

Original article

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Pain and Life Engagement in Patients with Psoriasis

Shahin Shahidi¹
Ramezan Hasanzadeh^{1*}
Bahram Mirzaian¹

- 1- PhD student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
- 2- Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
- 3- Associate Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

*Corresponding author: Ramezan Hasanzadeh,
Department of Psychology, Sari Branch,
Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

Received: 19 July 2022
Accepted: 01 October 2022

ABSTRACT

Introduction and purpose: The impact of psoriasis is very high on the quality of patients' life even when a very small area of the body is involved. Psoriasis patients have a lower quality of life than the general population. This study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on mental pain and life engagement in patients with psoriasis.

Methods: This study was a semi-experimental type with a pretest-posttest design and a one-month follow-up with the control group. The statistical population consisted of all patients referred to skin and hair clinics in Boroujerd, Iran, in 2021, who received a definite diagnosis of psoriasis. Among these, 54 patients whose depression rate was higher than the cut-off point were selected through non-random sampling and were replaced in an experimental group (receiving ACT) and a simple random control group (18 in each group). Afterward, eight 90-min sessions of ACT were performed in the experimental group. Data were collected using mental pain (OMMP; Orbach et al., 2003) and life engagement (Hasanzadeh, 2014) questionnaires, as well as the Beck depression inventory (Beck, 1996). Data were analyzed using the SPSS software (version 22) and through repeated measures analysis of variance (ANOVA) test.

Results: The results showed that ACT was effective on mental pain ($P < 0.01$, $F = 31.53$) and life engagement ($P < 0.01$, $F = 54.08$) of patients with psoriasis, which continued until the follow-up stage.

Conclusion: It can be concluded that ACT was effective in reducing mental pain and increasing life engagement in patients with psoriasis. It is suggested to use this treatment to reduce the psychological problems of patients with psoriasis.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Life engagement, Mental pain, Psoriasis patients

► **Citation:** Shahidi Sh, Hasanzadeh R, Mirzaian B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Pain and Life Engagement in Patients with Psoriasis. Journal of Health Research in Community. Autumn 2022;8(3): 68-77.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد ذهنی و اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس

چکیده

شاهین شهیدی^۱
رمضان حسن زاده^{۲*}
بهرام میرزاییان^۳

مقدمه و هدف: تأثیر بیماری پسوریازیس بر کیفیت زندگی بیماران حتی در حالاتی که سطح بسیار اندکی از بدن درگیری دارد، بسیار زیاد است. بیماران مبتلا به پسوریازیس کیفیت زندگی پایین تری نسبت به جمعیت عادی دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر درد ذهنی و اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام بیماران مراجعه کننده به کلینیک های پوست و موی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ بودند که تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس دریافت کردند. از این تعداد، ۵۴ بیمار مبتلا به پسوریازیس که میزان افسردگی آنها بیشتر از نقطه برش بود، به روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل جایگزین شدند (۱۸ نفر در هر گروه). سپس ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش ارائه شد. داده ها با استفاده از درد ذهنی (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳) (OMMP)، اشتیاق به زندگی (حسن زاده، ۱۳۹۴) و آزمون افسردگی بک (بک، ۱۹۹۶) جمع آوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد ذهنی ($F=31/53, P<0/01$) و اشتیاق به زندگی ($F=54/08, P<0/01$) بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش است و این نتیجه تا مرحله پیگیری تداوم داشت.

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش درد ذهنی و افزایش اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس مؤثر بود. پیشنهاد می شود از این درمان به منظور کاهش مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس استفاده شود.

کلمات کلیدی: اشتیاق به زندگی، پسوریازیس، درد، درمان پذیرش و تعهد

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. استاد، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: رمضان حسن زاده، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۹

◀ **استناد:** شهیدی، شاهین؛ حسن زاده، رمضان؛ میرزاییان، بهرام. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد ذهنی و اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۴۰۱، ۸(۳): ۷۷-۶۸.

