

Research Article

The Effectiveness of Improving the Quality of Life Therapy on Anxiety and Quality of Life in Women with Vitiligo

Misgh Nourozi¹, Hamid Taher Neshat Doust^{2*} & Fariba Jafari³

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir

3. Professor, Department of Pharmacology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim: This study aimed to determine the effectiveness of psychotherapy based on improving quality of life on anxiety and quality of life in women with vitiligo.

Method: The study employed a quasi-experimental design. The statistical population included all women with vitiligo referred to the Isfahan Dermatology and Leishmaniasis Research Center. From this population, 20 women were selected through available sampling and randomly assigned to either an experimental or control group (10 participants per group). Both groups completed the Beck Anxiety Inventory (1988) and the Dermatology Life Quality Index (2004) as pre-tests. After the experimental group completed eight sessions of psychotherapy focused on improving quality of life (one 90-minute session per week for eight weeks), post-tests were administered to both groups immediately and again one month later. The collected data were analyzed using repeated measures analysis of variance via SPSS.23 software.

Results: The results of repeated measures analysis of variance indicated that psychotherapy focused on improving quality of life significantly reduced anxiety scores and increased the quality of life in women with vitiligo.

Conclusion: Given that psychotherapy based on improving quality of life positively affects anxiety and quality of life in women with vitiligo, teaching this therapeutic approach is recommended as an effective intervention to reduce anxiety and enhance the quality of life in this population.

Key words: Anxiety, Quality of Life, Improving the Quality of Life Therapy, Vitiligo

Citation: Nourozi, M., Taher Neshat Doust, H., & Jafari, F. (2024). The Effectiveness of Improving the Quality of Life Therapy on Anxiety and Quality of Life in Women with Vitiligo. *Appl. Psychol* 18 (3):36-51.

مقاله پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ویتیلیگو

میتاق نوروزی^۱، حمید طاهر نشاط دوست^{۲*} و فریبا جعفری^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد خوارسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: h.neshat@edu.ui.ac.ir

۳. استاد، گروه داروشناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

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

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان بود که در این میان تعداد ۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (۱۰ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه‌های اضطراب بک (۱۹۸۸) و درماتولوژی کیفیت زندگی (۲۰۰۴) را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند و پس از اتمام دوره هشت جلسه‌ای روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت هشت هفته) مجدداً پس‌آزمون و یک ماه بعد پیگیری برای گروه کنترل و آزمایش اجرا شد. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS.23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

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

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

کلیدواژه‌ها: اضطراب، کیفیت زندگی، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، ویتیلیگو

استناد به این مقاله: نوروزی، میتاق، طاهر نشاط دوست، حمید، و جعفری، فریبا. (۱۴۰۳). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ویتیلیگو. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۸ (۳): ۳۶-۵۱.

مقدمه

ویتیلیگو یکی از شایع‌ترین اختلالات تولید رنگ‌دانه‌ای است که در آن تخریب انتخابی عملکرد ملانوسیت‌ها (سلول‌هایی که رنگ‌دانه تولید می‌کنند) باعث بی‌رنگ شدن پوست، مو و غشاهای مخاطی می‌گردد (چن، ۲۰۱۷). شیوع بیماری ویتیلیگو در حدود ۰/۵ تا ۱٪ در جمعیت عمومی است و سن متوسط آغاز آن حدود ۲۴ سالگی است و به نظر می‌رسد که هیچ‌گونه تفاوتی در میزان وقوع این بیماری از نظر نوع پوست و نژاد وجود ندارد (دجونگ، فاکس و استین، ۲۰۱۹). بیماران مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو از علائم و مشکلات رایج روان‌پزشکی شکایت دارند؛ موارد شروع اخیر بیماری ممکن است با دشواری در دوست‌یابی و برقراری ارتباط با افراد ناشناس به دلیل ترس از برچسب خوردن، احساس نگرانی، شرمساری اضطراب همراه است (یوجی، ۲۰۱۹)؛ شواهد پژوهشی نشان داده که اضطراب می‌تواند عامل پیش‌بینی‌کننده قوی در ظهور بیماری‌های پوستی باشد و ارتباط معنی‌داری بین نشانگان پوستی و نگرانی، روان‌رنجوری و اختلالات اضطرابی به دست آمده است (گرینبرگ، وین‌گاردن و ویلهلم، ۲۰۱۹؛ احمدی، سجادیان و جعفری، ۱۳۹۸). اضطراب یک تجربه هیجانی ناخوشایند است که دارای نشانه‌های جسمی است. علاوه بر این، اضطراب، واکنشی در برابر تهدید و معطوف به آینده است؛ تهدیدی که می‌تواند خطر، نبود حمایت و محرک‌های ناآشنا را دربرگیرد، اضطراب بهنجار افراد را آماده محافظت در برابر تهدیدها می‌کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

