)

جدول شماره ۱: شیوه مداخله (جلسات درمانی)

تعداد جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	ایجاد اتحاد درمانی، کسب توافق آگاهانه، اجرای پیش‌آزمون، لزوم استفاده از آموزش‌های ACT
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم ACT، ایجاد بینش درمان مبتلا به ویتیلیگو نسبت به شکل و کسب اهداف اساسی درمانجو، استفاده از استعاره‌ها و تکالیف خانگی نوشتن هیجانات روزانه و ناراحتی پاک و ناپاک
جلسه سوم	مروری بر جلسه قبل، آموزش نومییدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی و مشکلات که مراجع برای رهایی از آنها تلاش نموده است، معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده‌ساز با استفاده از

⁹ Strosahl & Wilson

¹⁰ Pretest-Posttest

¹¹ Experimental Group

¹² Control Group

استعاره ها، استفاده از تکنیک های مراقبه، دادن تکالیف خانگی تمرین ذهن آگاهی و نوشتن هیجانات منفی عمده	
مروری بر جلسه قبل، اجرای ۳ دقیقه ای تکنیک تنفس، معرفی مفهوم پذیرش، آموزش ابزار پذیرش با استفاده از استعاره های مختلف برای پذیرش هیجانات مثبت و پذیرش بدون قضاوت هیجانات و پیامدهای مثبت و منفی، تکالیف خانگی	جلسه چهارم
مروری بر جلسه قبل، اجرای تنفس آگاهانه، آموزش افزایش آگاهی هشیارانه از تجربه هایمان در لحظه حال، استفاده از استعاره ها و تمثیل ها، تکالیف خانگی و تمرین ها	جلسه پنجم
مروری بر جلسه قبل، معرفی خود مفهوم سازی شده در برابر خود مشاهده گر، تمرینات حمایتی بالقوه و ارزیابی اهداف	جلسه ششم
مروری بر جلسات قبل، نشان دادن اهمیت ارزش ها و روشن کردن اینکه چه چیزی به زندگی حس معناداری و هدفمندی می دهد با استفاده از استعاره ها، شناسایی ارزش ها، تکالیف مسیر مبنی بر ارزش ها، شناسایی و رفع موانع عمل متعده ها	جلسه هفتم
آموزش به درمانجو که خود یک درمانگر، پرداختن به نگرانی های درمانجو در مورد خاتمه درمان، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	جلسه هشتم

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روان SCL90: یکی از پر استفاده ترین ابزار های تشخیص روان پزشکی در ایالات متحده آزمون SCL90 است این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است و به وسیله پاسخگو گزارش می شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردید. با استفاده از این آزمون می توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. این آزمون توسط دارگوئیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روان سنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید در ایران میرزایی ۱۳۵۹ مطالعه ای برای هنجار یابی آن انجام داده است. هریک از سؤالات آزمون از یک طیف ۵ درجه ای میزان ناراحتی که از نمره صفر - هیچ - تا چهار - به شدت می باشد تشکیل شده است سؤالات آزمون ۹ بعد مختلف را در بر می گیرد.

شیوه نمره گذاری: این پرسشنامه میتواند به وسیله یک روانشناس یا مصاحبه کننده بالینی انجام گردد. مدت زمان لازم برای اجرای حدود ۱۲ الی ۱۵ دقیقه است. ولی افراد دقیق ممکن است آن را در ۳۰ دقیقه و یا بیشتر تکمیل نمایند. این آزمون حالات فرد را از یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزشیابی قرار می دهد. نمره گذاری این آزمون بسیار ساده است و شامل یک عملیات ساده ریاضی یعنی جمع زدن و تقسیم تا دو رقم اعشاری میباشد. به هریک از سوال ها بسته به پاسخ داده شده از صفر تا ۴ نمره تعلق می گیرد. برای نمره گذاری ابعاد ۹ گانه ابتدا نمره به دست آمده از هر بعد را محاسبه نموده و بر تعداد سوال های آن بعد تقسیم می نماییم. نتیجه را باید تا دو رقم اعشار گزارش نمود. نمره خام ۹ بعد به این صورت به دست می آید.