مقدمه

پسوریازیس از بیماری های مزمن و شایع پوستی است که تقریباً ۲ درصد افراد جامعه را درگیر می کند. تأثیر این بیماری

بر کیفیت زندگی بیماران، حتی در حالاتی که سطح بسیار اندکی از بدن درگیر باشد، بسیار زیاد است. بیماران مبتلا به پسوریازیس کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به جمعیت عادی دارند [۱]. نتیجه مطالعات بیان می‌کند بیماران پسوریازیس خطر زیادی از نظر ابتلا به افسردگی، اضطراب و خودکشی دارند. مطالعات اخیر نشان دادند ۳۷ تا ۵۰ درصد از مبتلایان به پسوریازیس تشدید علائم بیماری‌شان را به دنبال هیجان‌های عصبی گزارش کرده‌اند. در واقع از عوامل تنش‌زا به‌عنوان مهم‌ترین عوامل آغازگر یا تشدیدکننده روند بیماری یاد شده است [۲].

پنج زیرگونه پسوریازیس شامل ولگاریس (Vulgaris) (پلاک)، پوسچولار (Pustular)، اینورس (Inverse) و اریترودرمیک (Erythrodermic) هستند. شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پلاک است که تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد از بیماران پسوریازیس را درگیر می‌کند [۳]. تأثیرات بیماری موجب تداخل در فعالیت‌های فیزیکی بیماران مانند خواب و فعالیت‌های روزانه می‌شود [۴]. در تحقیقی نشان داده شد ۴۰ درصد از این بیماران در انتخاب لباس مناسب مشکل دارند [۵]. ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به پسوریازیس به‌خاطر این بیماری بیکار می‌شوند [۶]. پسوریازیس با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بارز و اختلالاتی همراه است که معمولاً تأثیر مخربی بر کیفیت زندگی بیمار می‌گذارند [۷، ۸]. در پژوهش‌ها بر منشأ روان‌تنی این بیماری نیز تأکید شده است [۹]. بیماران مبتلا به پسوریازیس اغلب احساسات شرم و گناه را بیان می‌کنند و می‌گویند که با این بیماری به آن‌ها برچسب زده می‌شود [۱۰]. پسوریازیس با مشکلات روان‌شناختی مختلفی از جمله عزت‌نفس کم، افسردگی، اضطراب، بدعملکردی جنسی و تفکرات خودکشی ارتباط دارد [۱۱، ۱۲].

Grossman و همکاران نشان دادند پسوریازیس با بیماری‌ها و شرایط متعددی همبودی (Comorbidity) دارد [۱۳]. یکی از این شرایط، وضعیت سلامت ذهنی افراد است. سلامت ذهنی مربوط به تجربه زیسته انسان و ویژگی بسیار پویای زندگی است [۱۳].

یکی از عواملی که با سلامت ذهنی بیماران پسوریازیس ارتباط دارد، درد ذهنی است. درد ذهنی به‌صورت دامنه‌ای از تجربه‌های ذهنی تعریف می‌شود که با درک تغییرات منفی درباره خود و عملکرد آن مشخص می‌شود و با احساس‌های منفی شدیدی همراه است [۱۴]. درد ذهنی شکلی از رنج روانی است که به صورت احساس شکسته شدن، زخمی شدن، ازدست‌دادن کنترل و آگاهی منفی درباره خود توصیف می‌شود [۱۵]. درد ذهنی یکی از عواملی است که در این بیماران با گستره‌ای از اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی و اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder) مرتبط است.

عواقب بیماری پسوریازیس گاهی منجر به عوارض روانی در فرد می‌شود که ممکن است بر شیوع بالینی اضطراب و افسردگی در این بیماران صحنه بگذارد. این عامل تأثیر مستقیمی بر اشتیاق به زندگی در این بیماران دارد [۲]. ضرورت اشتیاق برای زندگی از این جهت است که تنها راه مؤثر برای رویارویی با موانع زندگی است. اشتیاق به معنای ایجاد فضایی برای تحمل اثرات جانبی منفی از قبیل افکار و احساسات ناخوشایند به‌منظور خلق یک زندگی ارزشمند است [۱۶]. زندگی افراد دارای اشتیاق به زندگی، هدفمند و سازمان‌یافته است و انتظارات و آرزوهای منطقی و مناسبی دارند؛ آن‌ها همچنین خوش‌بین، مثبت‌اندیش، برون‌گرا و زودجوش هستند [۹]. مبتلایان به پسوریازیس ممکن است از اماکن عمومی دوری کنند، در ارتباطات بین‌فردی به‌خاطر انگ و همچنین تغییرات ظاهری به‌وجودآمده به سبب بیماری دچار مشکلاتی باشند و حتی افکار خودکشی در بعضی از آن‌ها گزارش شده است [۱۷]. هرچه فرد سرسخت‌تر باشد، کمتر دچار انزوای اجتماعی و افکار خودکشی می‌شود. پژوهش‌های متعدد در خصوص بیماران نشان داده‌اند سرسختی یکی از عوامل مؤثر بر روند بهبود و سلامت روان این بیماران است [۱۸، ۱۹].