کیفیت زندگی کاهش یافته نیز از دیگر پیامدهای روانی - اجتماعی قابل توجه در بیماری ویتیلیگو می‌باشد (موریسون، بوردن ته، و بچلر، ۲۰۱۷)؛ چنانچه، مطالعات صورت گرفته بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی نشان دهنده آن است که ابتلا به بیماری‌های پوستی به شدت بر روی کیفیت زندگی بیماران تاثیر دارد (موریسون و همکاران، ۲۰۱۷). سلمان و همکاران (۲۰۱۶)، در مطالعه‌ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نسبت به افراد سالم پایین‌تر است. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک هر فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد تعریف کرده است (کریمی و برازیر، ۲۰۱۶). برخی از صاحب‌نظران ابعادی را برای کیفیت زندگی به شرح زیر در نظر گرفته‌اند؛ بعد فیزیکی که شامل قدرت، انرژی، توانایی برای انجام فعالیت‌های روزمره و خود مراقبتی است و به طور عمومی با ارزیابی پزشکان از وضعیت عملکردی و احساس بهتر بودن در ارتباط است. بعد اجتماعی که نشان‌دهنده این است که کیفیت ارتباطات افراد با خانواده، دوستان، همکاران و اجتماع چگونه است. بعد روانی که اغلب در ارتباط با مراقبت‌های

بهداشتی از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است. بعد جسمی که به علائم بیماری و عوارض جانبی درمان مثل درد اشاره دارد. بعد روانی به این مفهوم اشاره دارد که زندگی هر کس هدف و معنایی دارد و بعد محیطی که به این مقوله اشاره دارد که کیفیت محیط پیرامون زندگی بشر برای زیست چگونه است و اینکه افراد آیا اثرات خارجی مثبت بر محیط زیست خود و سایرین می گذارند یا نه؟ و یا اینکه تا چه حد سعی می کنند تا اثرات خارجی منفی تعاملات خود را کاهش دهند (فریش، ۱۳۹۰).

روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی یکی از مداخلاتی که می تواند در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو مورد استفاده قرار گیرد؛ چرا که برخلاف رویکرد سلیگمن در روان شناسی مثبت نگر که صرفاً برای مخاطبان عام نوشته شده است، روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بیشتر برای متخصصان مناسب است و بیشتر مبتنی بر رضایت مندی از زندگی است که با نظریه و درمان شناختی بک، در مقایسه با نظریه شادکامی اصیل سلیگمن، ارتباط متقابل بیشتری دارد و هدف آن افزایش خود مراقبتی حرفه ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است (فریش، ۱۳۹۰). در این رویکرد، با ایجاد رضایتمندی در فاصله موجود بین آنچه که شخص می خواهد و آنچه که دارد، کیفیت زندگی افزایش می یابد. در واقع درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت دارد که عامل خوشبختی، نبود رویدادها و احساس های نامطلوب نیست؛ بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین کننده وضعیت روانی فرد می گردد و لذا افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی هدف اصلی این رویکرد درمانی است (ایزدی راوندی، تسلیمی، حق پرست و قلعه ای ها، ۱۳۹۵).

در خصوص بررسی اثربخشی مداخلات روان شناختی بر اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو مطالعاتی متعددی صورت گرفته است. برای مثال، جها، مهتا، کیاتان، شارما و رمام (۲۰۱۶) اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را با استفاده از آموزش آرام سازی / تنفس با استفاده از تصویرسازی ذهنی، خودگویی، مواجهه، حساسیت زدایی بر روی استرس روانی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بررسی کردند. نتایج این مطالعه کاهش معناداری در نمرات شاخص کیفیت زندگی مرتبط با پوست و خلق و خوی بیماران نشان داد. احمدی، سجادیان و جعفری (۱۳۹۸) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت، اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی را در زنان مبتلا به ویتیلیگو کاهش داده است. برخی مطالعات نیز اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را بر جمعیت بالینی و غیر بالینی بررسی کرده اند. برای مثال آقاییوسفی و سیفی (۲۰۱۳) اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی گروهی را در کاهش اضطراب و

افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس، از طریق بهبود رضایت‌مندی از زندگی، معنابخشی و احساس شایستگی نشان دادند. یوسف پور، اکبری، آهنگری و ثمری (۱۳۹۶)، نیز در پژوهشی نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، افسردگی مبتلایان به سوگ پیچیده را کاهش می‌دهد و به تبع آن موجب افزایش کیفیت زندگی این افراد می‌گردد. با این حال، درخصوص اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر جمعیت زنان دارای بیماری پوستی ویتیلیگو مطالعه‌ای انجام نشده است.

