Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Vitiligo

Mehdi Soleymanpour[1], **Alireza Pirkhaefi**[2*], **Keyanosh Zahrakar**[3]

[1] Department of Human Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
[3] Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: 04 October 2021
Revised: 17 November 2021
Accepted: 10 Febuary 2022
Published Online: 27 May 2022

**** Correspondence to:***
Alireza Pirkhaefi
Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
Email:
ar.pirkhaefi@iau-garmsar.ac.ir

A B S T R A C T

Introduction: Skin diseases, not only may have physical consequences but also costly psychological consequences in one's life. The present study was conducted to compare the effect of group counseling with the approaches of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the internalized shame of patients with vitiligo.

Material & Methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design and follow-up and control groups. The study population consisted of all women with vitiligo who were referred to Razi Hospital, in Tehran, in 1399. A total of 45 persons who met the inclusion criteria were purposefully selected and randomly divided into 3 groups of 15 people each (two experimental groups and one control group). The study tool included Cook's Internalized Shame Scale (1993). Descriptive statistics and repeated measures analysis of variance was used to test the research hypotheses. The data were analyzed using SPSS software (version 20).
(Ethic code: R.IAU.SRB.REC.1399.125)

Findings: Both CFT and ACT therapeutic approaches were effective in reducing internalized shame in patients with vitiligo, compared to the control group. A comparison of the two approaches showed no significant differences between the two experimental groups of CFT and ACT in terms of all components of shyness, self-esteem, and internalized shame.

Discussion & Conclusion: Based on the obtained results, the above-mentioned treatments can be used to improve the psychological status of patients with vitiligo.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Compassion therapy, Shame, Vitiligo

➢ **How to cite this paper**

Soleymanpour M, Pirkhaefi A, Zahrakar K. Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Vitiligo. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2022;30(2): 82-96.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر شرم درونی‌شده در بیماران مبتلا به ویتیلیگو

مهدی سلیمان‌پور[۱]، علیرضا پیرخائفی[۲*]، کیانوش زهراکار[۳]

[۱] گروه مشاوره، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
[۲] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گرمسار، ایران
[۳] گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۲
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۱
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۳/۰۷

نویسنده مسئول:
علیرضا پیرخائفی
گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گرمسار، ایران
Email:
ar.pirkhaefi@iau-garmsar.ac.ir

چکیده

مقدمه: بیماری‌های آشکار همچون بیماری‌های پوستی، نه‌تنها ممکن است عوارض جسمی را به همراه خود داشته باشند، بلکه ممکن است با عوارض روانی پرهزینه‌تری در زندگی مبتلایان همراه گردند. پژوهش حاضر به‌منظور مقایسهٔ تأثیر مشاورهٔ گروهی با رویکرد شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد بر شرم درونی‌شدهٔ بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفت.

مواد و روش ها: روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری و گروه کنترل بود. جامعهٔ پژوهش حاضر را همهٔ زنان مبتلا به ویتیلیگو مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که از میان آنان ۴۵ نفر به شیوهٔ هدفمند، پس از کنترل ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزار سنجش در این مطالعه پرسش‌نامهٔ شرم درونی‌شدهٔ کوک (۱۹۹۳) است. به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس به شیوهٔ اندازه‌گیری مکرر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.24 بهره گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج این تحقیق نشان داد، هر دو درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و شفقت، نسبت به گروه کنترل، در کاهش شرم درونی‌شدهٔ بیماران مؤثر بودند. در مقایسهٔ دو رویکرد نیز یافته‌ها نشان دادند، در همهٔ مؤلفه‌های کمرویی، عزت‌نفس و شرم درونی‌شده، دو گروه آزمایشی شفقت و پذیرش‌وتعهد باهم تفاوت معناداری نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان از این درمان‌ها به‌منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش‌و تعهد، شرم، ویتیلیگو

استناد: سلیمان پور، مهدی؛ پیرخائفی، علیرضا؛ زهرا کار، کیانوش. مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر شرم درونی‌شده در بیماران مبتلا به ویتیلیگو. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، تیر ۱۴۰۱؛۳۰(۲): ۹۶-۸۲

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]
CC BY NC

مقدمه

ویتیلیگو یک اختلال پوستی اکتسابی است که از ویژگی های آن می توان به زوال پیش‌رونده در رنگ‌دانه های پوست به‌سبب از دست رفتن ملانوسیت ها اشاره کرد که رنگ‌دانه‌های سلول‌ساز در پوست هستند. در میان دیگر بافت‌ها، ملانوسیت‌ها در داخل گوش، چشم و غشاهای مخاطی قرار دارند (۱،۲) و درنتیجه، به علت ویتیلیگو تحت تأثیر قرار می گیرند (۳). پژوهش ها دربارهٔ بار روانی ویتیلیگو گزارش می‌کنند که تقریباً ۷۵ درصد از بیماران ظاهر خود را به‌صورت متوسط یا شدید، غیرقابل‌تحمل می دانند(۴). مبتلایان به ویتیلیگو ممکن است استرس هیجانی را تجربه کنند، به‌ویژه اگر ویتیلیگو در حیطه‌های محسوس و قابل‌رؤیت بدن مانند صورت بروز کند. بیشتر این افراد احساس خجالت، شرم (با کاهش اعتمادبه‌نفس) و افسردگی دارند یا دربارهٔ واکنش دیگران نگران هستند(۵). در بیشتر تحقیقات، بیماران مبتلا به ویتیلیگو گزارش می‌کنند که احساسات شرمساری را تجربه کرده‌اند که می‌تواند به عزت‌نفس پایین و انزوای اجتماعی منتهی شود(۶).

شیوع این بیماری برابر با ۰/۵ تا ۱ درصد در جمعیت جهانی است (۷). بالاترین نرخ بروز این بیماری در هندوستان ثبت‌شده است (۸/۸ درصد) و پس از آن کشورهای مکزیک (۴ درصد)، ژاپن (۱/۶۸ درصد) و دانمارک (۰/۳۸ درصد) قرار دارند (۸). شروع بیماری در ۵۰ درصد موارد، در سن کمتر از ۲۰ سال و یک‌چهارم پیش از ۸ سالگی است (۹). این بیماری به یک میزان در زنان و مردان تظاهر می یابد؛ اما در بعضی مطالعات، شیوع آن در زنان اندکی بیشتر گزارش‌شده است(۱۰).

بیماری خودایمنی ویتیلیگو با اختلالات تیروئید خودایمنی، آرتریت روماتوئید، دیابت شیرین بزرگ‌سالی، کم‌خونی بدخیم و لوپوس اریتماتوز سیستمیک همراه است (۱۱).

