

نقش اجتناب شناختی و دشواری‌های بین فردی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو با میانجیگری شرم درونی شده

پروانه دلک آبادی
سارا هاشمی*

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

زمینه و هدف: ویتیلیگو به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات تولید رنگدانه‌ای پوست، پیامدهای روانی - اجتماعی قابل توجهی برای بیماران به همراه دارد؛ لذا کشف مسیرها و متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت روان در این افراد مهم است. پژوهش حاضر با هدف مطالعه نقش واسطه‌ای شرم درونی شده در رابطه بین اجتناب شناختی و دشواری‌های بین فردی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام گرفت.

روش اجرا: پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمام بیماران مبتلا به ویتیلیگو بیمارستان رازی تهران بودند که ۱۷۰ نفر به روش هدفمند براساس معیارهای ورود انتخاب و وارد مطالعه شدند. از پرسش‌نامه‌های اجتناب شناختی سکستون و داگاس، مشکلات بین فردی بارخام، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و شرم درونی شده کوک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و PLS انجام شد.

یافته‌ها: براساس نتایج متغیر شرم درونی در ارتباط بین مشکلات بین فردی با کیفیت زندگی به‌عنوان یک متغیر میانجی نسبی شناخته شد؛ اما در مسیر بین اجتناب شناختی با کیفیت زندگی اثری نشان نداد و مسیر اجتناب شناختی با کیفیت زندگی و شرم درونی به‌عنوان متغیر میانجی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: متخصصان سلامت روان می‌توانند در مداخلات با در نظر گرفتن نقش شرم درونی بین عوامل بررسی شده، نقش مهمی در کمک به بیماران ویتیلیگو برای عبور از چالش‌ها، بهبود وضعیت سلامت روان و بهزیستی ایفا کنند.

کلیدواژه‌ها: اجتناب شناختی، مشکلات بین فردی، کیفیت زندگی، ویتیلیگو

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۲۵

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۴۰۳، دوره ۱۵ (۲): ۱۳۲-۱۲۱

نویسنده مسئول:
سارا هاشمی

تهران، اتوبان شهید ستاری، میدان دانشگاه، بلوار شهدای حصارک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده علوم رفتاری و فناوری‌های پزشکی
پست الکترونیک:

sarahashemi963@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

و زندگی فرد را به‌صورت جدی تهدید نمی‌کند؛ اما زیبایی ظاهری فرد بیمار را به شدت تحت تأثیر قرار داده و باعث می‌شود مبتلایان فشار روانی زیادی را متحمل شوند. پوست در زمره اعضای اصلی ظاهری انسان محسوب می‌شود^۱. نقش پوست انسان در زندگی زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی محسوس است؛ بدین دلیل که محافظ بدن بوده و در تعاملات بین فردی نقش ایفا می‌کند و از جمله عوامل جذابیت

ویتیلیگو یک بیماری پوستی خودایمنی است که منجر به لکه‌دار شدن مزمن پوست می‌شود^۱. در ویتیلیگو، ملانوسیت (سلول‌های رنگ‌دانه‌ساز)، به‌دلیل اختلالات ژنتیکی از بین می‌رود یا نمی‌تواند ملانین (رنگ‌دانه‌ای که موجب ایجاد رنگ در پوست، مو و چشم می‌شود) تولید کند و در نتیجه پوست سفید می‌شود^{۲،۳}. اگرچه ویتیلیگو بیماری خطرناکی نیست و سلامت

افراد به‌شمار می‌رود^{۵۶}.

نقش اساسی ایفا می‌کند^{۱۴،۱۵}.

از این رو افراد مبتلا به ویتیلیگو روزمره با فشارهای روانی و اجتماعی دست و پنجه نرم می‌کنند که منجر به تجربه سطوح بیشتری از استرس می‌شود^{۱۶} و در نهایت افت کیفیت زندگی را برای آنان به همراه خواهد داشت^{۱۱}. کما اینکه مبتلایان به این بیماری به‌سبب تغییرات پوستی ناشی از بیماری، غالباً عزت نفس پایینی دارند و ممکن است خجالت‌زده بوده و نسبت به بدن خود احساس شرم کنند. احساس نقص و شرم به کرات در بیماری‌هایی که ظاهر و قسمت‌های مشهود بدن را درگیر می‌کند، مشاهده شده است^{۱۷،۱۸}. ممکن است مبتلایان به بیماری ویتیلیگو در اثر احساس شرم ناشی از ظاهر خود دچار مشکل شوند^{۱۹}؛ زیرا هنگامی که فرد خودش را به‌صورت شخصی نامطلوب، متفاوت، بی‌کفایت، دارای نقص و ضعیف مورد قضاوت قرار می‌دهد، احساس شرم درونی شده شکل می‌گیرد و فرد را تحت فشار قرار می‌دهد. در شرم درونی شده خصومت معطوف به درون وجود دارد به این دلیل که توجه و تمرکز بر خود و نقایص خود است. پژوهش‌های مختلف حاکی از این هستند که شرم درونی در بروز و تشدید اختلالات روان‌شناختی، مشکل در روابط بین فردی، به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در برابر مشکلات و در نهایت کیفیت زندگی نقش دارد^{۲۰-۲۲}؛ لذا با در نظر گرفتن موارد مذکور و فشار و تنش که برای فرد مبتلا به این بیماری ایجاد می‌کند، بررسی این عوامل و مؤلفه‌ها و نقش آن در کیفیت زندگی مبتلایان به این بیماری اهمیت دارد. بهبود کیفیت زندگی بر سلامت روان سلامت روان آنان تأثیرگذار بوده و در تسکین بیماری جسمی نیز مؤثر واقع خواهد شد.