در سال‌های اخیر ازجمله درمان‌های رایج برای مشکلات اضطرابی و افسردگی بیماران مختلف مثل بیماران پسوریازیس،

پسوریازیس است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست و موی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ بودند که تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس دریافت کردند. از این بین، ۵۴ نفر که میزان افسردگی آن‌ها بیشتر از نقطه برش بود، به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (از نوع قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه جایگزین شدند (۱۸ نفر در هر گروه). سپس ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش ارائه شد. ملاک‌های ورود شامل ابتلای قطعی به بیماری پسوریازیس، توانایی برقراری ارتباط، تشخیص افسردگی بر اساس نمره آن‌ها در پرسش‌نامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در ۶ ماه گذشته، عدم مراجعه برای روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، تمایل آگاهانه و امضای رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت در جلسات روان‌درمانی بیش از دو جلسه، تکمیل ناقص پرسش‌نامه، عدم تمایل به ادامه فرایند روان‌درمانی و مشخص شدن ابتلای قبلی شرکت‌کنندگان به اختلالات روانی بود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: ۱- تمام افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی در زمینه پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت داشتند؛ ۲- این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه باقی می‌مانند و برای امور پژوهشی از آن‌ها استفاده می‌شود؛ ۳- به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

متغیرهای بررسی شده در این مطالعه عبارت بودند از: درد ذهنی و اشتیاق به زندگی که متغیرهای وابسته این پژوهش بودند. درمان پذیرش و تعهد نیز متغیر مستقل در این پژوهش به شمار می‌آید.

درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. Cardel و همکاران نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر درمان بیماری دیابت نوع دو با تقویت تعهد آنان بر کاهش شاخص گلیسمی داشته است [۲۰]. همچنین Kocovski و همکاران نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اضطراب اجتماعی و افسردگی را کاهش داده است [۲۱].

از دیدگاه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، افسردگی و اضطراب برآیند ارتباطات نابهنجاری است که بین هیجان، شناخت و رفتار در اثر فرایندهایی مانند اجتناب تجربه‌گرایانه و همجوشی شناختی به وجود می‌آید. اجتناب تجربه‌گرایانه به این معنی است که فرد به صورت ذهنی در حال اجتناب از احساسات خود خواهد بود و این منجر به منع فرد از زندگی مبتنی بر اهداف ارزشمندش می‌شود [۲۲]. همجوشی شناختی ناشی از غلبه یافتن محرک‌های کلامی-شناختی در تنظیم رفتاری است. در چنین حالتی بیمار با واقع‌انگاری که نسبت به محرک‌های زبانی (مثل افکار بی‌کفایتی) دارد، به‌نوعی با آن‌ها همانندسازی می‌کند و تمام رفتارهای او در جهتی قرار می‌گیرد که به این واقعیت زبان‌ساخته پاسخ عینی بدهد [۱۵].

درمان پذیرش و تعهد مدعی است انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بطن کارکرد هیجانی سالم قرار دارد. مراجعان از طریق ۶ فرایند اساسی (پذیرش، همجوشی‌زدایی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها) هدایت می‌شوند تا به گشودگی برسند و بر اساس تجربه واقعی اقدام کنند، نه بر اساس آنچه ذهن یا بدن خواستار آن است [۲۳]. آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی و اضطراب در مدل فراشناختی به‌طور خلاصه با فعال شدن سندروم شناختی توجهی در پاسخ به اختلال خلقی یا اضطرابی و استرس قابل‌ردیابی است. این عامل نیز به نوبه خود با تفاوت‌های فردی در باورهای فراشناختی و میزان پیاده‌سازی کنترل اجرایی انعطاف‌پذیرانه بر پردازش مرتبط است [۲۴]. با توجه به مطالب گفته‌شده، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد ذهنی و اشتیاق به زندگی بیماران مبتلا به

۱- پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسش نامه شامل

اطلاعات جمعیت شناختی جنسیت، سن و وضعیت تأهل بود.