روایی و پایایی^{۱۳}: دروگاتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶) اعتبار درونی این پرسش نامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت بخش گزارش کرده اند. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۹۵/۰ و کمترین آن برای روان گسسته گرایی ۷۷/۰ به دست آمده است. در محاسبات اعتبار به شیوه باز آزمایی در مورد ۹۴ بیمار روانی ناهمگون پس از یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی بین ۷۰/۰ تا ۹۰/۰ به دست آمد است. در مورد روایی پرسشنامه، پژوهش های مختلف، بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۷۳/۰ و کمترین آن را برای بعد ترس های مرضی ۳۶/۰ گزارش کرده اند (دروگاتیس و کلیری، ۱۹۷۷). به علاوه ضرایب همسانی درونی در مورد بیماران سرپایی در دامنه ۷۹/۰ برای افکار پارانوئیدی تا ۹۰/۰ برای افسردگی به دست آمد. همچنین ضریب

همسانی درونی در مورد افراد با نشانه های بالینی، در دامنه ۷۷/۰ برای روان گسسته گرایی تا ۹۰/۰ برای افسردگی به دست آمد. بوللوکی و هارت (۱۹۷۴)، همبستگی این آزمون را با آزمون MHQ بسیار بالا و حدود ۹۲/۰ گزارش کرده اند.

در ایران نیز نتایج پژوهش مدبرنیا و همکاران (۱۳۸۴) حاکی از آن است که بین ۹ بعد SCL-90 و مقیاس های MMPI همبستگی معناداری مشاهده شده است که بیشترین آن بین اضطراب و افسردگی SCL-90 با نوراستنی MMPI، ۵۹/۰ و وسواس و روان گسسته گرایی SCL-90 با اسکیزوفرنی MMPI، ۵۹/۰ بوده است. همچنین بیشترین ضریب اعتبار در افسردگی با روش باز آزمایی ۹۳/۰ و آلفای کرونباخ ۸۵/۰ به دست آمده است.

اسماعیلی (۱۳۷۶) در هنجاریابی این آزمون در گروه دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ مربوط به عوامل نه گانه آزمون را به شرح زیر گزارش کرده است SOM ۸۵/۰ =، INT ۷۹/۰ =، OC ۷۸/۰ =، DEP ۸۶/۰ =، ANX ۷۸/۰ =، HOS ۷۷/۰ =، PHO ۷۰/۰ =، PAR ۷۷/۰ = و PSY ۷۵/۰ =

نتایج پژوهش های میرزایی (۱۳۵۹) و رضایور (۱۳۷۶) نیز حاکی از روایی هم زمان و اعتبار به روش باز آزمایی مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است. حساسیت این ابزار در پژوهش بهادرخان، ۹۰ درصد گزارش شده است. در پژوهش اسماعیلی (۱۳۷۶) نیز، واریس روایی سازه این ابزار با استفاد از روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، حاکی از آن است که این ابزار، در مجموع از روایی سازه خوبی در جمعیت ایرانی برخوردار است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱).

یافته های پژوهش

فرضیه پژوهش: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت روان بیماران مبتلا به ویتیلیگو مؤثر است.

جدول شماره ۲: تحلیل کواریانس بررسی تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت روان بیماران مبتلا به ویتیلیگو

منابع	مجموع مجذور ها درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
مدل تصحیح شده	۳۲۹۹	۱۶۴۹/۵۰۰	۲۲۵/۱۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴۳	۱
Intercept	۱/۹۵۳	۱/۹۵۳	۰/۲۶۷	۰/۶۱۰	۰/۰۱۰	۰/۰۷۹
سلامت روان	۱۳۴۶/۸۶۷	۱۳۴۶/۸۶۷	۱۸۳/۸۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۲	۱
گروه	۱۲۷۹/۲۸۸	۱۲۷۹/۲۸۸	۱۷۴/۶۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۶	۱

با توجه به سطح معناداری آزمون کواریانس که کمتر از خطای مفروض در پژوهش شده است ($0.0001 < 0.01$)، تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت روان بیماران مبتلا به ویتیلیگو تأیید می شود. با توجه به مقدار مجذور اتا (۰,۸۶۶) رابطه قوی نشان داده می شود. یعنی ۸۶,۶ درصد نمرات سلامت روان تحت تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تبیین می شود. در ضمن توان آزمون برابر با یک است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود.

بحث و نتیجه گیری

رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. در درمان ACT انعطاف پذیری شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، بخواهند به شیوه های عمل نمایند که منطبق با ارزشهای انتخاب شده شان باشد.

تجربه انجام درمان با ACT بسیار متفاوت است. این درمان با هدف خلاصی از احساسات بد یا حل و فصل یک آسیب قدیمی انجام نمی شود بلکه هدف آن برساختن یک زندگی معنادار، کامل و غنی است. پژوهش نشان داده اند که ACT باعث افزایش اثربخشی درمانگر و کاهش فرسودگی او می شوند. اگر می خواستیم ACT را روی یک پرچم خلاصه کنیم می نوشتیم: اهریمنان ذهنت را در آغوش بگیر و از قلبت پیروی کن.