روش اجرا

نوع مطالعه

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا پژوهشی توصیفی -

غالب بیماران پوستی از ضعف عزت نفس و تصویر بدنی مخدوش‌شده رنج می‌برند^۷. مبتلایان از احساس غریب متفاوت‌بودن با سایرین و دریافت برچسب انگ ناشی از نقص ظاهری تحت فشار هستند^{۹،۸}. ارزیابی‌های منفی دیگران، تغییرات ناشی از رنگ پوست و به‌دنبال آن از بین رفتن زیبایی فرد تجارب و پیامدهای روان‌شناختی ناخوشایندی را برای مبتلایان به این بیماری به همراه دارد^۱. دیده شده مبتلایان به این بیماری در مواجهه با چنین شرایطی ناخوشایندی که برخی نیز آن را غیرقابل تحمل می‌دانند، با انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده به‌سوی موضوعات دیگر واکنش نشان می‌دهند^{۱۱}. در واقع به مکانیسم اجتناب شناختی، راهی که افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا انتخاب می‌کنند تا به این شرایط ناخوشایند پاسخ دهند، روی می‌آورند^{۱۲}.

ناهنجاری‌هایی که در ظاهر پوست شایع هستند درک افراد از بدن خود را نیز به خطر انداخته و منجر به ایجاد نگرانی‌هایی در خصوص ظاهر فرد شود؛ چنین نگرانی‌هایی همراه با طیف وسیعی از مسائل روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، ترس از ارزیابی منفی و افکار خودکشی، مربوط به تصویر بدن است^۵. علاوه‌براین تصویر بدن بر احساسات، افکار و رفتارها و مهم‌تر از همه بر روابط بین فردی ما در زندگی روزمره نیز تأثیر می‌گذارد. همچنین این بیماری تأثیر زیادی بر چشم‌انداز ارتباط بین فردی، ازدواج و روابط جنسی فرد دارد که این مسئله می‌تواند زندگی اجتماعی آن‌ها را نیز با اختلال روبرو کند چراکه تصویری که فرد از بدن خود دارد تا حد زیادی توسط تجربه اجتماعی در ارتباط با دیگران تعیین می‌شود و روابط با دیگران را نیز تحت تأثیر خود قرار می‌دهد^{۱۳،۱۰}. واضح است که طبیعی و سالم‌بودن پوست در بهزیستی، رفاه جسمی و روانی، جذابیت جنسی، احساس رضایتمندی و در نهایت در کیفیت زندگی

موافقت و امضای فرم مذکور، بیماران به‌عنوان نمونه پژوهش شروع به تکمیل پرسش‌نامه‌های ذیل کردند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

پرسش‌نامه اجتناب شناختی (CAQ)

این پرسش‌نامه توسط سکستون و داگاس (۲۰۰۸) تدوین شده است، ۲۵ سوال دارد و هدف آن سنجش اجتناب شناختی در ابعاد مختلف واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، جان‌شینی افکار مثبت به‌جای افکار نگران‌کننده، استفاده از توجه‌برگردانی برای توقف روند نگرانی (حواس‌پرتی)، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی می‌باشد. نمره پایین حاکی از اجتناب شناختی پایین‌تر و نمره بالا نشان‌دهنده اجتناب شناختی بالاتر است. در ایران پایایی بازآزمایی این مقیاس طی ۶ هفته ۰/۸۵ و ضریب اعتبار آزمون از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر برابر ۰/۴۸ به‌دست آمد^{۲۳}.