۲- پرسش نامه درد ذهنی اورباخ و میکولینسر (OMMP):

Orbach و همکاران این مقیاس را برای اندازه گیری شدت درد ذهنی طراحی کردند [۲۵]. این مقیاس ۴۴ سؤال دارد و اعتباریابی اولیه آن روی ۲۲۵ دانشجویانجام شد. تحلیل عوامل درمان پذیرش و تعهد شافی Orbach و همکاران، ۹ خرده مقیاس را برای اندازه گیری جنبه های مختلف درد ذهنی شامل تغییرناپذیری، نداشتن کنترل، خودشیفتگی-بی ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک زدگی (بهت)، از خودبیگانگی، سردرگمی، فاصله گیری اجتماعی و پوچی (بی معنایی) شناسایی کرد [۲۵]. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه در خرده مقیاس های تغییرناپذیری ۰/۸۷، نداشتن کنترل ۰/۷۴، خودشیفتگی-بی ارزشی ۰/۸۹، آشفتگی هیجانی ۰/۷۶، خشک زدگی (بهت) ۰/۸۰، از خودبیگانگی ۰/۷۰، سردرگمی ۰/۷۳، فاصله گیری اجتماعی ۰/۷۶ و پوچی (بی معنایی) ۰/۷۹ و ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۸۲ به دست آمد.

۳- پرسش نامه اشتیاق به زندگی: این مقیاس ۵۰ سؤال

دارد که حسن زاده آن را در سال ۱۳۹۴ طراحی کرده است. این پرسش نامه در طیف لیکرت ۵ درجه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود (۲۷). در این پژوهش ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد که مثبت و معنی دار است.

۳- آزمون افسردگی بک (BDI-II): این مقیاس نشانگان

افسردگی را طبق ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی ارزیابی می کند که انجمن روان پزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی چاپ چهارم ارائه داده است [۲۸]. این پرسش نامه ۲۱ آیت چهارگزینه ای از صفر تا ۳ دارد و نمره کلی آن بین صفر تا ۶۳ متغیر است [۲۸]. در این پژوهش ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۴- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: محتوای درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش به صورت گروهی و بین ماه های خرداد تا شهریور سال ۱۴۰۰ اجرا شد. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱

جدول ۱: شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسه (۲۷)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی اعضا، برقراری رابطه درمانی، مفهوم سازی مشکل، آشنایی با مفاهیم درمانی (ACT) و بستن قرارداد همکاری و درمان
جلسه دوم	کشف و بررسی روش های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن ها، بحث درباره موقتی بودن و کم اثر بودن آن ها، پذیرش روانی و روشن سازی ارزش ها و عمل
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد، کنترل و پی بردن به بهبودی آن ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	آموزش تنظیم هیجان، توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از استعاره و تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بیان ارتباط مشترک رفتار، احساسات، کارکردهای روان شناختی و رفتار قابل مشاهده، بحث در زمینه تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر، برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت های حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها، جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون، آموزش تن آرامی با استفاده از روش های تنش زدایی برای مرحله پیگیری

آمده است.

در بررسی توصیفی داده‌ها، شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار مربوط به هریک از متغیرهای پژوهش محاسبه شد. در بخش آمار استنباطی، برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای بررسی اصلی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۳۴/۷۹ (۸/۴۱) سال بود.

جدول ۲: آمار توصیفی جنسیت و دامنه سنی

مؤلفه	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۳۸
	زن	۱۶
دامنه سنی	۱۸ تا ۲۸ سال	۶
	۲۸ تا ۳۸ سال	۲۴
	۳۸ تا ۴۸ سال	۱۷
	۴۸ سال و بیشتر	۷

جدول ۳: شاخص‌های آماری متغیرها در سه گروه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	اشتیاق به زندگی بیماران	۴۴/۴۵	۱۲/۵۶	۵۰/۱۱	۱۵/۳۲	۴۹/۶۸
	درد ذهنی بیماران	۸۵/۸۹	۲۲/۹۸	۷۴/۳۶	۲۰/۱۴	۷۲/۱۰
گواه	اشتیاق به زندگی بیماران	۴۳/۴۸	۱۱/۲۴	۴۴/۳۰	۱۱/۵۰	۴۴/۶۱
	درد ذهنی بیماران	۸۳/۳۵	۲۱/۲۲	۸۲/۲۱	۲۱/۱۹	۸۳/۱۷

جنسیت و دامنه سنی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ آمده است.