پژوهش های انجام‌شده بر بیماران مبتلا به ویتیلیگو نشان می‌دهند که دست کم ۲۵ درصد بیماران از اختلالات روان پزشکی رنج می‌برند (۱۲). بیماران مبتلا به ویتیلیگو یک تصویر بدنی منفی از خود دارند و عزت‌نفس آنان نیز پایین است. علاوه بر این، ممکن است آنان خجالت‌زده باشند و نسبت به بدن خود احساس شرم کنند که این موضوع زندگی اجتماعی آنان را نیز با اختلال روبرو می‌کند (۱۳). نتایج مطالعهٔ نوگیرا، زانکانارو و آزامبوجا (۱۴) نشان داد که ویتیلیگو با هیجانات بدبینانه‌ای نظیر ناامنی، غمگینی و شرم ارتباط دارد. شرم یکی از مهم‌ترین هیجان‌های خودآگاه است که احتمالاً تأثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های روانی و شخصیت دارد؛ احساس شرم نشان‌دهندهٔ قضاوت پایدار و باثبات دربارهٔ خود و یا شخصیت فرد است که می‌تواند ناشی از ادراک ارزیابی منفی از دیگران نسبت به خود یا ارزیابی منفی از خود باشد(۱۵).

گیلبرت بیان می‌کند که شرم درونی «یک تجربهٔ درونی از خود به‌عنوان یک عامل اجتماعی بی‌جاذبه است که خود را تحت‌فشار می دهد تا از طریق فرار کردن یا دلجویی، آسیب احتمالی برای خود را محدود کند. شرم درونی می‌تواند بر روی جنبه‌های معین خود (مثل ظاهر جسمانی) یا توانایی‌ها یا تجارب درونی عمومی‌تر(مثلاً زمانی که فرد احساس می‌کند هوش کمتری نسبت به دیگران دارد) تمرکز داشته باشد» (۱۶).

دو مؤلفهٔ کلیدی شرم، خودتخریبی و خودانتقادی هستند. این مؤلفه‌ها به‌صورت جریانی از تفکرات، ارزیابی ها و قضاوت های منفی دربارهٔ خود شناسایی شده اند که همراه با احساسات منفی مربوط به شرم درونی است (۱۶). شرم با افزایش نرخ افسردگی مرتبط است و می‌تواند به پریشانی روان‌شناختی نیز منجر شود (۱۷). به‌سبب ماهیت مزمن ویتیلیگو، سیر غیرقابل‌پیش‌بینی عودها و بهبودی‌ها، دورهٔ درمان طولانی و نبود درمان قطعی، این بیماری اغلب بر کیفیت زندگی در جنبه‌های مختلف فعالیت‌های اجتماعی، شغل، تحصیلات و ازدواج و زندگی زناشویی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

تأثیر می‌گذارد (۱۸). فراتحلیل موریسون و همکاران (۱۹) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نسبت به افراد سالم پایین‌تر است. نتایج پژوهش سلمان،کورت، توپچوغلو و دمیرکای (۲۰) نیز بیانگر آن بود که بیماران مبتلا به ویتیلیگو در مقایسه با افراد سالم، سطوح بالاتری از اضطراب، اضطراب اجتماعی، افسردگی و سطوح پایین‌تری از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند که لزوم مداخله در سلامت روان‌شناختی این قشر را خاطرنشان می‌سازد.

مداخلات درمانی چندی برای بیماران مبتلا به ویتیلیگو در قالب مطالعات مداخله ای طراحی و انجام‌شده است. در ایران احمدی، سجادیان و جعفری (۲۱) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو، شریفی‌کیا، آهنگری، عسکری و طحان (۲۲) اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران ویتیلیگو، شاهمرادی، خالقی‌پور و مسجدی (۲۳) اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرح‌واره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو و ذاکری، حسنی و اسماعیلی(۲۴) اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو را بررسی کرده‌اند.

دیدگاه مبتنی بر پذیرش‌وتعهد یکی از درمان‌های مهم روان‌شناختی است. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد، مبتلایان به ویتیلیگو اجتناب تجربی دارند و نمی‌خواهند در تماس با تجارب شخصی و درون‌روانی، اعم از حس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و گرایش‌های رفتاری قرار بگیرند. این اجتناب از تجارب دردناک به احساسات ناخوشایند منجر می‌شود و درنهایت، شرم بیشتری را به دنبال خواهد داشت. درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد با معرفی پذیرش به‌عنوان یک راه‌حل جایگزین برای اجتناب، به بیماران کمک می‌کند تا به‌جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول بیماری، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود بپردازند و نسبت به آن متعهد گردند که این مسئله می‌تواند زمینهٔ کاهش احساس شرم بیماران را فراهم نماید.

از سویی، طبق دیدگاه مبتنی بر شفقت، چنانچه بیماران مبتلا به ویتیلیگو با خود مشفقانه برخورد کنند، با سخت‌گیری کمتر خودشان را قضاوت می‌نمایند، وقایع منفی زندگی مانند بیماری‌شان را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایهٔ عملکرد واقعی‌شان است (۲۵).

پژوهش حاضر به مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در جامعهٔ بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌پردازد. علت انتخاب این دو رویکرد درمانی توسط محقق برای شرم درونی‌شده در مبتلایان به ویتیلیگو و مقایسهٔ اثربخشی آن‌ها در پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان متمرکز بر شفقت به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود می‌پردازد و فرد را در برابر خودانتقادی و سرزنشگری مصون نگه می‌دارد (۲۶)؛ همچنین ازآنجاکه درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌سازد؛ بنابراین می‌تواند با کاهش شرم، عزت‌نفس و کمرویی آنان را بهبود بخشد.

از طرفی، در درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر ذهن‌آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی، ارزش‌ها و تعهد تأکید می‌شود (۲۷). این موارد نقش مهمی در حفظ آرامش فرد در هنگام مواجهه با احساس شرم، پذیرش این احساس بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه کردن اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه و نگریستن به احساس منفی شرم دارد. در پژوهش‌های گذشته، از درمان شفقت و پذیرش‌وتعهد بر برخی شاخص‌های روان‌شناختی افراد عادی و بیمار استفاده شده و اثربخش بوده است؛ ازجمله پژوهش رحمانیان، نژادعلی و اورکی (۲۸) در باب تأثیر درمان پذیرش‌وتعهد بر تنظیم

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدن زنان و نیز مطالعات فوگلویست، گاستافسون، کجلین و پارلینگ (۲۹). در تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر کاهش علائم اختلال خوردن و مشکلات تصویر بدن در بیماران دارای علائم اختلال خوردن پسماند و پژوهش وین و همکاران (۲۷) در تأیید اثر درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر استرس روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده؛ همچنین پژوهش‌های سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۳۰) دربارهٔ اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، مطالعهٔ کریگر و همکاران(۲۶) در تأیید تأثیر مثبت مداخلهٔ متمرکز بر شفقت اینترنتی بر کاهش خودانتقادی و تحقیق سامرس اسپیجکرمان، ترامپتر، اسچروس و بوهلمیجر (۳۱) در باب تأثیر معنادار درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یک ابزار خودیاری‌رسان هدایت‌شده برای ارتقای سلامت روانی عموم و پژوهش آیو و همکاران (۳۲) در تأیید تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای شرم مربوط به آسیب و استرس پس از آسیب و همچنین تحقیق اندرسون و راسمن (۳۳) در تأیید تأثیر شفقت‌درمانی بر کاهش خودانتقادی و افزایش عزت‌نفس مبتلایان به بیماری‌های روان‌پزشکی و درنهایت، تحقیق بوئرسما، هکنسون، سالومونسون و جانسون (۳۴) دربارهٔ تأثیر مثبت درمان متمرکز بر شفقت برای مقابله با شرم، خودانتقادی و انزوای افراد دارای اضطراب اجتماعی.