پرسش‌نامه مشکلات بین‌فردی (IIP-32)

فرم ۳۲ سؤالی مقیاس مشکلات بین‌فردی، یک ابزار خود‌گزارش‌دهی در خصوص مشکلاتی است که افراد به‌طور معمول در روابط بین‌فردی تجربه می‌کنند. این فرم توسط بارخام و همکاران به‌عنوان یک نسخه کوتاه از فرم اصلی ۱۲۷ طراحی شد و ۸ خرده‌مقیاس مردم‌آمیزی، جرأت‌ورزی، مشارکت با دیگران، حمایت از دیگران، پرخاشگری، گشودگی، درنظرگرفتن دیگران و وابستگی به دیگران دارد. این گویه‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (به‌شدت) نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس بعد از هنجاریابی در ایران از ۳۲ گویه اولیه، گویه‌های ۶، ۱۹ و ۳۱ به دلیل بار عاملی ضعیف و قرارگرفتن هم‌زمان بر روی بیش از یک عامل از فهرست گویه‌های پرسش‌نامه حذف شدند و درنهایت این مقیاس به ۲۹ گویه تقلیل یافته است^{۲۴}. در نسخه هنجارشده فارسی نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌های

همبستگی است و از نظر هدف از نوع پژوهش‌های بنیادین و از لحاظ کاربرد داده‌ها کاربردی است.

جامعه و نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش، تمامی افراد مبتلا به بیماری ویتیلیگو در مراجعان به بیمارستان پوست رازی در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند براساس معیارهای ورود انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشت حداقل یک سال از مبتلابودن به بیماری ویتیلیگو، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، محدوده سنی بین ۵۰-۲۵ سال، عدم مصرف مواد مخدر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی دیگر بود. افرادی که تحت روان‌درمانی قرار داشتند، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نکردند یا به هر دلیلی تمایل به همکاری نداشتند از مطالعه خارج شدند. در انتها از بین ۱۹۰ مشارکت‌کننده با کنارگذاشتن پرسش‌نامه‌های مخدوش و حذف پرسش‌نامه‌های ناقص، تعداد ۱۷۰ نفر وارد تحلیل آماری شدند.

شیوه اجرا

جهت اجرای پژوهش در ابتدا پس از دریافت کد اخلاق، با مراجعه به بیمارستان و انجام هماهنگی‌های لازم از متخصصان کلینیک‌های پوست بیمارستان درخواست شد در صورتی که بیماری با تشخیص ویتیلیگو مراجعه نمود، با توضیح اهداف پژوهش و در صورت موافقت مراجع برای شرکت در پژوهش، قبل از هرگونه ارزیابی بیشتر، از وی درخواست شود به پژوهشگر مراجعه نماید. سپس قرار ملاقات اولیه‌ای با مراجعین گذاشته شد و از نظر انطباق با ملاک‌های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفتند. سپس شرایط مشارکت در پژوهش، هدف پژوهش، اطمینان درخصوص محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها، ذکر اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان انصراف در هر مرحله از پژوهش بیان شد و در صورت رضایت، فرم رضایت آگاهانه در اختیار بیماران قرار گرفت و با اعلام

یافته‌ها

از ۱۷۰ نفر شرکت‌کننده این طرح ۸۵ نفر مذکر و ۸۵ نفر مؤنث بودند. میزان فراوانی در رده‌های مختلف تحصیلی نیز برای زیر دیپلم ۱۵ نفر (۸/۸٪)، کاردانی ۴۱ نفر (۲۴/۲٪)، کارشناسی ۶۱ نفر (۳۵/۹٪)، کارشناسی ارشد ۳۹ نفر (۳۳٪) و دکتری نیز ۱۲ نفر (۷/۱٪) به‌دست آمد. سن افراد در این پژوهش ۳۸/۷۲ سال با انحراف معیار ۸/۱۱ به‌دست آمد. مؤلفه‌های توصیفی مربوط به اجتناب شناختی، دشواری بین فردی، کیفیت زندگی و شرم درونی‌شده در جدول ۱ گزارش شده است. آلفای کرونباخ نمرات کل شرم درونی (۰/۸۷)، نمره کل مشکلات بین فردی (۰/۸۷)، نمره کل اجتناب شناختی (۰/۸۲) و نمره کل کیفیت زندگی (۰/۹۰) حاصل شد که نشان از مناسب بودن پایایی آنها در این پژوهش داشت.

در جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون متغیرهای اجتناب شناختی، مشکلات بین فردی، شرم درونی و کیفیت زندگی آمده است. ارتباط بین کیفیت زندگی با مشکلات بین فردی و شرم درونی ارتباط منفی را نشان داد که این ارتباط در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار بود ($P < 0/01$ و $t = -0/66$) ($P < 0/01$) و ($t = -0/73$). ارتباط کیفیت زندگی با اجتناب شناختی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P = 0/34$) و ($t = -0/07$). ارتباط شرم درونی با اجتناب شناختی ($P < 0/01$ و $t = 0/25$) و مشکلات بین فردی ($P < 0/01$) و ($t = 0/78$) ارتباط مثبت معنی‌داری را نشان داد.

برای آزمون نقش واسطه‌ای شرم درونی‌شده در رابطه بین اجتناب شناختی و دشواری‌های بین فردی بر روی کیفیت زندگی مبتلایان به ویتیلیگو از تحلیل مسیر استفاده شد. جدول ۳ به ارائه مسیر اختصاصی غیرمستقیم بین اجتناب شناختی با کیفیت زندگی و دشواری‌های بین فردی با کیفیت زندگی با وجود شرم درونی به‌عنوان متغیر میانجی پرداخته است. مسیر بین دشواری‌های بین فردی با کیفیت زندگی و شرم درونی

صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری و مشارکت و وابستگی به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۶۰، ۰/۶۰، ۰/۷۳، ۰/۷۰ و ۰/۶۵ به‌دست آمده است.^{۲۵}

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسش‌نامه تدوین گردید. این پرسش‌نامه ۴ خرده‌مقیاس و یک نمره کلی است. خرده‌مقیاس‌ها شامل سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. ضریب آلفای کرونباخ در ایران ۰/۸۴ حاصل گردیده که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. نجات و همکاران در ترجمه و اعتبارسنجی این پرسش‌نامه مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها را بالای ۰/۷۰ به‌دست آوردند و در ۸۳٪ موارد همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود.^{۲۶}

پرسش‌نامه مقیاس شرم درونی‌شده کوک

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۳ توسط کوک طراحی و تدوین گردید که شامل ۳۰ گویه و دو خرده‌مقیاس کمرویی و عزت نفس است.^{۲۷} پاسخ به هر ماده این مقیاس به‌صورت طیف لیکرت از ۰ تا ۵ می‌باشد (هرگز ۰، خیلی کم ۱، گاهی اوقات ۲، اغلب ۳ و همیشه ۴) است. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و بالعکس نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است. در ایران نیز ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی‌شده در کل نمونه‌ها ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش شده است.^{۲۸}

تجزیه و تحلیل داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و PLS انجام شد.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی و پایایی عامل‌ها و خرده‌مقیاس‌ها.

عامل‌ها و خرده‌مقیاس‌ها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشی‌دگی
نمره کل کیفیت زندگی	۴۹	۱۱۶	۷۶/۸۶	۱۴/۷۱	۰/۶۴	-۰/۳۳
سلامت جسمی	۱۵	۳۰	۲۱/۵۵	۳/۰۵	۰/۴۸	-۰/۰۷
سلامت روان	۹	۲۸	۱۷/۸۷	۴/۰۹	۰/۲۷	-۰/۴۷
رابط اجتماعی	۴	۱۵	۸/۶۷	۲/۵۰	۰/۳۴	-۰/۵۷
سلامت محیط	۹	۳۸	۲۳/۰۷	۵/۸۶	۰/۴۱	-۰/۳۲
سلامت عمومی	۲	۱۰	۵/۶۸	۱/۸۵	۰/۰۶	-۰/۷۶
نمره کل اجتناب شناختی	۴۸	۱۱۶	۸۶/۰۵	۱۱/۹۰	۰/۶۰	۰/۶۷
وابس‌زنی افکار نگران‌کننده	۸	۲۵	۱۷/۷۱	۳/۱۷	-۰/۳۷	-۰/۱۷
جان‌شینی افکار مثبت	۷	۲۳	۱۶/۴۵	۳/۳۳	-۰/۵۵	-۰/۰۸
حواس‌پرتی	۷	۲۵	۱۷/۵۸	۳/۲۲	-۰/۲۶	-۰/۴۲
اجتناب از موقعیت‌های نگران‌کننده	۸	۲۵	۱۷/۴۵	۳/۲۹	-۰/۲۸	-۰/۴۹
تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی	۶	۲۴	۱۶/۸۵	۳/۲۵	-۰/۶۱	-۰/۹۳
نمره کل مشکلات بین فردی	۱۳	۹۲	۶۱/۱۸	۱۷	-۰/۶۳	-۰/۲۱
صراحت و مردم‌آمیزی	۰	۲۶	۱۴/۵۱	۵/۸۵	-۰/۵۵	-۰/۲۲
گشودگی	۰	۱۴	۸/۶۰	۲/۶۹	-۰/۲۸	-۰/۳۱
در نظر گرفتن دیگران	۰	۱۶	۹/۲۰	۲/۹۶	-۰/۱۳	-۰/۱۰
پرخاشگری	۰	۱۶	۸/۳۲	۳/۲۳	-۰/۴۷	-۰/۲۴
حمایت و مشارکت	۰	۲۴	۱۴/۳۹	۵/۱۹	-۰/۷۷	-۰/۱۰
وابستگی	۰	۱۱	۶/۱۵	۲/۱۷	-۰/۳۲	-۰/۱۱
نمره کل شرم درونی	۲۴	۹۱	۶۵/۰۴	۱۶/۳۰	-۰/۶۷	-۰/۴۹