یافته‌ها نشان داد ۳۸ نفر (۷۰/۴ درصد) از پاسخ‌دهندگان مرد بوده‌اند. بیشترین تعداد افراد پاسخ‌دهنده در سن ۲۸ تا ۳۸ سال با تعداد ۲۴ نفر (۴۴/۴ درصد) بودند و کمترین تعداد افراد در سن ۱۸ تا ۲۸ سال با تعداد ۶ نفر (۱۱/۱ درصد) بودند.

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره درد ذهنی و اشتیاق به زندگی در گروه آزمایش و گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها (با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف) و آزمون همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) نشان داد فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری بین گروه‌های مطالعه در متغیرهای درد ذهنی و اشتیاق به زندگی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار است. این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای درد ذهنی و اشتیاق به زندگی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرها میانگین تغییر کرده است.

نتایج جدول ۴ بیانگر این است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درد ذهنی و اشتیاق به زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	F	معناداری
درد ذهنی	زمان	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۰۱
	زمان*گروه	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۰۱
	گروه	۳۱/۵۳	۰/۰۰۰۱
اشتیاق به زندگی	زمان	۷۰/۴۸	۰/۰۰۰۱
	زمان*گروه	۳۵/۳۹	۰/۰۰۰۱
	گروه	۵۴/۰۸	۰/۰۰۰۱

زمان نیز به‌تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد نمره متغیر درد ذهنی و اشتیاق به

زندگی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر، گروه آزمایش اثربخشی زیادی بر کاهش درد ذهنی و افزایش اشتیاق به زندگی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند درد ذهنی و اشتیاق به زندگی

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه درد ذهنی و اشتیاق به زندگی

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری
درد ذهنی	آزمایش	پیش‌آزمون	* ۲/۲۰ -	* ۱/۷۷ -
		پس‌آزمون	-	۰/۴۲°
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۱	۰/۰۱
		پس‌آزمون	-	۰/۰۰
اشتیاق به زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	* ۴/۶۰	* ۴/۷۵
		پس‌آزمون	-	* ۰/۱۵
	گواه	پیش‌آزمون	- ۰/۰۶	- ۰/۰۸
		پس‌آزمون	-	- ۰/۱۱

*P < ۰/۰۵

در مرحله پیگیری در گروه آزمایش پایدار مانده است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد ذهنی و اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس بود. یافته‌ها نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش

بحث و نتیجه‌گیری

و تعهد بر درد ذهنی در بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش است که با یافته‌های مفید و همکاران، رستمی و همکاران همسو است [۲۸، ۲۹].

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به‌عنوان توانایی تغییر یا پایداری با طبقات رفتارهای عملکردی تعریف شده است که از طریق اهداف تحقق یابند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان تشویق می‌شوند احساسات و افکار ناخوشایند و ناراحت‌کننده خود را بپذیرند. همچنین باید زمینه‌ای را که رفتار در آن رخ می‌دهد و عملکردی که در خدمت آن است، در نظر داشته باشند. با وجود مشکلات فراوانی که بیماران مبتلا به پسوریازیس دارای اختلال افسردگی با آن درگیر هستند، خوشبختانه در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی برای درمان و بهبود افسردگی و دردهای ذهنی ایجاد شده به کار گرفته شده است [۳۰].

شواهد در حال رشدی وجود دارد که نشان‌دهنده کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی و دردهای ذهنی است. در این درمان، قرار گرفتن فرد در معرض درمان باعث افزایش آگاهی بیمار درباره خود می‌شود و به ارتقای مهارت‌های بین‌فردی، اجتماعی و انطباق افراد با محیط کمک می‌کند. از آنجا که افسردگی از افکار منفی و شناخت‌های معیوب برخاسته است، امروزه روان‌درمانگران تأثیر باورها و تفکر فرد را در ایجاد انواع مسائل روان‌شناختی مهم می‌دانند و معتقد هستند که بیشتر اختلالات از جمله افسردگی، از شناخت‌های معیوب برآمده هستند؛ به این معنی که وقایع به‌خودی‌خود تعیین‌کننده احساسات نیستند، بلکه معانی‌ای که ما به آن‌ها نسبت می‌دهیم، نقش تعیین‌کننده‌ای دارند [۲۹].