با توجه به اینکه بیماری ویتیلیگو از بیماری‌های مزمنی است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به علت آثار مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی روبرو می گردند؛ بنابراین ضرورت دارد تا به‌طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روحی و روانی بیماران به‌کار گرفته شود.

پژوهشگر در مطالعهٔ حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شدهٔ بیماران مبتلا به ویتیلیگو متفاوت است؟

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی است و از طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری به‌منظور اجرای آزمایش استفاده گردیده است. در این طرح مداخلات درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و درمان متمرکز بر شفقت) به‌عنوان متغیرهای مستقل و «شرم درونی‌شده» به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند (جدول شمارهٔ ۱).

جامعهٔ پژوهش حاضر را همهٔ بیماران زن مبتلا به ویتیلیگو مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق‌تخصصی پوست رازی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد آنان ۱۴۳ نفر بود. برای انتخاب نمونه در مرحلهٔ غربالگری، از میان بیماران متقاضی شرکت در جلسات درمانی، در مرحلهٔ اول ۱۰۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند.

پس از انتخاب گروه نمونهٔ زنان به شیوهٔ هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، همهٔ این افراد با پرسش‌نامهٔ شرم درونی‌شده ارزیابی شدند و ۴۵ نفر از

جدول شمارهٔ ۱. نگارهٔ طرح آزمایشی پژوهش

انتصاب افراد	گروه	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری
R	آزمایش ۱	T1	X1	T2	T3
R	آزمایش ۲	T1	X2	T2	T3
R	کنترل	T1	_	T2	T3

x1. درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد؛ x2 . شفقت‌درمانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

بیمارانی که شرم درونی‌شدهٔ بالاتری نسبت به سایرین داشتند، به‌عنوان نمونهٔ نهایی انتخاب گردیدند و با جایگزینی تصادفی به شیوهٔ ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر زیرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. دربارهٔ انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در طرح‌های تجربی باید هر زیرگروه دست‌کم ۱۵ نفر باشد؛ در توضیح حجم نمونه باید گفت، به علت ماهیت آموزشی درمانی جلسات آزمایشی تحقیق حاضر و به‌منظور حفظ پویایی گروهی در گروه‌ها و پیشگیری از ازدیاد جمعیت هر گروه برای کاهش پویایی نفرات از منابع مهم مشاورهٔ گروهی به‌منظور تعیین حجم نمونه استفاده شد. حجم نمونه برای جلسات مشاورهٔ گروهی بین ۷ تا ۱۰ نفر پیشنهاد شده است، همچنین در برخی منابع نیز تعداد موردنیاز برای تشکیل مشاورهٔ گروهی بین ۶ تا ۱۲ نفر آمده است (۳۵). آنچه در تعیین حجم نمونه مهم است، برقراری تعادلی میان پویایی گروهی و فرصت تجربه برای اعضا است. به این ترتیب، به‌منظور پیشگیری از افت نمونه و به‌منظور افزایش فرصت ابراز نظرات و بهره‌گیری بیشتر از جلسات برای گروه‌های آزمایشی، یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش ۱۵ نفره طراحی گردید.

ملاک‌های ورود به آزمایش: زنان در بازه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، تشخیص بیماری بر اساس شواهد بالینی از قبیل نمای ظاهری ضایعات پوستی، نمونه‌برداری پوست و تأیید بیماری ویتیلیگو از سوی پزشک متخصص پوست، دست‌کم یک سال سابقهٔ ابتلا به بیماری، داشتن رضایت برای شرکت در جلسات مشاورهٔ گروهی، میزان تحصیلات دست‌کم دیپلم، دریافت نکردن خدمات مشاورهٔ فردی و گروهی دیگر و همچنین مطالعهٔ کتب روان‌شناسی مربوطه در طول جلسات.

ملاک‌های خروج از آزمایش: وخیم بودن وضعیت جسمانی و پزشکی، غیبت و یا انصراف در هریک از جلسات آموزشی، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل و مواد روان‌گردان، سابقهٔ بستری در بیمارستان روانی و یا مصرف قرص‌های روان‌پزشکی و ابتلای هم‌زمان به اختلالات همبود نظیر اختلال‌های روان‌شناختی.

جدول شمارهٔ ۲ خلاصهٔ مباحث درمانی به اجرا

جدول شمارهٔ ۲. خلاصهٔ محتوای جلسات ارائه‌شده برای گروه‌های آزمایش

	درمان پذیرش‌وتعهد		درمان مبتنی بر شفقت	
جلسات	اهداف	محتوای جلسات	اهداف	محتوای جلسات
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از روش ACT	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی دربارهٔACT .	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو دربارهٔ هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامهٔ درمانی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم ACT ازجمله تجربهٔ اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمان‌جویان از نگاه ACT، استخراج تجربهٔ اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیهٔ فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.	ایجاد سنجشی از شفقت (مصاحبهٔ مهربانی) خودانتقادی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، شناسایی و سنجش میزان مهربانی با خود در اعضا، شناسایی وجه مشترک انسان‌ها و ارائهٔ سه سامانهٔ تنظیم هیجان، بررسی هر مؤلفهٔ شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی و استعارهٔ قطار ذهنی، آگاهی روانی و خودتجسمی.	آشنایی با سه مغز	مروری بر تکالیف جلسهٔ پیش، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم ناشی از مغز خودکار قدیمی، ویژگی‌های مغز آگاه، آموزش همدردی با خود، افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

ادامه جدول شمارهٔ ۲.

چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهدهٔ افکار بدون قضاوت به‌طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود، تمرین ذهن‌آگاهی.	شرح مراقبت از بهزیستی به‌وسیلهٔ بخشش و تحمل پریشانی	مرور تمرین جلسهٔ پیش، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات، آموزش مراقبهٔ دلسوزانه.
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی.	شناخت فرد مهربان و مسیر زندگی او	مرور تمرین جلسهٔ پیش، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف، شرح مسئلهٔ مسئولیت و حرکت در مسیر بهزیستی در فرد مهربان، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران.
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعارهٔ اتوبوس)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمان‌جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تهیهٔ فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت.	شناسایی استدلال مهربانانه	مرور تمرین جلسهٔ پیش، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورزانه، آموزش سبک‌ها و شیوه‌های شفقت ذهن‌آگاهی و رقص توجه به‌عنوان مهارت‌های مهم، اهمیت توجه مشفقانه و ابراز شفقت (مثال انعطاف بدنی در ورزش‌ها)، آموزش رشد انعطاف و سیالیت در دستگاه ادراک شخصی.
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه (استعارهٔ صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائهٔ راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.	شناسایی احساس مهربانانه به‌عنوان مهارت التیام‌بخش در شفقت	مرور تمرین جلسهٔ پیش، شرح تأثیرات شگفت احساسات دلسوزی، اطمینان، شرح عملکرد دستگاه خطر مغز، شرح قصور مهربانانه به‌عنوان بازداری کنندهٔ دستگاه امنیت و آرامش.
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسهٔ پیگیری در یک ماه آینده.	تکمیل یادگیری رفتار مهربانانه به‌عنوان مهارت التیام‌بخش	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به پرسش های اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا برای شرکت در جلسات، هماهنگی برگزاری اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسهٔ پیگیری در یک ماه آینده.