($P=۰/۲۶$)

ارتباط بین اجتناب شناختی با کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی‌داری را نشان داد ($P=۰/۰۲$) و ($\beta=۰/۱۳$)؛ اما ارتباط بین اجتناب شناختی با شرم درونی معنی‌دار حاصل نشد ($P=۰/۲۵$ و $\beta=۰/۰۷$). از این رو شرم درونی به‌عنوان یک متغیر میانجی شناخته نشده و فقط مسیر مستقیم اجتناب شناختی با کیفیت زندگی معنی‌دار حاصل شد.

مسیر مستقیم بین مشکلات بین فردی با کیفیت

جدول ۳: مسیر غیرمستقیم بین دشواری‌های بین فردی و اجتناب شناختی با کیفیت زندگی.

مسیر	ضریب	انحراف آماره	سطح معنی‌داری
دشواری‌های بین فردی	۰/۴۴	۰/۰۷	۶/۳۷
شرم درونی شده	۰/۳۷	۰/۰۱	<۰/۰۰۱
اجتناب شناختی	۰/۰۴	۰/۰۳	۱/۱۲
شرم درونی شده	۰/۲۶	۰/۰۴	۰/۲۶

به‌عنوان متغیر میانجی $۰/۴۴$ - حاصل شد که این ارتباط در سطح معنی‌داری کمتر از $۰/۰۵$ معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۱$). مسیر اجتناب شناختی با کیفیت زندگی و شرم درونی به‌عنوان متغیر میانجی با ضریب $۰/۰۴$ - در سطح معنی‌داری کمتر از $۰/۰۵$ معنی‌دار نبود.

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اجتناب شناختی، مشکلات بین فردی، شرم درونی و کیفیت زندگی.

کیفیت زندگی	اجتناب شناختی	مشکلات بین فردی	شرم درونی
کیفیت زندگی	۱		
اجتناب شناختی	-۰/۰۷	۱	
مشکلات بین فردی	۰/۲۳**	۰/۶۶**	۱
شرم درونی	۰/۲۵**	۰/۷۸**	۰/۷۳**

جدول ۴: ضریب‌های مسیر در مدل میانجی شرم درونی.

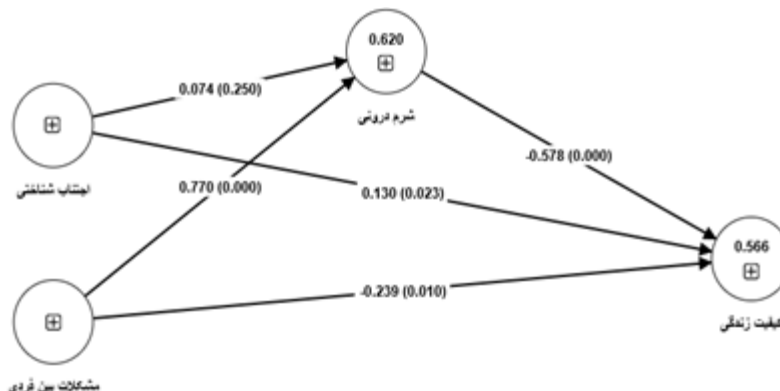
نتیجه‌گیری	معنی‌داری	آماره t	انحراف معیار	ضریب مسیر	مسیر	مشکلات بین فردی
میانجی نسبی	۰/۰۱	-۲/۵۷	۰/۰۹	-۰/۲۳	←	کیفیت زندگی
	<۰/۰۰۱	۲۲/۰۹	۰/۰۳	۰/۷۷	←	شرم درونی
ارتباط مستقیم	<۰/۰۰۱	-۶/۴۲	۰/۰۹	-۰/۵۷	←	شرم درونی
	۰/۰۲	۲/۲۷	۰/۰۵	۰/۱۳	←	کیفیت زندگی
	۰/۲۵	۱/۱۵	۰/۰۶	۰/۰۷	←	شرم درونی