همچنین می‌توان گفت که اقدام متعهدانه بر اساس دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد رابطه نزدیکی با اشتیاق به زندگی دارد. می‌توان به افراد آموزش داد که همیشه با گشودگی و انعطاف‌پذیری با مسائل برخورد کنند و در برخورد با مشکلات

و رفتارهایشان باانگیزه باشند، ضمن پذیرش زمان حال، همواره به رشد و پیشرفت بیندیشند، از چالش‌نهراسند و از گسلش روان‌شناختی استفاده کنند. این‌ها مفاهیم مشترکی در درمان پذیرش و تعهد و انگیزه پیشرفت و اشتیاق به زندگی است. مزیت عمده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویکردهای دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی برای تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی آموزش‌هاست. همچنین از آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان به‌عنوان ابزار حمایتی و مؤثر برای ارتقای اشتیاق به زندگی استفاده کرد [۳۱]. یافته‌ها نشان که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش است که با یافته‌های فتحی‌زاده و درستی و Suyanti و همکاران همسو است [۳۲، ۳۱].

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که اقدام متعهدانه بر اساس دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد رابطه نزدیکی با اشتیاق به زندگی دارد. می‌توان به افراد آموزش داد که همیشه با گشودگی و انعطاف‌پذیری با مسائل برخورد کنند و همواره در برخورد با مشکلات و رفتارهایشان باانگیزه باشند، ضمن پذیرش زمان حال همواره به رشد و پیشرفت بیندیشند، از چالش‌نهراسند و از گسلش روان‌شناختی استفاده کنند. این‌ها مفاهیم مشترکی در درمان پذیرش و تعهد و انگیزه پیشرفت و اشتیاق به زندگی است. مزیت عمده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویکردهای دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به‌منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی آموزش‌هاست. همچنین از آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان به‌عنوان ابزار حمایتی و مؤثر برای ارتقای اشتیاق به زندگی استفاده کرد [۳۲].

با توجه به اینکه این پژوهش در بین بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود؛ زیرا ممکن است در جامعه دیگر، نتایج متفاوتی ارائه شود. شرکت‌کنندگان در انتخاب اولیه به صورت

روش‌های روان‌شناختی استفاده کنند.

می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش درد ذهنی و افزایش اشتیاق به زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس مؤثر بود. پیشنهاد می‌شود از این درمان برای کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس استفاده شود.

قردانی

این مقاله از رساله دکترای نویسنده اول با کد اخلاق مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به شماره IR.IAU.SARI.REC.1400.018 گرفته شده است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض در منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Langley RG, Paller AS, Hebert AA, Creamer K, Weng HH, Jahreis A, et al. Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64(1): 64-70.
2. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Calliess IT. Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007; 25(6): 547-54.
3. Barzamini MA, Hosseinaei A. The effectiveness of group compassion-focused therapy (cft) on internalized shame in patients with Psoriasis. *Armaghan e Danesh* 2019; 24(5): 998-1012.
4. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J*

داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند، لذا ممکن است نتایج تحت تأثیر اثر مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد. سواد و تحصیلات ممکن است به‌نوع محدودیت در این طرح مطرح شود و نتایج مطالعه حاضر را مخدوش کند. در این پژوهش برخی از عوامل محیطی و خانوادگی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان بررسی و کنترل نشد. با توجه به اینکه پژوهش روی بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود و نتایج حاصل با نتایج این تحقیق مقایسه شود. توجه به عامل جنسیت و تفکیک گروه‌های درمان در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود؛ زیرا این دو عواملی هستند که ممکن است نتایج تحقیق را تغییر دهند. به درمانگران پیشنهاد می‌شود زمانی که با افراد دارای اختلالات اضطرابی و اجتناب‌ناختی مواجه می‌شوند، به‌منظور درمان اضطراب و افزایش تعاملات اجتماعی، ابتدا تنظیم هیجانی و معناداری زندگی آن‌ها را بررسی کنند که می‌توانند در این زمینه از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در این پژوهش بررسی شد، به‌عنوان روش درمانی مؤثر و کارآمد در کنار سایر