به طور خلاصه، اضطراب یکی از چالش‌های معمول بیماران مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو است. دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب نیز در گرو انجام آموزش و مداخلاتی برای بهبود آن است؛ چرا که بسیاری از بیماران مبتلا به ویتیلیگو از شناخت و مهارت کافی برای اصلاح مشکلات روان‌شناختی خود برخوردار نیستند. از این‌رو، لازم است پژوهش‌هایی به بررسی اثربخشی روش‌های صحیح روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بپردازند. علاوه بر این، نتایج این پژوهش می‌تواند چارچوب درمانی مناسبی برای کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو و بررسی کارآیی این روش درمانی فراهم آورد؛ لذا، هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان به تعداد ۲۰۵ نفر در سال ۹۶-۱۳۹۵ بود و با توجه به اینکه در طرح‌های تجربی و نیمه تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند (بورگ و گال، ۲۰۱۷)، در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه آماری از بین زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. در این میان به دلیل عدم دسترسی به تعدادی از افراد نمونه (۱۰ نفر در هر گروه)، تعداد نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی، عدم دریافت روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قبل از ورود به پژوهش و یا

شرکت همزمان در سایر جلسات آموزش روان‌شناختی و دارا نبودن اختلال روانی شدید از قبیل روان‌پریشی یا اختلالات شخصیت براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی مطابق با نظر روانپزشک. به علاوه، عدم همکاری یا عدم حضور در ۲ جلسه پایایی و عدم پاسخ به سؤالات پرسشنامه به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. هر دو گروه پرسشنامه‌های اضطراب بک و درماتولوژی کیفیت زندگی را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل و پس از اتمام دوره هشت جلسه اصلی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت هشت هفته) روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، مجدداً پس‌آزمون برای گروه‌های کنترل و آزمایش اجرا شد. یک ماه بعد توسط همان پرسشنامه‌ها، مرحله پیگیری در یک جلسه جداگانه انجام گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب بک، توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اضطرابی (علائم ذهنی، بدنی و هراس) در هفته گذشته طراحی شده و دارای ۲۱ سؤال است. هر سؤال بر روی یک طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره کلی اضطراب فرد بین صفر تا ۶۳ است. نمرات صفر تا ۷ نشان‌دهنده اضطراب حداقل، ۸ تا ۱۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ نمایانگر اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳ نمایانگر اضطراب شدید است. نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ و نمره برش آن ۱۵ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. کاویانی و موسوی (۲۰۰۹) پایایی و اعتبار این پرسشنامه را مطلوب ارزیابی کردند و رفیعی و سیفی (۱۳۹۲) اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۲ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه اضطراب بک با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه درماتولوژی کیفیت زندگی، توسط فین لی و خان برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو در افراد بالای ۱۶ سال ساخته شده است و دارای ۱۰ سؤال و شش خرده مقیاس شامل ۱. علائم و احساسات؛ ۲. فعالیت روزانه؛ ۳. فراغت؛ ۴. روابط بین فردی؛ ۵. کار و مدرسه و ۶. درمان است. هر سؤال بر روی یک طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمره شخص در این پرسشنامه به ترتیب ۰ و ۳۰ می‌باشد. نمره صفر به معنای عدم تأثیر بیماری بر زندگی فرد و نمره ۳۰ به معنای تأثیر بسیار وسیع بیماری بر زندگی فرد است (آقایی، سدیفی و جعفری، ۲۰۰۴). پرسشنامه درماتولوژی کیفیت زندگی با مقیاس کیفیت زندگی جهانی همبستگی مطلوبی دارد و واجد اعتبار و قابلیت اعتماد (همگرا)

مناسب است (آقایی، سدیفی و جعفری، ۲۰۰۴). آقایی، سدیفی و جعفری (۲۰۰۴)، در نمونه‌ای متشکل از ۷۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ برآورد کرده و روایی آن را مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با استفاده روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