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش واسطه‌ای شرم درونی‌شده در رابطه بین اجتناب شناختی و دشواری‌های بین فردی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بود. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین اجتناب شناختی و کیفیت زندگی تحلیل مسیر ارتباط مستقیم ضعیفی وجود و شدت ارتباط پایینی در ضریب همبستگی نیز داشت. می‌توان بیان نمود که مؤلفه اجتناب شناختی به‌صورت مستقیم و مجزا در زمره متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نبود و توانایی پیش‌بینی آن را ندارد، بلکه یافته‌ها نمایانگر ارتباط مثبت بین اجتناب شناختی با مشکلات بین فردی و شرم درونی بودند. این یافته با مطالعات پیشین از جمله مطالعه محمودپور و همکاران^{۲۹} و آکیونوس و گنچوز^{۳۰} که از نقش اجتناب شناختی در مشکلات بین فردی و ارتباطات و همچنین مطالعه ترینیتی و همکاران^{۳۱} که از احساس شرم حمایت می‌کنند، همسو است. در

زندگی نیز تفاوت معنی‌دار منفی را نشان داد ($P=۰/۰۱$ و $\beta=-۰/۲۳$). مسیر مشکلات بین فردی با شرم درونی ارتباط مثبت معنی‌دار ($P<۰/۰۰۱$ و $\beta=۰/۷۷$) و مسیر شرم درونی با کیفیت زندگی را رابطه‌ای منفی به‌دست آورد ($P<۰/۰۰۱$ و $\beta=-۰/۵۷$). نتایج مربوط به ضرایب مسیر در مدل کلی در جدول ۴ ارائه گردیده است.

شاخص اندازه اثر f^2 برای مسیرهای شرم درونی به کیفیت زندگی با $۰/۲۹$ و مشکلات درونی به شرم درونی $۱/۴۸$ حاصل شد که هر دوی این مسیرها به‌دلیل بیشتر بودن از $۰/۱۵$ اندازه اثر بزرگی را نشان داد. مشکلات درونی با کیفیت زندگی با $f^2=۰/۰۵$ و اجتناب شناختی با کیفیت زندگی با $f^2=۰/۰۴$ شدت متوسطی را نشان داد. اندازه اثر $f^2=۰/۰۱$ در مسیر اجتناب شناختی با شرم درونی نیز میزان کوچکی بود ($f^2<۰/۰۲$). میزان R^2 برای کیفیت زندگی $۰/۵۷$ و شرم درونی $۰/۶۲$ حاصل شد که تبیین این متغیرها توسط متغیرهای اجتناب شناختی و مشکلات بین فردی در این مدل را بیان کرد.



شکل ۱: مدل برازش‌شده مشکلات بین فردی و اجتناب شناختی با کیفیت زندگی با شرم درونی به‌عنوان متغیر میانجی.

ویتیلیگو ناشی از تأثیر روان‌شناختی این بیماری از جمله احساس نقص و شرم است. اگرچه ویتیلیگو ممکن است پیامدهای جسمی شدیدی نداشته باشد؛ اما با مسائل مربوط به سلامت روان مانند سبک مقابله اجتنابی، مشکل در روابط، احساس شرم مرتبط است که همگی در کاهش کیفیت زندگی نقش دارند. در همین راستا مطالعه کاداموس و همکاران و اودرائوگو و همکاران کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو را با محدودیت‌های شرکت در فعالیت‌ها و برقراری تعاملات اجتماعی و تغییرات ظاهری ناشی از پیشرفت ویتیلیگو همراه با انگ و احساس مرتبط دانسته‌اند^{۳۸،۳۹}. این عوامل در مجموع در کاهش رفاه کلی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به ویتیلیگو نقش دارند.

از این رو می‌توان بیان داشت تأثیر ویتیلیگو بر کیفیت زندگی در درجه اول به دلیل بار روانی قابل توجهی است که بر بیماران تحمیل می‌کند تا علائم فیزیکی. بیماران ویتیلیگو اغلب چالش‌هایی مانند عدم اعتماد به نفس، تصاویر بدنی ناخوشایند، مشکل در تعاملات اجتماعی، احساس متفاوت بودن با دیگران، نگرانی از ارزیابی منفی توسط دیگران، روابط بین فردی و روابط زناشویی ضعیفی را تجربه می‌کنند^{۴۰،۴۱}. پیامدهای روانی اجتماعی ویتیلیگو، ناشی از نیاز به پنهان کردن ضایعات و استانداردهای زیبایی اجتماعی، اغلب منجر به استرس، غم و اندوه، احساس نقص و شرم و اعتماد به نفس پایین در بیماران می‌شود^{۴۲}.