درآمده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد برگرفته از هایس و همکاران (۴۲) و همچنین درمان مبتنی بر شفقت برگرفته از گیلبرت (۱۶) را نشان می‌دهد.

همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از این پرسش‌نامهٔ کوک ۱۹۹۳ استفاده شد.

مقیاس شرم درونی‌شده: کوک این مقیاس را در سال ۱۹۹۳ تهیه کرده و شامل ۳۰ ماده و دو خرده‌مقیاس کمرویی با ۲۴ ماده (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۰) و عزت‌نفس با ۶ ماده (۸، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۶، ۲۹) است. پاسخ به هر مادهٔ این مقیاس به‌صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره‌گذاری به‌صورت معکوس صورت می‌گیرد، به‌طوری‌که نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهندهٔ بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمرهٔ پایین بیانگر اعتمادبه‌نفس بالا است (۳۶). کوک(۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش نموده است؛ همچنین رجبی و عباسی(۳۷). ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی‌شده را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش فتح‌الله‌زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و همکاران (۳۸) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ محاسبه گردید. مقدار همسانی درونی با آلفای کرونباخ در مطالعهٔ حاضر نیز بر اساس نمرات مرحلهٔ غربالگری روی ۱۰۰ نفر ۰/۸۹ محاسبه شد.

به‌منظور تجزیه تحلیل داده‌ها در این تحقیق از روش‌های آماری توصیفی مانند محاسبهٔ میانگین و انحراف معیار استفاده گردید؛ سپس پس از سنجش پیش‌فرض‌های تحلیل پارامتریک استنباطی ازجمله آزمون لوین، آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف و تأیید پیش‌فرض‌های مذکور، برای تجزیه‌وتحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل واریانس به شیوهٔ اندازه‌گیری مکرر (RMA) استفاده شد؛ همچنین برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS vol.24 استفاده گردید. سطح معناداری در این تحقیق P=0.05 تعیین شد.

رعایت کدهای اخلاقی: به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، اجرای جلسات برای بیماران شرکت‌کننده مطابق با مرام‌نامهٔ اخلاقی هلسینکی در پژوهش (اصول اخلاقی در پژوهش‌های پزشکی– مداخله‌ای روی انسان) صورت گرفت. فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات از سوی افراد امضا شد؛ همچنین اطمینان لازم برای رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات افراد به‌وجود آمد و هماهنگی جلسات پس‌آزمون و پیگیری با مشارکت اعضا در محیط امن آموزشی مرکز مشاوره انجام گرفت. درنهایت پس از پایان آزمایش، دورهٔ آموزشی یادشده برای رعایت اخلاق به گروه کنترل نیز ارائه گردید.

این پژوهش با کد اخلاق R.IAU.SRB.REC. 1399.125 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران تصویب شده و به اجرا درآمده است.

یافته ها

جدول شمارهٔ ۳ اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های

جدول شمارهٔ ۳. توزیع آزمودنی‌ها برحسب سن، تحصیلات و تأهل در سه گروه پذیرش‌وتعهد، شفقت و کنترل

گروه‌ها	سن	تعداد	تحصیلات	تعداد	تأهل	تعداد
پذیرش‌وتعهد	۲۰ تا ۲۵	۳	دیپلم	۲	مجرد	۴
	۲۵ تا ۳۰	۶	فوق‌دیپلم	۴		
	۳۰ تا ۳۵	۴	لیسانس	۷	متأهل	۱۱
	۳۵ تا ۴۵	۲	فوق‌لیسانس	۲		
شفقت	۲۰ تا ۲۵	۳	دیپلم	۲	مجرد	۶
	۲۵ تا ۳۰	۳	فوق‌دیپلم	۶		
	۳۰ تا ۳۵	۶	لیسانس	۵	متأهل	۹
	۳۵ تا ۴۵	۳	فوق‌لیسانس	۲		
کنترل	۲۰ تا ۲۵	۲	دیپلم	۵	مجرد	۵
	۲۵ تا ۳۰	۶	فوق‌دیپلم	۳		
	۳۰ تا ۳۵	۵	لیسانس	۶	متأهل	۱۰
	۳۵ به بالا	۲	فوق‌لیسانس	۱		

آزمایش پذیرش‌وتعهد و شفقت و کنترل را نشان می‌دهد. این اطلاعات عبارت‌اند از: سن، تحصیلات و تأهل. سن گروه نمونه از ۲۰ تا ۴۵، تحصیلات آنان از دیپلم تا فوق‌لیسانس و تأهل آنان به دو صورت مجرد و متأهل (عقد دائم) سال بود. همان‌طور که در جدول اطلاعات جمعیت‌شناختی مشاهده می‌شود، تفاوت‌هایی در گروه‌ها به لحاظ سن، تحصیلات و تأهل وجود دارد و این امر در تقسیم تصادفی گروه‌ها طبیعی است و تصور بر این است که تقسیم تصادفی، تفاوت‌های فردی را کنترل کرده است و تفاوت‌های موجود از پیش تعیین‌شده و سازمان‌یافته و سودار نیستند و ناشی از شانس‌اند و اثر چندانی بر نتایج نخواهند داشت.

جدول شمارهٔ ۴ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر شرم درونی‌شده و ابعاد کمرویی و عزت‌نفس اعم از

جدول شمارهٔ ٤. یافته‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرم درونی‌شده و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش پذیرش‌وتعهد و شفقت و گروه کنترل

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
شرم	پیش آزمون	پذیرش‌وتعهد	۶۴/۷۳	۱۲/۳۱	۱۵
		شفقت	۶۳/۶	۹/۹۹	۱۵
		کنترل	۶۳	۱۲/۸۶	۱۵
	پس آزمون	پذیرش‌وتعهد	۴۳/۶۶	۹/۶۷	۱۵
		شفقت	۴۷/۵۳	۱۰/۳۹	۱۵
		کنترل	۶۲/۴	۱۱/۴۸	۱۵
	پیگیری	پذیرش‌وتعهد	۳۴/۳۳	۸/۴۶	۱۵
		شفقت	۳۵/۸	۱۰/۹۲	۱۵
		کنترل	۶۱/۴	۵/۵۶	۱۵
کمرویی	پیش آزمون	پذیرش‌وتعهد	۴۸/۲۶	۴/۷	۱۵
		شفقت	۴۶/۳۳	۱۰/۶۶	۱۵
		کنترل	۴۷/۹۳	۸/۸	۱۵
	پس آزمون	پذیرش‌وتعهد	۳۵/۸۶	۸/۷۸	۱۵
		شفقت	۳۶/۶۶	۱۱/۱۱	۱۵
		کنترل	۴۷/۴	۸/۹	۱۵
	پیگیری	پذیرش‌وتعهد	۲۹/۷۳	۷/۲۱	۱۵
		شفقت	۳۰/۰۶	۱۰/۷	۱۵
		کنترل	۴۷/۲	۱۰/۳	۱۵
عزت‌نفس	پیش آزمون	پذیرش‌وتعهد	۱۶/۴۶	۳/۳۷	۱۵
		شفقت	۱۷/۲۶	۳/۷۸	۱۵
		کنترل	۱۵/۰۶	۳/۸	۱۵
	پس آزمون	پذیرش‌وتعهد	۷/۸	۲/۵۶	۱۵
		شفقت	۱۰/۸۶	۱/۹۲	۱۵
		کنترل	۱۵	۳/۹۶	۱۵
	پیگیری	پذیرش‌وتعهد	۴/۶	۲/۴۴	۱۵
		شفقت	۵/۷۳	۳/۰۳	۱۵
		کنترل	۱۴/۲	۳/۸۹	۱۵