روش اجرا

به‌منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه آزاد و موافقت مسئولین ذیربط به مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان مراجعه شد. سپس، متناسب با حجم نمونه با بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای تک تک شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک اصفهان اجرا شد. گروه آزمایش در معرض روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفت؛ در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور عدم انتقال مطالب آموزشی، مداخلات گروه آزمایش در طی شیفت متفاوتی (صبح برای روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) انجام شد و گروه کنترل در ارتباط با گروه آزمایشی قرار نگرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی براساس راهنمای درمانی فریش (۱۳۹۰) تهیه و در طی ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت هشت هفته) و یک جلسه پیگیری به صورت گروهی به صورت زیر اجرا شد:

جدول ۱. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی براساس راهنمای درمانی فریش (۱۳۹۰)

جلسات	هدف، محتوا، تکالیف
جلسه اول	هدف: آشنایی و معرفی اعضا با درمانگر و با یکدیگر، آشنایی با روند درمان گروهی محتویات: ۱. توضیحاتی مرتبط با زندگی روزمره و پیوند زدن آن با متغیرهای وابسته (اضطراب و کیفیت زندگی) و نقش و اهمیت این متغیرها در تجربه زندگی. ۲. بیان هدف دوره و منطق درمان. ۳. اجرای پیش‌آزمون. ۴. ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه تجربه هیجانات منفی و بیان علت آن.
جلسه دوم	هدف: آشنایی اعضا با کیفیت زندگی و ابعاد آن، رضایت از زندگی و شادمانی. محتویات: ۱. مروری بر کار برگه‌ها و آنچه در جلسه قبل گذشت، پرسش درباره چگونگی اوضاع زندگی اعضا در هفته گذشته. ۲. تعریف کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادمانی با ذکر مثال. ۳.

جلسات	هدف، محتوا، تکالیف
	<p>اجرای مقیاس کیفیت زندگی فریش، نمره‌گذاری براساس میزان رضایت و اولویت‌بندی براساس اهمیت هریک از ابعاد زندگی همراه با تعریفی از هریک از ابعاد با ذکر استعاره «کشور و استان». ۴. ارزیابی اهداف در ۱۶ بعد زندگی و اجرای تکنیک کیک شادمانی/ تکنیک کسب بینش. ۵. بررسی علل ناراضیاتی در هر حیطة و از اعضای گروه خواسته شد تا علت ناراضیاتی برای هر حیطة را یادداشت کنند (از طریق پرسیدن سئوال‌ات). ۶. جمع‌بندی (آموزش تشخیص نقاط قوت و مشکل در حیطة های زندگی و مسائل موجود). ۷. ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه نظارت هر روزه بر ابعاد زندگی و ترسیم کیک شادمانی هر روزه.</p>
<p>جلسه سوم</p>	<p>هدف: آشنایی اعضا با ۵ بعد رضایت از زندگی و یادگیری هریک از ۵ بعد محتویات: ۱. مروری بر کار برگه‌ها و آنچه در جلسه قبل گذشت، ۲. پرسش درباره چگونگی اوضاع زندگی اعضا در هفته‌ای که گذشت. ۳. معرفی پنج بعد رضایت از زندگی به همراه تعاریف آنها برای اعضا. ۴. از اعضا خواسته شد بر روی یک برگه به صورت خلاصه ۵ بعد رضایت از زندگی برای هر حیطة از زندگی را مشخص کنند. ۵. از اعضا خواسته شد حیطة‌هایی را که برای عملکرد بهتر نیاز به مداخله دارند را رتبه‌بندی کنند. ۶. از اعضا خواسته شد برای هر حیطة اهداف کوتاه مدت و بلندمدت تعریف نمایند. ۷. جمع‌بندی. ۸. ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه نظارت بر ابعاد زندگی با توجه به ابعاد رضایت از زندگی.</p>
<p>جلسه چهارم</p>	<p>هدف: آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی : غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی. محتویات: ۱. مروری بر کار برگه‌ها، آنچه در جلسه قبل بیان شد و پرسش در خصوص چگونگی گذران هفته گذشته. ۲. تعریف اصل غنای درونی با ذکر مثال و با بیانی ساده و واضح. ۳. بیان الزامات رسیدن به غنای درونی (از طریق سؤال و جواب). ۴. معرفی ابعاد غنای درونی. ۵. مروری بر راه های رسیدن به غنای درونی (از طریق سؤال و جواب). ۶. درک نیم رخ روانی استرس و آموزش چگونگی کشف و تحلیل آن. ۷. تعریف اصل کیفیت زمان. ۸. بررسی فنون رسیدن به کیفیت زمان: فوری و بلند مدت. ۹. آموزش کار برگه نیم رخ استرس. ۱۰. جمع بندی. ۱۱. ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه بعد ناراحت کننده/ ترسیم نیم رخ روانی مرتبط با آن.</p>
<p>جلسه پنجم</p>	<p>هدف: آشنایی اعضا با سایر فنون کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فنون آن. محتویات: ۱. مروری بر کار برگه‌ها، آنچه در جلسه قبل مطرح شد، پرسش در خصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته. ۲. آموزش کاهش استرس به کمک فنون آن. ۳. تعریف معنایابی و راه‌های رسیدن به معنا. ۴. بیان ویژگی‌های اهداف معنا آفرین. ۵. مروری بر ۱۶ بعد و اهداف آن/ آموزش دسته‌بندی اهداف. ۶. خلاصه و جمع‌بندی مطالب. ۷. ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه مرتبط با تجربه رضایت و ناراضیاتی با توجه به ۳ محور کیفیت زندگی.</p>
<p>جلسه ششم</p>	<p>هدف: آشنایی اعضا با مدل پنجگانه ی رسیدن به رضایت زندگی (دو فن تغییر شرایط و تغییر نگرش). محتویات: ۱. مروری بر کار برگه ها و آنچه در جلسه پیش گفته شد، پرسش در خصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته. ۲. مرور مدل پنجگانه رضایت. ۳. توضیح فن شرایط را عوض کن، توضیح منطق آن و آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر شرایط. ۴. توضیح فن تغییر نگرش، بیان منطق آن</p>