ارتباط مثبتی بین مشکلات بین فردی با شرم درونی نیز حاصل شد. واکنش‌های منفی دیگران یا نگرانی از ارزیابی منفی توسط دیگران ممکن است به شرم درونی و احساس بی‌ارزشی، غیرجذاب بودن و نقص کمک کند و مشکلات بین فردی را تشدید کند. ویتیلیگو به‌طور قابل توجهی بر تصویر بدن و عزت نفس فرد تأثیرگذار است^۱. بیماران ویتیلیگو ممکن است استانداردهای زیبایی اجتماعی و کلیشه‌های مربوط به

جدول ۵: شاخص اندازه اثر f2 برای مسیرهای مشکلات درونی و اجتناب شناختی با کیفیت زندگی و شرم درونی به‌عنوان متغیر میانجی.

مسیر	میزان f2	آماره t	سطح معنی‌داری
اجتناب شناختی ← شرم درونی	۰/۰۱	۰/۴۴	۰/۶۵
اجتناب شناختی ← کیفیت زندگی	۰/۰۴	۱/۰۸	۰/۲۷
شرم درونی ← کیفیت زندگی	۰/۲۹	۲/۶۰	۰/۰۰۹
مشکلات درونی ← شرم درونی	۱/۴۸	۴/۲۳	<۰/۰۰۱
مشکلات درونی ← کیفیت زندگی	۰/۰۵	۱/۱۷	۰/۲۴

تبیین این یافته می‌توان عنوان داشت هنگامی که افراد درگیر سبک‌های مقابله ناکارآمد اجتنابی می‌شوند، ممکن است کمتر به مشکلات و مسائل مربوط به روابط خود بپردازند و تلاش در جهت حل و فصل آن داشته باشند، کما اینکه این می‌تواند منجر به سوءتفاهم، درگیری و عدم ارتباط موثر شود. استفاده از اجتناب شناختی همچنین به‌عنوان یک مکانیسم مقابله ناکارآمد می‌تواند به ایجاد و حفظ شرم کمک کند. هنگامی که افراد از رویارویی با خودارزیابی‌های منفی خود یا رویدادهایی که منجر به احساس شرم شده است اجتناب می‌کنند، ممکن است این باور را تقویت کنند که ذاتاً نقص دارند و واکنش شرمساری را تداوم بخشند. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌ها بوده و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست و اجتناب شناختی یکی از مؤلفه‌های اثرگذار بر سلامت افراد و کیفیت زندگی است^{۳۲-۳۵}.

نتایج حکایت از ارتباط منفی کیفیت زندگی با مشکلات بین فردی و شرم درونی داشتند. همسو با یافته‌های لو مشکلات بین فردی با پریشانی عاطفی مرتبط است که می‌تواند کاهش رضایت از زندگی و کیفیت پایین‌تر روابط بین فردی را به دنبال داشته باشد^{۳۶}. علاوه بر این نشان داده شده است که همراه شدن آن با بیماری مزمن و احساسات منفی به اختلال در عملکرد اجتماعی، افزایش ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی کمک می‌کند^{۳۷}. کیفیت زندگی در بیماران

زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بوده است، متغیر شرم درونی در ارتباط بین مشکلات درون فردی با کیفیت زندگی به‌عنوان یک متغیر میانجی نسبی شناخته شد؛ اما در مسیر بین اجتناب شناختی با کیفیت زندگی اثری را نشان نداده و فقط مسیر مستقیم اجتناب بر روی کیفیت زندگی در این بیماران اثرگذار حاصل شد.

مهم است بدانیم رابطه بین اجتناب شناختی، مشکلات بین فردی و شرم درونی در بیماران ویتیلیگو تحت تأثیر طیف وسیعی از تجربیات فردی، مکانیسم‌های مقابله‌ای و عوامل فرهنگی است. پرداختن به این مسائل نیاز به یک رویکرد کل‌نگر که شامل حمایت روان‌شناختی، آموزش و مداخلاتی با هدف ارتقای خودپذیری، تاب‌آوری، بهزیستی و بهبود کیفیت زندگی است. متخصصان سلامت روان می‌توانند با در نظر گرفتن نقش این عوامل بررسی شده نقش مهمی در کمک به بیماران ویتیلیگو برای عبور از این چالش‌ها و ایجاد پویایی بین فردی سالم ایفا کنند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1402.255 است. در پایان لازم می‌دانیم از تمامی مشارکت‌کنندگانی که در نهایت دقت نظر و در پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها با پژوهشگر همکاری نمودند و نیز از همراهی مسئولین محترم بیمارستان رازی که امکان انجام این مطالعه را فراهم نمودند، تشکر و تقدیر کنیم.