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

جدول شمارهٔ ۵. نتایج تحلیل واریانس به شیوهٔ اندازه‌گیری مکرر روی میانگین شرم درونی و ابعاد آن در گروه‌ها

متغیر	اندازه	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات
کمرویی	بین گروه	گروه	۲۸۱۷/۸۳	۲	۱۴۰۸/۹	۴/۴۲	۰/۰۱	۰/۱۷
	درون گروه	زمان	۳۲۳۴/۴۱	۱/۴۸	۲۱۷۶/۲	۱۷۰/۶۶	۰۰/۰۰۰	۰/۸۰
		گروه و زمان	۱۴۵۲/۲۵	۲/۹۷	۴۸۸/۵۶	۳۸/۳۱	۰۰/۰۰۰	۰/۶۴
عزت‌نفس	بین گروه	گروه	۶۱۷/۲	۲	۳۰۸/۶	۱۴/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۴۱
	درون گروه	زمان	۱۵۰۲/۱۷	۲	۷۵۱/۰۸	۱۳۳/۱	۰/۰۰۰	۰/۷۶
		گروه و زمان	۶۳۷/۲۸	۴	۱۵۹/۳۲	۲۸/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۷
شرم	بین گروه	گروه	۵۹۱۴/۷۷	۲	۲۹۵۷/۳	۷۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	درون گروه	زمان	۹۱۴۴/۶۳	۲	۴۵۷۲/۳	۳۹۸/۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰
		گروه و زمان	۳۹۹۳/۵۸	۴	۹۹۸/۳۹	۸۷/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۸۰

میانگین، انحراف معیار و تعداد افراد نمونه را نشان می‌دهد. مقایسهٔ میانگین‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری نشان می‌دهد که شرم درونی‌شده و ابعاد آن در گروه پذیرش‌وتعهد و شفقت در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحلهٔ پیگیری نیز ثبات نسبی را نشان می‌دهد؛ اما در گروه کنترل، در مراحل سه‌گانهٔ سنجش، سیر نزولی را طی کرده است.

برای پاسخگویی و آزمون فرضیات پژوهش، آزمون اندازه‌گیری مکرر با تعقیب بونفرونی انجام شد که در ادامه ذکر آن می‌آید.

پیش از اجرای این آزمون، شاخص‌های پیش‌فرض تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر در شرم درونی‌شده و ابعاد آن به اجرا درآمد و میزان کرویت موشلی در ابعاد کمرویی، عزت‌نفس و شرم به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۸ و ۰/۵۳ محاسبه گردید که هیچ‌کدام معنادار نبودند، به‌جز بعد کمرویی که معنادار بود و برای جبران نقیصهٔ یادشده از آزمون محافظه‌کار گرین هوس گیسر استفاده گردید؛ همچنین میزان F آزمون برابری واریانس خطای دو گروه (لوین) نیز به ترتیب ۰/۲۴، ۱/۰۳ و ۰/۶۹ بود و نیز آزمون برابری ماتریس‌های کوواریانس واریانس(ام باکس) به‌ترتیب برای ابعاد یادشده عبارت بود از: ۳۱/۵، ۲۳/۰۲ و ۲۳/۲۸ که هیچ‌کدام معنادار نبودند. درنهایت نیز معنی‌داری چندمتغیرهٔ تفاوت‌ها (لامبدای ویلکز) با ضرایب معنادار ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ برقرار بود.

بنابراین، با برقراری مفروضه‌های بالا، به‌منظور سنجش دقیق تفاوت‌های دو گروه در سه اندازه‌گیری مختلف آزمون، تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر در جدول شمارهٔ ۵ ارائه‌شده است.

اطلاعات جدول شمارهٔ ۵ نشان می‌دهد، تفاوت میان گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و شفقت و گروه کنترل در متغیر شرم درونی‌شده و ابعاد کمرویی و عزت‌نفس در سه اندازه‌گیری مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین بر اساس زمان، تعامل زمان و گروه‌ها معنادار است ($P<0.05$)؛ به عبارتی، رویکرد مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و شفقت توانسته‌اند دست کم یک تفاوت معنادار را میان خود با دیگری و یا گروه کنترل در سه اندازه‌گیری مختلف ایجاد کنند. به‌منظور تعیین دقیق تفاوت‌های معنادار میان گروه‌ها با سنجش آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه‌های جفتی در جدول شمارهٔ ۶ آمده است.

اطلاعات جدول شمارهٔ ۶ نشان می‌دهد که در همهٔ مؤلفه‌های کمرویی، عزت‌نفس و شرم درونی‌شده، دو گروه آزمایشی شفقت و پذیرش‌وتعهد باهم تفاوت معناداری نداشتند؛ اما هر دو گروه نسبت به گروه کنترل بهبود (کاهش) بیشتری را در شرم درونی‌شده و مؤلفه‌های

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

جدول شمارهٔ ٦. آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ جفتی تفاوت میانگین گروه‌ها در مراحل مختلف زمانی

متغیر	گروه‌ها	شفقت		کنترل	
		تفاوت میانگین گروه‌ها در هر سه زمان			
		میانگین	معناداری	میانگین	معناداری
کمرویی	پذیرش‌وتعهد	۰/۲۶	۰/۱	-۹/۵۵	۰/۰۴
	شفقت	-		-۹/۸۲	۰/۰۳
عزت‌نفس	پذیرش‌وتعهد	-۱/۶۶	۰/۲۷	-۵/۱۳	۰/۰۰۰
	شفقت	-		-۳/۴۶	۰/۰۰۳
شرم درونی‌شدهٔ کل	پذیرش‌وتعهد	-۱/۴	۰/۱	-۰۱۴/۶۸	۰/۰۰۱
	شفقت	-		-۱۳/۲۸	۰/۰۰۴