- Am Acad Dermatol 2006; 54(4): 685-704.
5. Chaudhari U, Romanoph T, Mulcahy LD, Dooley LT, Baker DG, Gottlieb AB. Efficacy and safety of infliximab monotherapy for plaque-type psoriasis: a randomized trial. *Lancet* 2001; 357(9271): 1842-70.
6. Ayala-Fontánez N, Soler DC, McCormick TS. Current knowledge on psoriasis and autoimmune diseases. *Psoriasis (Auckl)* 2016; 22(6): 7-32.
7. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(12): 833-42.
8. Chapman BP, Moynihan J. The brain-skin connection: role of psychosocial factors and neuropeptides in psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol* 2009; 5(6): 623-7.
9. Feldman SR, Malakouti M, Koo JY. Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and

- practice. *Dermatol Online J* 2014; 20(8): 130.
10. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(1): 67-72.
 11. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6(6): 383-92.
 12. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012; 51(1): 12-26.
 13. Grossman-Giron A, Becker G, Kivity Y, Shalev S, Tzur Bitan D. Mental pain intensity and tolerance as predictors of psychotherapy process and outcome. *J Clin Psychol* 2021; 77(6): 1296-1306.
 14. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol* 2013; 122(1): 231-7.
 15. Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2019; 26(5): 511-30.
 16. Lumry WR, Weller K, Magerl M, Banerji A, Longhurst HJ, Riedl MA, et al. Impact of lanadelumab on health-related quality of life in patients with hereditary angioedema in the HELP study. *Allergy* 2021; 76(4): 1188-98.
 17. Alshayban D, Joseph R. Health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus in Eastern Province, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *PLoS One* 2020; 15(1): 1-12.
 18. Hashemi N, Souri A, Ashoori J. The relationship between social capital and psychological hardness with general health of patients with type II diabetes. *J Diabetes Nurs* 2016; 4(1): 43-53 (Persian).
 19. Yousefi Afrashteh M, Golmohammadi F, Tmjidi N. The path analysis of mediating role of hope of life in relationship between psychological hardness and the power to tolerate ambiguity and death anxiety for MS patients. *MJMS* 2021; 63(4):1-11 (Persian).
 20. Cardel MI, Ross KM, Butryn M, Donahoo WT, Eastman A, Dillard JR, et al. Acceptance-based therapy: the potential to augment behavioral interventions in the treatment of type 2 diabetes. *Nutr Diabetes* 2020; 10(1): 1-6.
 21. Kocovski NL, Fleming JE, Blackie RA, MacKenzie MB, Rose AL. Self-help for social anxiety: Randomized controlled trial comparing a mindfulness and acceptance-based approach with a control group. *Behav Ther* 2019; 50(4): 696-709.
 22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2011.
 23. Mohammadi SY, Soufi A. The effectiveness of acceptance and commitment treatment on quality of life and perceived stress in cancer patients. *J Health Psychol* 2020; 8(32): 57-72 (Persian).
 24. Gohari Nasab A, Seyrafi M, Kraskian A, Kalthornia Golkar M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in health anxiety and adherence to treatment in patients undergoing open-heart surgery. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology* 2021; 8(1): 1-6.
 25. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav* 2003; 33(3): 219-30.
 26. Karami J, Bagian MJ, Momeni K, Elahi A. Measurement of mental pain: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *J Health Psychol* 2018; 7(25): 146-72 (Persian).
 27. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory (BDI-II). Pearson; 1996.
 28. Mofid V, Fatehizadeh M, Dorosti F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *SRSPI* 2017; 6(3): 17-30.
 29. Rostami M, Keykhosrovani M, Poladi Rishehri A. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment therapy versus training coping strategies on anxiety and despair of mothers of children with autistic spectrum disorder. *Iran South Med J* 2020; 23(1): 56-69 (Persian).
 30. Fathi S, Pouyamanesh J, Ghamari M. The Effectiveness of Emotion-based Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on the Pain Severity and Resistance in Women with Chronic Headaches. *J Community Health* 2021; 14(4): 75-87 (Persian).
 31. Suyanti TS, Keliat BA, Daulima NH. Effect of logotherapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enferm Clin* 2018; 28: 98-101.
 32. Galvez-Sánchez CM, Montoro CI, Moreno-Padilla M, Reyes del Paso GA, de la Coba P. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Central Pain Sensitization Syndromes: A Systematic Review. *J Clin Med* 2021; 10(12): 1-22.