جلسات	هدف، محتوا، تکالیف
	و آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر نگرش، ۵. جمع‌بندی. ۶. ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه تجربه هیجان منفی و کاهش آن با تغییر شرایط و تغییر نگرش.
	هدف: آشنایی اعضا با مدل پنجگانه رضایت از زندگی (سه فن تغییر اهداف و اولویت‌ها و تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها).
جلسه هفتم	محتویات: ۱. مروری بر کار برگه‌ها، آنچه در جلسه پیش گفته شد و پرسش در خصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته. ۲. مرور مدل پنجگانه رضایت. ۳. توضیح فن اهداف را تغییر بده و توضیح منطق آن. ۴. آموزش فنون تغییر اهداف. ۵. توضیح فن اولویت‌ها را تغییر بده و توضیح منطق آن. ۶. آموزش فنون تغییر اولویت‌ها. ۷. توضیح فن تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها و توضیح منطق آن. ۸. آموزش فنون تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها. ۹. جمع‌بندی. ۱۰. ارائه تکلیف: تکمیل کار برگه افزایش رضایت با استفاده از سه فن.
	هدف: آشنایی اعضا با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی (مهارت‌های کنترل زندگی، کنترل هیجان و اصول شادمانی).
جلسه هشتم	محتویات: ۱. مروری بر کار برگه‌ها، آنچه در جلسه پیش گفته شد و پرسش در خصوص چگونگی گذراندن هفته گذشته. ۲. توضیح روش تکمیلی کنترل هیجان و منطق آن. ۳. آموزش فنون کنترل هیجان. ۴. توضیح در مورد فنون شادمانی. ۵. توضیح در مورد اصول احترام به خویش. ۶. جمع‌بندی. ۷. ارائه بسته‌ای به اعضا حاوی توضیحاتی که در طی ۸ جلسه درمانی مطرح شد به صورت کتبی در جهت داشتن منبعی در جهت مرور کردن مطالب. ۸. اجرای پس‌آزمون.
جلسه پیگیری	اجرای آزمون مورد نظر در جهت پیگیری با فاصله مدت زمانی ۱ ماه پس از اتمام آخرین جلسه درمانی.

در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌های با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و کیفیت زندگی در گروه‌های دریافت‌کننده روان درمانی مبتنی بر

بهبود کیفیت زندگی و کنترل				
متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۲۶/۳۳	۸/۳۲	۱۰
	گروه کنترل	۲۶/۱۵	۱۱/۱۹	۱۰
اضطراب پس‌آزمون	گروه آزمایش	۱۸/۹۳	۶/۰۴	۱۰
	گروه کنترل	۲۶/۷۲	۱۱/۱۵	۱۰
اضطراب پیگیری	گروه آزمایش	۱۸/۰۴	۶/۰۱	۱۰
	گروه کنترل	۲۶/۷۶	۱۱/۱۶	۱۰
کیفیت زندگی پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۱۲/۶۷	۸/۱۲	۱۰
	گروه کنترل	۱۲/۴۹	۸/۲۵	۱۰
کیفیت زندگی پس‌آزمون	گروه آزمایش	۸/۵۵	۵/۶۴	۱۰
	گروه کنترل	۱۲/۸۹	۸/۷۴	۱۰
کیفیت زندگی پیگیری	گروه آزمایش	۷/۴۳	۴/۲۱	۱۰
	گروه کنترل	۱۲/۷۵	۸/۰۱	۱۰