کمرویی و عزت‌نفس ایجاد کرده‌اند و تفاوت میانگین نمرات ۳ سنجش متوالی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میان این گروه‌ها معنادار بود. گفتنی است نمرهٔ پایین‌تر در این پرسش‌نامه وضعیت بهتر را نشان می‌دهد؛ به همین علت، حاصل تفاضل میانگین‌های دو گروه شفقت و پذیرش‌وتعهد از گروه کنترل منفی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر شرم درونی‌شدهٔ بیماران مبتلا به ویتیلیگو در پژوهش حاضر با پژوهش رحمانیان، نژادعلی و اورکی (۲۸) دربارهٔ تأثیر درمان پذیرش‌وتعهد بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدن زنان همخوانی داشت؛ همچنین با نتایج پژوهش فوگلویست، گستافسون، کجلین و پارلینگ (۲۹)در تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر کاهش علائم اختلال خوردن و مشکلات تصویر بدن در بیماران دارای علائم اختلال خوردن پسماند و درنهایت، با پژوهش وین و همکاران (۲۷) در تأیید تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر استرس روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، شرم درونی‌شدهٔ متشکل از کمرویی و نقص در عزت‌نفس بیماران یکی از نتایج مورد انتظار کمبود مهارت‌های روان‌شناختی در کنترل عوارض روانی وقایع منفی ازجمله بیماری‌های جسمی است. ذهن اولیه به‌صورت اساسی برای در امان ماندن و حفظ سلامتی جسمانی و روانی اغلب به سه رویکرد تسلیم و ناامیدی، پیکار و جنگ و فرار و گریز فرمان می‌دهد که هریک بر اساس موقعیت و شرایط، به‌تناسب به‌کاربرده می‌شود؛ نتیجهٔ این سه عملکرد شتاب‌زده، به دور از منطق و پدید آمدن احساسات منفی نامتعالی و غیرانسانی است. معمولاً آرامش‌خواهی فوری و اجتناب از تجارب برهم‌زنندهٔ تعادل و آرامش روانی علت بسیاری از بدکارکردی‌های روانی افراد است (۳۹). درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد با تأکید بر اصول اساسی انسانی به‌عنوان یک رویکرد درمانی، بیماران را با رویه‌های سالم‌تر و مناسب‌تری آشنا می‌کند. در این درمان به بیماران آموخته می‌شود لازم نیست آن‌قدرها به ندای درون توجه کنند، افکار رهاشده و غیرقابل‌کنترل کامل هستند و از ما و دستگاه عقلی انسان جدایند و با واقعیت در برخی موارد کاملاً تفاوت دارند (۲۷)؛ بنابراین، نباید آن‌ها را کاملاً باور کرد؛ همچنین نشانه‌های جسمانی و عاطفی چون برانگیختگی، ترس و تعریق و ضعف و... ناشی از موقعیت کنونی است و برای همیشه پایدار نمی‌مانند. در مرحلهٔ بعدی به بیماران می‌آموزد که بر اساس اصول ارزشی و اعتقادی موردقبول خود تحلیل کنند که ارزش واقعی در چیست؟ ترس یا شجاعت؟ فرار

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

یا ماندن، تلاش یا ناامیدی، آرامش موقتی در اجتناب از تجربه و یا آرامش عمیق و تلاش و ساختن و... . معمولاً هر ذهن بالغی اصول ارزشی مثبت را قبول دارد.

بنابراین، در درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد، پس از پذیرش اصول اساسی متعالی، تعهد محکمی به رفتار بر اساس این اصول انعقاد می‌یابد و عملکرد سالم بدون توجه به نتیجهٔ فوری آغاز می‌شود (۴۲). بیماران در این مداخله می‌آموزند بدون توجه به نشانه‌های عاطفی و بدنی اضطراب، احساس شرم و نقص و...، در اجتماع حضور یابند؛ به علت اینکه در کناره‌گیری رشدی کمی وجود دارد و رشد حاصل عملکرد مثبت مواجهه‌ای و عاقلانه است (۳۹). پس از مدتی که با تشویق درمانگر و ماندن بر تعهد، نشانه‌های مثبت پدیدار می‌شود و عزت‌نفس بالا می‌رود، کمرویی کاهش می‌یابد و احساس شرم تعدیل می‌شود، عواطف دیگر آزاردهندگی اولیه را ندارند، شرایط رفتار متعادل‌تر می‌گردد و رفتار متعهدانه تا بهبود کامل و سالم ادامه می‌یابد. با پدیدار شدن نشانه‌های بهبودی، پوچی افکار و احساسات ترسانندهٔ اولیه بیش‌ازپیش روشن می‌شود و فرد با آگاهی بیشتر، به فرایند رشد ادامه می‌دهد (۲۷)؛ بنابراین، به مدد فرایند درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد، بیماران مبتلا به ویتیلیگو موفق به کنترل و تعدیل و کاهش احساس شرم و کمرویی می‌گردند و با عزت‌نفس بالاتری به زندگی خود می‌پردازند که احتمالاً منجر به تبعات مثبت بیشتری در شاخص‌های سلامت آنان در زندگی خواهد شد.

نتایج مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شرم درونی‌شدهٔ بیماران مبتلا به ویتیلیگو در پژوهش حاضر با پژوهش‌های سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۳۰) دربارهٔ اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، کریگر و همکاران (۲۶) در تأیید تأثیر مثبت مداخلهٔ متمرکز بر شفقت اینترنتی بر کاهش خودانتقادی و تحقیق سامرس اسپیجکرمان، ترامپتر، اسچروس و بوهلمیجر (۳۱) دربارهٔ تأثیر معنادار درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یک ابزار خودیاری‌رسان هدایت‌شده برای ارتقای سلامت روانی عموم و پژوهش آیو و همکاران (۳۲) در تأیید تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای شرم مربوط به آسیب و استرس پس از آسیب و همچنین تحقیق اندرسون و راسمن (۳۳) در تأیید تأثیر شفقت‌درمانی بر کاهش خودانتقادی و افزایش عزت‌نفس مبتلایان به بیماری‌های روان‌پزشکی همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، بیماری‌های جسمی درصورتی‌که به‌شکل آشکار برای دیگران عیان باشند، به‌ویژه بیماری‌های پوستی همچون ویتیلیگو در اذهان عمومی ممکن است با نشانه‌های بیماری‌های شدیدتر اشتباه گرفته شوند و سبب طرد اجتماعی مبتلایان گردند، بسیاری از فرصت‌های زندگی عادی و طبیعی را حتی بااینکه مصری و واگیر نیستند، از فرد سلب کنند (۴۰) و این‌چنین با کوله‌باری از احساس نقص به شرم درونی‌شده، سبب کاهش عزت‌نفس و افزایش کمرویی و هراس از حضور در اجتماع شوند.

درمان متمرکز بر شفقت به این بیماران کمک می‌کند تا ضمن آشتی و پذیرش نشانه‌های نقص، از تحمیل بار اضافی شرم و سرزنش جلوگیری کنند و با خود و دیگران مهربان باشند (۲۵). در درمان متمرکز بر شفقت نشانه‌های بدنیتی و تمسخر در رفتار دیگران به نحو دیگری ارزیابی می‌شوند؛ مثلاً به این صورت: همهٔ مردم کنجکاوند و همه از بیماری‌ها اطلاعات کافی ندارند، آنان حتی اگر تفسیر منفی از نشانه‌های بیماری ما داشته باشند، از روی ناآگاهی نسبت به بیماری و ترس و اضطراب از ابتلای خودشان است؛ بنابراین، چنین شرایطی نیازمند درک و همدلی و مهربانی با دیگران است. دیگران بر اساس آنچه می‌دانند، تجارب گذشته‌شان، ترس‌ها و عواطف خود به ما نگاه می‌کنند و قضاوت آنان نباید تأثیری بر ما داشته باشد، در غیر این صورت ما باید با افزایش واکنش‌های دفاعی و مبتنی بر جنگ‌وگریز، آرامش روانی خودمان را برهم بزنیم و رنج بیشتری را علاوه بر رنج آگاهی به نقص جسمانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

خود تحمل کنیم و شایستهٔ چنین حالتی نیستیم.

بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت در این آزمایش، با آموختن کاهش رفتارهای تکانشی و توأم با ترس و کناره‌گیری، برای افزایش مراقبت از بهزیستی روانی و جسمانی خود و افزایش همدلی و آرامش و احساسات مثبت و کمک‌کننده‌ای همچون مهربانی و دوست داشتن خود و دیگران شرم درونی کمتری احساس کنند.

به‌طورکلی، تجربهٔ درمان مبتنی بر شفقت به‌ویژه در بطن گروه درمانی، به افراد بیمار کمک می‌کند بیش‌ازپیش احساسات مثبت بیشتری را تجربه نمایند و این احساسات و مهارت‌های مثبت را در زندگی اجتماعی خود ادامه دهند (۲۶). به دنبال این امر، آنان از عزت‌نفس بیشتری برخوردار خواهند بود، لزومی ندارد خود و نقصشان را پنهان کنند و لزومی به کناره‌گیری اجتماعی وجود ندارد و با افزایش تعاملات و تجارب مثبت اجتماعی که نمونهٔ آن را در گروه تجربه کرده‌اند، به‌مرور کمرویی آنان نیز کاهش بیشتری را نشان خواهد داد و درنهایت، شرم درونی‌شده کاهش پیدا می‌کند.

نتایج مربوط به فرضیهٔ مقایسهٔ دو درمان مبتنی بر شفقت و پذیرش‌وتعهد در پژوهش حاضر با پژوهش‌های ابراهیمی‌فر، حسینیان، صفاریان طوسی و عابدی (۴۱) مبنی بر نبودِ تفاوت میان شفقت و پذیرش‌وتعهد در تأثیر بر خودکارآمدی، کیفیت روابط و معنای زندگی در زنان نابارور، همخوانی دارد. تحقیقات دیگری در مقایسهٔ دو درمان به‌منظور بهبود شاخص‌های روانی افراد بیمار یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان‌های مبتنی بر شفقت و پذیرش‌وتعهد هر دو با داشتن خاستگاهی یکسان از موج سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری و استفاده از فنون کم‌وبیش مشترک همچون ذهن‌آگاهی در لحظه (۴۱)، هر دو احتمالاً با مداخله در رویه‌های شناختی و عاطفی و رفتاری مخرب بیماران، در کاهش شرم مؤثر هستند.

هر دو درمان در بطن گروه به اجرا درآمده‌اند و از مزایای درمان گروهی و حمایت اعضای گروه به یک میزان استفاده کرده‌اند. هر دو درمان فارغ از تفاوت در فنون و روش درمان، به دنبال افزایش مواجههٔ افراد با مشکلات و پیشگیری از اجتناب تجربه‌ای افراد از مسائل و رنج‌های زندگی هستند. درمان پذیرش‌وتعهد مقداری رفتاری و عملیاتی‌تر عمل می‌کند (۴۲) و درمان مبتنی بر شفقت از تغییر دستگاه شناختی بهرهٔ بیشتری می‌گیرد (۴۳). هر دو رویه تقریباً به نتایج یکسانی می‌رسند، تغییر دستگاه تفسیری ذهن به بهبود رفتارهای اجتماعی و فردی می‌انجامد و بهبود رفتارها و افزایش تجارب مثبت به تعدیل شناخت‌ها و دستگاه ذهنی ناسازگار و منفی کمک می‌نماید؛ بنابراین، با عنایت به عوامل و خاستگاه مشترک و همچنین نتایج کلی یکسان پس از مداخله در هر دو رویکرد می‌توان گفت، در بیماران مبتلا به ویتیلیگو هر دو رویکرد تأثیر نسبتاً یکسانی را بر کاهش شرم درونی و ابعاد کمرویی و افزایش عزت‌نفس داشته‌اند و از این نظر، تفاوت چندانی میان گروه‌ها وجود نداشت. تغییر در شناخت‌ها و رفتارهای کلیشه‌ای مبتنی بر اضطراب و ترس، فرد را با دنیای ذهنی و رفتاری جدیدتری آشنا می‌کند که آن‌چنان هم ترساننده نیست و این سرآغاز افکار، احساسات و خزانهٔ رفتاری جدیدی است که به کاهش احساس شرم و کمرویی و همچنین افزایش عزت‌نفس در برخورد با مسائل فردی و بین فردی و اجتماعی منجر می‌شود؛ بنابراین، هر دو درمان شفقت و پذیرش‌وتعهد به میزان تقریباً برابر توانسته‌اند توانمندی‌های افراد را برای داشتن سبک زندگی سالم به‌دوراز سرزنش و سخت‌گیری و توأم با درک و همدلی و واقع‌نگری و جسارت و حرکت به‌سوی راه درست را افزایش دهند و به دنبال آن، در بهبود شرم درونی‌شده و ابعاد آن مؤثر باشند.

پژوهش حاضر محدود به جامعهٔ بیماران زن مبتلا به ویتیلیگو در بیمارستان تخصصی پوست رازی شهر تهران بود که دست کم مدرک تحصیلی دیپلم داشتند؛ به همین علت، باید در تعمیم نتایج این تحقیق به جوامع دیگر زنان احتیاط کرد. در اجرای تحقیق برخی دیگر از محدودیت‌ها ازجمله کنترل نکردن عوامل زمینه ای و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

فردی وجود داشت. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به‌سبب بعضی از عوامل زمینه ای همچون داوطلب درمان شدن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به‌منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌گردد واحدهای بهداشت و درمان بیماران صعب‌العلاج در جلسات مشاورهٔ فردی و گروهی از درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد و متمرکز بر شفقت برای کاهش شرم درونی‌شدهٔ بیماران مبتلا به ویتیلیگو استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از ریاست و کارکنان محترم بخش‌های بیمارستان فوق‌تخصصی رازی و بیماران عزیز شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و سپاس‌گزاری را دارند.