در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها همگی منجر به افزایش سلامت روان در بیماران مبتلا به ویتیلیگو شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع هدف افزایش انعطاف روانشناختی این افراد بود. این رویکرد همانطور که نتایج آماری نشان داد منجر به افزایش معنی داری در سلامت روان، عزت نفس، بهبود در روابط متقابل، بهبود افسردگی و بهبود ترس مرضی در این بیماران شد. در واقع فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر راتقویت نمایند، رویداد های درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیتهای هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. با استفاده از این درمان، به خوبی می توان مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو، از جمله افسردگی، ترس مرضی و استرس آنها را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه ای در این افراد نیز شد، که نهایتاً نتایجی، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط بیماری، روابط بهتر با اطرافیان و کاهش مشکلات مربوط به افسردگی و اضطراب از جمله خودکشی، کندی روانی حرکتی و... را در بر خواهد داشت.

بر اساس فرضیه پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به ویتیلیگو مؤثر است. در این پژوهش با توجه به ارزیابی مقیاس ها در سلامت روان و با توجه به پژوهش های انجام گرفته توسط محققان دریافتیم که شروع اولین دوره ی بیماری با وارد شدن استرس و اضطراب شدید بوده و همچنین مشکلات روانی، بر روی آشکار شدن یا نشدن لکه های ویتیلیگو، پررنگ شدن و کم رنگ شدن آنها مشهود است. این بیماری عموماً با افکار وسواس گونه و اضطراب آور در مورد ظاهر خود و نگرش دیگران در مورد ظاهرشان همراه است و همچنین نگرانی پیشاپیش نسبت به بدبختی های آینده، قرار نگرفتن در موقعیت های مناسب اجتماعی نمود بارز مسائل و مشکلات روانی روانی این بیماری می باشد. به طور کلی می توان گفت که روند درمان در ACT به این صورت است که پس از قرارداد درمانی، در ابتدا با استفاده از تشبیهات، استعارات و مثال ها روش های ناکارآمد قبلی فرد مورد بررسی و تضعیف قرار می گیرد و به او نشان می دهیم چگونه روش های اجتناب و کنترلی تا کنون ناکارآمد بوده و منجر به تشدید مشکلات شده اند. سپس کمک می کنیم تا مراجع، ادغام و اتصال شناختی خود را کاهش دهد و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار کند. باید کمک کنیم مراجع ارزش های شخصی خود را که تاکنون به آنها بی توجه بوده مشخص کند، فعالیت های لازم برای رسیدن به این ارزش ها تعیین نماید و در نهایت کمک کنیم فرد فعالیت های لازم را برای رسیدن به اهداف خود به انجام برساند. در این روش سعی می شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست زندگی فرد، به رفع مشکلات فرد کمک شود..

در تحقیقات انجام گرفته توسط محققان خارجی (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۱) که بر روی سلامت روان و کیفیت زندگی انجام گرفت نشان داد که کیفیت پایین زندگی در بیماران ویتیلیگو با مرحله فعال بیماری، گسترش از دست دادن رنگدانه، رنگ رفتگی دردست و شروع اولین اپیزود بیماری دارد. همچنین در پژوهشی توسط (آراندت، ۲۰۰۸) اثر اضطراب را بر روی بیماری های پوستی مثل ویتیلیگو بررسی نمود و درصد زیادی از بیماران سابقه ی واقعه استرس زا را در شش ماه پیش از بروز بیماری را می دادند.

همچنین تحقیقات داخلی و خارجی انجام گرفته در زمینه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان حاکی از آن هستند که اثربخشی این روش درمانی در گسترده ی وسیعی از حوزه های مختلف، مانند کیفیت زندگی (نجفی، ۱۳۹۱) و (مرتضی

ترخان، ۱۳۹۰ و (محمد نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲)، سلامت روان (شاهرخ مکوند حسینی و همکاران، ۱۳۸۸)، بروز نشانگان روان پزشکی (پروانه محمد خانی و همکاران، ۱۳۸۸)؛ امید به زندگی (ساجده رجبی و فریبا یزدخواستی، ۱۳۹۲) و (محدثه منوچهری و همکاران، ۱۳۹۴)، اختلالات وسواسی (توهینگ و همکاران، ۲۰۰۶)، وسواس فکری (ایزدی راضیه، عابدی محمدرضا، ۱۳۹۲)، سلامت روان (جفرانی، ۲۰۰۷)، سلامت روان (اوآی و همکاران، ۲۰۰۷)، سلامت روان (اشنایدر و همکاران)، مؤثر می باشد. این نتایج با تحقیقات رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۲)، پرویز مولوی و همکاران (۱۳۹۳)، موسی پور (۱۳۹۳)، حیدری شادهی (۱۳۹۴)، نیز همسو می باشد.