در این پژوهش ۲۰ زن دارای بیماری ویتیلیگو شرکت کردند آماره توصیفی متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی در جدول ۲ درج شده است. چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، پس از اجرای روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی میانگین نمرات زنان دارای بیماری ویتیلیگو در متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی در گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب کاهش و افزایش یافت. به منظور آزمون این تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات و متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی به ترتیب با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک با مقدار $p > 0/05$ و همگنی واریانس به وسیله آزمون لوین برای متغیرهای اضطراب ($F=4/476, p=0/694$) و کیفیت زندگی ($F=2/332, p=0/568$) تأیید شد. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ماچلی برای متغیرهای اضطراب ($F=0/422, p=0/142$) و کیفیت زندگی ($F=0/495, p=0/326$) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر اضطراب در گروه‌های دریافت‌کننده روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر اضطراب در گروه‌های دریافت‌کننده روان درمانی

مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آزمون
اضطراب	درون آزمودنی‌ها	عامل ۱ (زمان)	۲	۸۳۱۹/۵۱۰	۵۷/۸۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹	۱/۰۰
		عامل ۱* گروه	۲	۵۶۷۶/۳۸۵	۳۹/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۱/۰۰
		خطا	۶۰	۱۴۳/۷۸۱				
	بین‌آزمودنی‌ها	گروه	۱	۱۳۵۷/۵۱۰	۱/۲۵۹	۰/۲۷۱	۰/۴۰	۰/۱۹۲

با توجه به مندرجات جدول ۳، برحسب نمرات حاصل از «روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی» اثر اصلی عامل زمان معنادار می‌باشد. یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات اضطراب ($F(2)=57/862, p=0/001, \eta^2=0/659$)، از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. اثر اصلی عامل عضویت گروهی (روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقابل عدم ارائه مداخله) معنادار به دست نیامد ($F(1)=1/259, p=0/271, \eta^2=0/040$). تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) از نظر آماری معنادار به دست آمد، یعنی روند تغییرات نمرات اضطراب از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($F(6,2)=39/479, p=0/001, \eta^2=0/568$). بدین معنا که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره اضطراب شرکت‌کنندگان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است. توان آماری ۱ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر کیفیت زندگی در گروه‌های دریافت‌کننده روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر کیفیت زندگی در گروه‌های دریافت‌کننده روان

درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی	درون آزمودنی‌ها	عامل ۱ (زمان)	۲	۲۲/۸۸۵	۶/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۱۸۲	۰/۹۰۱
		عامل ۱* گروه	۲	۱۳/۹۴۸	۴/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۱۹	۰/۷۰۲
		خطا	۶۰	۳/۴۲۸				
	بین‌آزمودنی‌ها	گروه	۱	۴۸/۱۶۷	۰/۵۴۸	۰/۴۶۵	۰/۱۱۸	۰/۱۱۱

با توجه به مندرجات جدول ۴، برحسب نمرات حاصل از «رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی» اثر اصلی عامل زمان معنادار می‌باشد. یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات کیفیت زندگی $(\eta^2=0/182, F(2)=6/67, p=0/002)$ ، از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. اثر اصلی عامل عضویت گروهی (روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقابل عدم ارائه مداخله) معنادار به دست نیامد $(p=0/465)$ ، معنادار به دست آمد، یعنی روند تغییرات نمرات کیفیت زندگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است $(\eta^2=0/018, F(1)=0/548, p=0/001)$. بدین معنا که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است. توان آماری $0/702$ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اضطراب زنان مبتلا به ویتیلیگو موثر است. هرچند، در ادبیات پژوهشی داخلی و خارجی مطالعه مشابهی درخصوص این یافته مشاهده نشد؛ با این حال، نتایج این پژوهش با سایر مداخلات مرتبط صورت گرفته بر اضطراب مقایسه می‌شوند؛ چنانچه، آقاییوسفی و سیفی (۲۰۱۳)، هم‌راستا با این یافته پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی گروهی را در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ام.اس، از طریق بهبود رضایمندی از زندگی، معنابخشی و احساس شایستگی نشان دادند و احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، نیز در تایید این یافته مطالعه حاضر، نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند اضطراب زنان مبتلا به ویتیلیگو را به میزان قابل توجهی کاهش دهد.

روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی از طریق بحث و اقدام پیرامون تحقیق‌یابی سلامت روانی مثبت و بهداشت شادکامی و بررسی سه اصل اساسی غنای درونی، معنایابی و کیفیت زمان با استفاده از تکنیک‌هایی که از سایر مکاتب به خصوص شناخت‌درمانی بک، وام گرفته (نظیر ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی) به طور مؤثری اضطراب زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو را کاهش می‌دهد؛ در این رویکرد فرد با استفاده از اصل غنای درونی، پس از مراقبت از خویشتن، آمادگی لازم برای مواجه‌شدن با چالش‌های روزانه زندگی را کسب می‌کند و طریق اصل کیفیت زمان، به خلق آرامش و تمرکز پرداخته و احساسات، اهداف و ارزش‌های خود را لمس می‌کند و با استفاده از اصل معنایابی، اهداف و ارزش‌ها را در ایجاد مفهومی از امنیت و شادکامی به کار می‌گیرد که

این موارد به نوبه خود باعث کاهش اضطراب زنان مبتلا به ویتیلیگو می‌شود. مطابق با دیگر یافته این پژوهش مشخص شد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ویتیلیگو موثر است. جها و همکاران (۲۰۱۶)، هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را با استفاده از آموزش آرام‌سازی / تنفس با استفاده از تصویرسازی ذهنی، خودگویی، مواجهه، حساسیت‌زدایی بر کاهش نمرات شاخص کیفیت زندگی مرتبط با پوست و خلق‌وخوی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نشان دادند. به علاوه، پاپادوپلاس، بار و لگ (۱۹۹۹)، در مطالعه‌ای اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بررسی کردند که این یافته نیز با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستاست. برخی مطالعات نیز اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی را بر جمعیت بالینی بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال رودریگو، ماندلبروت و پاولاکیس (۲۰۱۱) به مقایسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان حمایتی و مراقبت‌های عادی در بیمارانی که در لیست انتظار پیوند کلیه قرار داشتند، پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی و صمیمیت اجتماعی نسبت به درمان حمایتی و مراقبت‌های عادی تأثیر بیشتری داشته است. علاوه بر این رودریگو و همکاران (۲۰۰۵)، به مقایسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان حمایتی در بیمارانی که در لیست انتظار پیوند ریه قرار داشتند، با پیگیری یک تا سه ماهه پرداختند. نتایج نشان داد که تفاوتی در اثربخشی مداخلات در مقایسه با یکدیگر وجود ندارد، اما در پیگیری یک تا سه ماهه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی و در پیگیری یک ماهه بر افسردگی نسبت به درمان حمایتی تأثیر بیشتری داشته است، که نتایج این دو مطالعه با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است.

در تبیین این یافته باید اذعان کرد که روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با استفاده از یک مدل یا دستورالعمل پنج‌گانه CASIO درباره رضایت‌مندی از زندگی، طرح و نقشه‌ای را برای بهبود کیفیت زندگی براساس مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر ارائه می‌دهد؛ به طوری که با بررسی و سنجش ابعاد شانزده‌گانه کیفیت زندگی و کشف ابعاد زندگی مشکل‌آفرین، به بحث پیرامون اهداف، ارزش‌ها و اولویت‌ها می‌پردازد و با تعمیم دادن اصول و مدل پنج‌گانه یعنی رضایت‌مندی نسبت به سایر حیطه‌های زندگی شامل ویژگی‌های عینی و شرایط زندگی، نگرش، معیارهای خرسندی، ارزیابی حیطه‌های رضایت‌مندی برحسب اهمیت و رضایت‌مندی کلی منجر به افزایش رضایت از زندگی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو می‌گردد.

پژوهش حاضر همچون هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر

روی زنان مبتلا به ویتیلیگو شهر اصفهان انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته‌های پژوهش را به سایر بیماری‌های پوستی و یا نمونه‌های غیربیمار کاهش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ریزش در گروه آزمایش و کنترل و کاهش تعداد نمونه نیز، اشاره کرد. لذا، پیشنهاد می‌شود سایر محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را بر روی سایر بیماری‌های پوستی در سایر شهرها و یا بر روی نمونه‌ای متشکل از مردان انجام دهند و به منظور برطرف نمودن مشکل افت آزمودنی از نمونه نسبتاً بزرگ‌تری استفاده شود.