کد اخلاق: R.IAU.SRB.REC.1399.125

References

1. Yamaguchi Y, Hearing VJ. Melanocytes and their diseases. Cold Spring Harb Perspect Med. 2014;4: a017046. doi: 10.1101/cshperspect. a017046
2. Nagarajan A, Masthan MK, Sankar LS, Narayanasamy AB, Elumalai R. Oral manifestations of vitiligo. Indian J Dermatol 2015; 60:103. doi: 10.4103/0019-5154.147844
3. Mohamed E, Said E, Sayed D, Awad S, Ahmed M. Auditory system dysfunction in patients with vitiligo: is it a part of a systemic autoimmune process? Egyptian J Otolaryngol 2017; 33: 594–602.doi: 10.4103/ejo.ejo_6_17.
4. Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. Br J Dermatol 2008;159: 997-1035. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08832. x.
5. Ahmed I, Ahmed S, Nasreen S. Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2007; 19:19-21.
6. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002; 16:573-8. doi: 10.1046/j.1468-3083.2002. 00590.x
7. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. Lancet 2015; 386:74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60763-7
8. Lee YB, Lee JH, Lee SY, Yu DS, Han KD, Park YG. Association between vitiligo and smoking: A nationwide population-based study in Korea. Sci Rep 2020;10 :6231. doi: 10.1038/s41598-020-63384-y.
9. Kwinter J, Pelletier J, Khambalia A, Pope E. High-potency steroid use in children with vitiligo: a retrospective study. J Am Acad Dermatol 2007; 56:236-41. doi: 10.1016/j.jaad.2006.08.017.
10. Glassman SJ. Vitiligo, reactive oxygen species and T-cells. Clin Sci (Lond) 2011; 120:99-120. doi: 10.1042/CS20090603.
11. Chen YT, Chen YJ, Hwang CY, Lin MW, Chen TJ, Chen CC, et al. Comorbidity profiles in association with vitiligo: a nationwide population-based study in Taiwan. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015; 29:1362-9. doi: 10.1111/jdv. 12870.
12. Sawant NS, Vanjari NA, Khopkar U. Gender Differences in Depression, Coping, Stigma, and Quality of Life in Patients of Vitiligo. Dermatol Res Pract 2019; 6879412. doi: 10.1155/2019/ 6879412
13. Erfan G, Albayrak Y, Yanik ME, Oksuz O, Tasolar K, Topcu B, et al. Distinct temperament and character profiles in first onset vitiligo but not in alopecia areata. J Dermatol 2014;41:709-15. doi: 10.1111/1346-8138.12553.
14. Nogueira LS, Zancanaro PC, Azambuja RD. Vitiligo and emotions. A Bras Dermatol 2009; 84:41-5. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0365-05962009000100006.
15. Cavalera C, Pepe A, Zurloni V, Diana B, Realdon O, Todisco P, et al. Negative social emotions and cognition: Shame, guilt and working memory impairments. Acta Psychol (Amst) 2018; 188:9-15. doi: 10.1016/j.actpsy.2018.05.005
16. Gilbert P. Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2011. doi:10.1037/12326-014.
17. Angulo J, Fleury V, Péron JA, Penzenstadler L, Zullino D, Krack P. Shame in Parkinson'S Disease: A Review. J Parkinsons Dis 2019; 9:489-499. doi: 10.3233/JPD-181462.
18. Almomani N, Abdulmajeed I, Rahman SU, Alakkam A. Quality of Life and Affective Health of Patients with Vitiligo. J Sleep Dis Ther 2015; 4: 1-8. doi:10.4172/2167-0277.1000190
19. Morrison B, Burden-Teh E, Batchelor JM, Mead E, Grindlay D, Ratib S. Quality of life in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol 2017;177: e338-e339. doi: 10.1111/bjd.15933
20. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. Am J Clin Dermatol 2016; 17:305-11. doi: 10.1007/s40257-016-0172-x

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.8.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.82]

21. Ahmadi R, Sajjadian I, and Jafari F. The effectiveness of compassion-based therapy on anxiety, depression and suicidal ideation in women with vitiligo. Skin Beauty Quarterly 2019; 10: 18-29.
22. SharifiKia T, ahangar e, Askari Z, and Taha M. The effectiveness of positive psychotherapy on the sense of hope and psychological well-being of patients with vitiligo. Develop Psychol 2019; 8: 133-142.
23. Shahmoradi Z, Khaleghipour Sh, and Masjedi M. Comparison of the effectiveness of "schema therapy" and "mindfulness-based cognitive therapy" on maladaptive schemas and general health of patients with vitiligo. Health Promotion Management Quarterly 2018; 7: 42-52.
24. Zakeri M, Hassani M, and Ismaili N. The effectiveness of emotion process regulation training on psychological distress in people with vitiligo. J Health Psychol 2017; 6: 39-56.
25. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol 2014;53:6-41. doi: 10.1111/bjc.12043
26. Krieger T, Reber F, von Glutz B, Urech A, Moser CT, Schulz A, et al. An Internet-Based Compassion-Focused Intervention for Increased Self-Criticism: A Randomized Controlled Trial. Behav Ther 2019; 50:430-45. doi: 10.1016/j.beth.2018.08.003.
27. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. Gastroenterol 2018; 156: 935-45. doi: 10.1053/j.gastro.2018. 11.030
28. Rahmanian M, Nejad Ali R, and Orki, M.The effectiveness of "acceptance and commitment-based therapy" on cognitive regulation of emotion and body image anxiety in women with binge eating disorder. Health Promot Manage Quart 2018; 7: 33-40. doi: 10.22070/cpap.2020.2941
29. Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. Body Image 2020; 32:155-166. doi: 10.1016/j.bodyim. 2020.01.002
30. Salimi A, Dehfarshteh, A, Zahrakar K, Davarnia R, and Shakermi M. The effectiveness of compassion-focused therapy on the mental health of women with multiple sclerosis. 24 Horizon of Knowledge Magazine 2019; 2: 125-31.
31. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2018; 86:101-115. doi: 10.1037/ccp0000268.
32. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. Behav Ther 2017; 48:207-221. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.012
33. Andersen B, & Rusmassen P H. Transdiagnostic group therapy for people with self- critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. J Compassion Health Care 2017; 4: 185-96. doi:10.1186/s40639-017-0043-1
34. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I.Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals with Social Anxiety. J Contemporary Psychother 2015; 45: 89–98. doi:10.1007/s10879-014-9286-8
35. Babaei Garmkhani M, Kasaei A, Kianoosh Z & Esmaeil A. Effectiveness of compassion focused group counseling on emotion regulation strategies and marital satisfaction of betrayal women with cyber infidelity. Family Counsel Psychother 2019; 2: 73- 92. doi :20.1001.1.22516654.1398.9.2.4.0
36. Davarnia R, Zahrakar K, Asadpour I, Mohsenzadeh F, and Kasaei Esfahani A. The effectiveness of compassionate group counseling on internalized shame in women affected by marital infidelity (one month follow-up). J Neishabour School Med Sci 2019; 8: 60-76. doi:10.29252/nkjmd-13022.
37. Rajabi G, Abbasi Gh. Investigating the Relationship between Self-Criticism, Social Anxiety, and the Fear of Failure with Internalized Shame in Students of Clinical Psychology. Res Counsel 2011; 1: 171 -82.
38. Fathollahzadeh N, Majlisi Z, Mazaheri, Z, Rostami M, and Navabi Nejad Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy on the inner shame and self-criticism of emotionally abused women. Psychol Studies 2017; 13: 151-168. doi:10.22051/psy.2017.12381.1274.
39. Majumdar S, Morris R. Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. Br J Clin Psychol 2019; 58:70-90. doi: 10.1111/bjc.12198.
40. Karimi Z, Khodabakhshi Kolaei A, Ehsani A. Comparison of suicidal ideation and stress in patients with vitiligo with people without skin disease: a case-control study. J Skin Beauty 2015; 7: 131-38.
41. Ebrahimifar M, Hosseinian, S, Saffarian T M, and Abedi M. Comparison of the effectiveness of education based on "acceptance and commitment therapy" and "compassion-focused therapy" on self-efficacy, relationship quality and meaning of life in infertile women. Health Promot Manag Quarter 2019; 8: 10-18.
42. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther 2013; 44: 180-198.doi: 10.1016/j.beth.2009. 08.002
43. Neff K D. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Soc Personal Psychol Compass 2011; 5: 1–12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x