این نتایج نشان می دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به ویتیلیگو تأثیر گذار بوده است. داشتن فرزندی سالم لازم است نقش سایر متغیرها مانند همسالان، عوامل آموزشی، رسانه های جمعی را نیز در نظر گرفت.

منابع و مراجع

- [۱] احمدی، کامران (۱۳۹۲). گاید لاین پوست : اندروس ۲۰۰۶ و هبیف ۲۰۱۱ به انضمام سوالات پرانترنی و دستیاری، انتشارات فرهنگ فردا.
- [۲] اشجع، مهرناز و فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۱)، بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده سال هفتم ۱۹ ص ۱۳۴-۱۲۱.
- [۳] ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (چاپ سوم)، تهران : انتشارات جنگل.
- [۴] ایزدی، راضیه، عسگری، کریم، نشاط دوست، حمید طاهر و عابدی، محمد رضا (۱۳۹۱). مطالعه موردی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فراوانی و شدت نشانه های اختلال وسواس جبری. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان.
- [۵] باخ، پاتریشیا ا، ACT. (۲۰۰۶). در عمل. ترجمه : سارا کمالی (۱۳۹۳). چاپ اول. تهران : انتشارات ارجمند.
- [۶] بیدکی، رضا، علمدار، حسام و میرزایی، افشین (۱۳۹۲). بررسی میزان مشکلات روانپزشکی در افراد مبتلا به ویتیلیگو شهرستان رفسنجان، پایان نامه دکتری دانشکده علوم پزشکی رفسنجان.
- [۷] پور فرج عمران، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی دوره ۶. شماره ۲، ص ۳۷-۱۵۱.
- [۸] حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد و عطاری، عباس (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش درمانی بر میزان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مجله تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۳.
- [۹] حیدری شادهی، سمیه (۱۳۹۴)، اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روانشناختی، استرس والدگری، پذیرش و مراقبت مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم در شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد ناپیوسته.
- [۱۰] خدابخشی موید، سهراب، (۱۳۷۶). پزشکی در ایران باستان (چاپ دوم). تهران : انتشارات فروم.
- [۱۱] دلاور، علی (۱۳۹۴). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران : انتشارات رشد.
- [۱۲] راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی - ویرایش پنجم، انجمن روان پزشکی آمریکا، ترجمه دکتر فرزین رضاعی و همکاران، انتشارات ارجمند، سال ۱۳۹۳
- [۱۳] رجبی، ساجده، یزد خواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس، مجله روانشناسی بالینی، سال ششم، شماره ۱ (پیاپی ۲۱)، صص ۲۹-۳۸.
- [۱۴] رمزی عراقی، داوود (۱۳۸۷). پوست (گزیده پوست هبیف ۲۰۰۵ و اندروز ۲۰۰۶). انتشارات نور دانش.
- [۱۵] سادوک، ویرجینیا آلکوت و سادوک، بنجامین (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی : علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷). تهران : انتشارات ارجمند.
- [۱۶] ساراسون، ایروین جی و ساراسون، باربارا (۱۳۸۱). روانشناسی مرضی. ترجمه : بهمن نجاریان و همکاران. تهران : انتشارات رشد.
- [۱۷] ل. ای، فلکسمن، ج. ت، بلک لج، فرانک ال و باند (۲۰۱۴). تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی. ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال (۱۳۹۳)، تهران : انتشارات ارجمند.
- [۱۸] مجیدی، نیلوفر، بیدکی، رضا و میرزایی افشین (۱۳۹۳). بررسی پذیرش اجتماعی بیماران مبتلا به ویتیلیگو در شهرستان رفسنجان، پایان نامه دکتری عمومی دانشکده علوم پزشکی رفسنجان.
- [19] Alum M, Moossavi M, Ginsburg I, Scher RK (2001). A psychometric study of patients with nail dystrophies. J Am Acad Dermatol. 45:851-6.
- [20] Asghari, A, Nicholas ,M.K. (2009). An linvestigation Iranian chornic medicine. 10(4).619 – 632.
- [21] Bare, A (2006). Mindfulness-Based Tratment Approaches CLINICAN,S GUIDE TO EVIDENCE BASE AND.
- [22] Berrino AM , Voltolini S , Fiaschi D , et al. (2006). Chronic urticaria: importance of medicalpsychological approach. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 38: 149-52.
- [23] Brandon a., gandiono (2010). Evaluating acceptance and commitment therapy:an analysis of recent critique., international journal of behavioral consultation and therapy.