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

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش، رعایت اصل اختیار شرکت‌کنندگان به پژوهش، همراه با رعایت حریم خصوصی مراجعان، تأیید اثربخشی مداخله، عدم ضبط تصویر یا فیلم از شرکت‌کنندگان و انتشار صادقانه نتایج به دست آمده انجام شد. پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی است که پروپوزال پژوهش در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۱۷ به ثبت و تصویب رسیده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول پژوهش است و نویسندگان دیگر به ترتیب استاد راهنما و اساتید مشاور، همگی نقش یکسانی در انجام مراحل پژوهش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اعلام نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تعارض منافع و حمایت مالی ندارد.

سپاسگزاری

از شرکت کنندگان در پژوهش حاضر که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و سپاسگزاری می‌شود.

References

- Aghaei, S., Sodaifi, M., Jafari, P., Mazharinia, Z., & Finlay, A.Y. (2004). DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatol* 4, 8. [[link](#)]
- Ahmadi, Raheleh, Sajjadian, Ilnaz, & Jaffari, Fariba. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo. *Dermatology And Cosmetic*, 10(1), 18-29. [[link](#)]
- Aghayousefi, M., & Seifi, M. (2013). Group Quality Of Life Therapy in Patients with multiple Sclerosis. *Clinical psychology*, 1(2): 77-81. [[link](#)]
- Barlow, D.H. (2006). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic* (4nd ed.). New York: Guilford Press. [[link](#)]
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. [[link](#)]
- Borg, W., & Gall, J. (2017). *Quantitative and qualitative research methods in Psychology and Educational Sciences*. 5nd ed, SAGE Publishing; 455-6. [[link](#)]
- Chan, S. (2017). P077 Incongruity in detecting dog sensitized individuals between skin prick and specific dog IgE testing. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 119(5): S32. [[link](#)]
- DeJong, H., Fox E., & Stein, A. (2019). Does rumination mediate the relationship between attentional control and symptoms of depression? *J behav Ther Exp Psychiatry*, 63: 28-35. [[link](#)]
- Ezzedine, K., Eleftheriadou, V., Whitton, M., & van Geel, N. (2015). Vitiligo. *Lancet*, 386 (9988): 74-84. [[link](#)]
- Greenberg, J.L., Weingarden, H., & Wilhelm, S. (2019). A practical guide to managing body dysmorphic disorder in the cosmetic surgery setting. *JAMA Facial Plast Surg*, 21(3): 181-2. [[link](#)]
- Jha, A., Mehta, M., Khaitan, B.K., Sharma, V.K., & Ramam, M. (2016). Cognitive behavior therapy for psychosocial stress in vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 82(3):308-10. [[link](#)]

- Kaplan, B.J., & Sadock, V.A. (2015). *Synopsis of psychiatry behavioral science/clinical psychiatry*, 11th ed. New York:Lippincott Williams & Wilkins. [[link](#)]
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7): 645-9. [[link](#)]
- Kaviani, H., & Mousavi, A.S. (2009). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory. *Tehran University Medical Journal* ,66(2): 136-140. [[link](#)]
- Morrison, B., Burden-The, E., Batchelor, J.M., Mead, E., Grindlay, D., & Ratib, S. (2017). Quality of life in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*, 177(6):338-9. 11. [[link](#)]
- Papadopoulos, L., Bor, R., & Legg, C. (1999). Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* ,72 (3):385-96. [[link](#)]
- Papadopoulos, L., Bor, R., & Legg, C. (1999). Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* ,72 (3):385-96. [[link](#)]
- Rodrigue, J.R., Baz, M.A., Widows, R.M., Ehlers, L., & Shawna M. (2005). A Randomized Evaluation of Quality Of Life Therapy With patients Awaiting Lung ransplantation. *American Jornal of Transplanatation* 5, 2425-2432. [[link](#)]
- Rodrigue, J.R., Mandelbrot, D.A., & Pavlakis, M. (2011).A Psychological intervention to mprove quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kedney Transplantation. *Nephrology Dialysis, Transplantation*, 26(2): 709-715. [[link](#)]
- Salman, A., Kurt, E., Topcuoglu, V., & Demircay, Z. (2016). Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional controlled study, *Am J Clin Dermatol*, 17-11. [[link](#)]
- Ujji, H. (2019). Regulatory T cells in autoimmune skin diseases. *Exp Dermatol*,28(6): 642-6. [[link](#)]