- [24] Calikusu C, Yucel B, Polat, Baykal C, (2003). The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Compr Psychiatry*.;44:256-61.
- [25] Callaghan g, glenn m., Duenas c, Jessica a., nedeon sarah e., darrow Sabrina m., (2012). An empirical model of body image disturbance using behavioral principles found in functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy., *international journal of behavioral consultation and therapy*.
- [26] Christopher G, Jonathan B, Tanya B, Robert C, (2016). *Rock's Textbook of Dermatology*. Ninth Edition.
- [27] Collingwood, J, (2012). The relationship between mental physical health. *psychcentral*.
- [28] Das-SK, Majumder-pp, Ckacroorty, R., Majunder -TK, Halder -B, (1985). Studeis on vitiligo, Epidemiological profile in calcutta, india. *Genet Epidemiol*.2(1).71-74.
- [29] Fineberg NA, O Doherty C, Rajagopal S, Reddy K, Banks A, Gal TM (2003). How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? *J Clin Psychiatry*. 64:152-5.
- [30] Gerry Kent, (1996). Psychologic effects of vitiligo: A critical incident analysis *ADD*.895-897.
- [31] Habif Tomas p, (2010). *Clinical Dermathology*. Mosby. USA.
- [32] Harbim AL, (2013). Prevalence of depression in vitiligo patient. *Skin Med*.11(6):327-328.
- [33] Haye, SC, Luoma, J B, Bond, F W, Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptence and commitment therapy. *Behaviour Research and therapy*.44-1-6.
- [34] Hayes, S, A, Orsillo, S, M, & Roemer, I, (2010). Changges in proposed mechanisms of action during an acceptance -based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *behaviour research and therapy*.48(3).385-387.
- [35] Hayes SC, strosahl KD (2010). *A Paracictical Guide to Acceptence and Commitment Therapy*. NEW YORK. Springer Seience and Business Media Inc.
- [36] Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.
- [37] Hayes, S. C, strosahl, K. D, Wilson, K. G (2004). *Acceptance and Commitment Therapy : Anexperiential approach to behavior change*. New York : Guilford Press
- [38] Hayes, S. C. (2008). Climbing our bills. A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *clinical psychology: science and practice*.15 (4),286-295.
- [39] Hayes, S. C. Strosahl, K. D, & Willson, K. G, (2011). *Acceptance and commitment therapy :The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- [40] Hayes, S. C < strosahl, K. D, Wilson, K. G (1999). *Acceptance and Commitment Therapy : Anexperiential approach to behavior change*. New York : Guilford Pres
- [41] Herbert, E, Forman, M (2011). *Acceptance and Mindfulness in cognittive behavior Therapy : understandng and Applying the New Therapies*. Published by john Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada
- [42] irooz A, Bouzari N, Fallah A, Dowlati Y (2004). What patients with vitiligo believe about their condition. *Int J Dermatol*.43: 811-4.
- [43] Jarralleh, JS, AL-sheikhoa, et al, (1993). :Epidemiology and clinical paterrn at king khalid university hospital *ANN-saudi-Med*;13(4):333-334.

- [44] Jeffery M (2007). Psychodermatology: A guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*;9:203–13.
- [45] Koblenzer CS (1987). *Psychocutaneous disease*. Orlando: Grune and Stratton.
- [46] Korabel H, Dudek D, Jaworek A, Wojas-Pelc A (2008). Psychodermatology : psychological and psychiatric aspects of dermatology. *Przegl Lek*.
- [47] Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R (2001). Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: A comparative study from India. *J Dermatol*.
- [48] MS (1993). Delusional parasitosis: A dermatologic, psychiatric, and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol*. 29:1023–33.
- [49] Munro A (1988). Monosymptomatic hypochondrical psychosis. *Br J Psychiatry*. 2:37–40.
- [50] Owuoye OA, Aina OF, Omoluabi PF, Olumide YM (2007). An assessment of emotional pain among subjects with chronic dermatological problems in Lagos, Nigeria. *Int J Psychiatry Med*. 37:129-38.
- [51] Porter J, Beuf H, Lemer A, (1987). response to cosmetic disfigurement p: patients with vitiligo. *cutis*.
- [52] Porter J, Beuf H, Novd and J. (1979). Psychological reaction to chronic skin disorder: A study of patient with vitiligo. *Gen Hosp psychiatry*.
- [53] Porter, A, (1986). Psychosocial effect of vitiligo ADD. 220-224.
- [54] Rowland, M. (2010). Acceptance and Commitment Therapy for Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents. A Dissertation Submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology For the Degree of Doctor of Psychology.
- [55] Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current direction in psychological science*, 99-104.