References

1. Simons RE, Zevy DL, Jafferany M. Psychodermatology of vitiligo: Psychological impact and consequences. *Dermatol Ther* 2020;33: e13418.
2. Sharifikia T, Ahangri e, Askari z, et al. The effectiveness of positive psychotherapy on the feeling of hope and psychological well-being of vitiligo patients. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)* 2019;8:133-42.

ظاهر پوست را درونی کنند و ماهیت قابل مشاهده این بیماری می‌تواند منجر به انتقاد از خود و خودپنداره منفی شود. همراستا با یافته حاضر در مطالعه نظر و همکاران نیز مبتلایان به ویتیلیگو عزت نفس پایین‌تر و تصویر بدن منفی نسبت به خود نشان دادند و شرم و انگ ادراک‌شده به‌طور قابل‌توجهی کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند. عوارض روانی ویتیلیگو در مقایسه با عوارض فیزیولوژیکی آن تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی و عملکرد آنان داشت^{۴۳}. این نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن می‌تواند به مشکلات بین فردی کمک کند؛ زیرا ممکن است افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس ناامنی، اضطراب و شرم را تجربه کنند که روابط و تعاملات آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ترس از قضاوت یا طردشدن با افشای وضعیت خود برای دیگران منجر به احساس شرم و انگ‌زدن به خود می‌شود که این شرم درونی می‌تواند بر روابط بین فردی آن‌ها را دست‌خوش آسیب کند.

براساس نتایج حاصل از تحلیل مسیر شرم درونی در ارتباط بین مشکلات بین فردی با کیفیت زندگی نقش میانجی نسبی دارد. به این صورت که شرم درونی با کیفیت زندگی رابطه‌ای منفی و معنی‌دار و نیز مشکلات بین فردی با شرم درونی رابطه‌ای مثبت داشت. مسیر مستقیم بین مشکلات بین فردی با کیفیت زندگی نیز رابطه‌ای معکوس را نشان داد که در نتیجه نقش شرم درونی را به‌عنوان یک متغیر میانجی نسبی بیان می‌کند.

از آنجایی که یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی شرم درونی به‌عنوان متغیر میانجی در ارتباط بین اجتناب شناختی و مشکلات درون فردی با کیفیت

3. Kalavani S, Zolghadri S. Identification of key genes and pathways involved in vitiligo vulgaris by gene network analysis. *Dermatology and Cosmetic* 2020; 214: 21-11.
4. Bú EAD, Alexandre MESd, Scardua A, et al. Vitiligo as a psychosocial disease: Apprehensions of patients imprinted by the white. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2017;481-91.
5. Sherman KA, Roper T, Kilby CJ. Enhancing self-compassion in individuals with visible skin conditions: Randomised pilot of the 'My Changed Body' self-compassion writing intervention. *Health Psychol and Behav Med* 2019;7:62-77.
6. Kossakowska M, Czanita C. My skin a self-questionnaire for assessment of the emotional-cognitive representation of skin. *Health Psychol Rev* 2016; 4, 272-280.
7. Kharatzadeh H, Mohammadi A, Jaffary F, et al. The relationship of self-compassion and experiential avoidance with quality of life in patients with vitiligo. *Dermatology and Cosmetic* 2018;9:83-92.
8. Borimnejad L, Parsa Yekta Z, Nikbakht-Nasrabadi A, et al. Quality of life with vitiligo: Comparison of male and female muslim patients in Iran. *Gend Med* 2006;3:124-30.
9. Silveira LP, Grijssen ML, Follador I, et al. How persistent stigma and discrimination keep people with visible skin diseases out of jobs: Vitiligo in Brazil today. *Lancet Reg Health Am* 2023;23:100524.
10. Norouzi M, Neshat Doust H, Jafari F. The effectiveness of improving the quality of life therapy on depression and self-esteem in women with vitiligo. *Dermatology and Cosmetic* 2023;14:82-91.
11. Bidaki R, Majidi N, Moghadam Ahmadi A, et al. Vitiligo and social acceptance. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2018;11:383-6.
12. Krüger C, Schallreuter KU. Stigmatisation, avoidance behaviour and difficulties in coping are common among adult patients with vitiligo. *Acta Derm Venereol* 2015;95:553-8.
13. Tomas-Aragones L, Marron SE. Body image and body dysmorphic concerns. *Acta Derm Venereol* 2016;96:47-50.
14. Hammam M, Yasien H, Algharably A. Effect of vitiligo area scoring index on the quality of life in patients with vitiligo. *Menoufia Medical Journal* 2019;39-244:2.
15. Irani S. Predicting quality of life according to the schema modes in vitiligo patients. *jdc* 2019;10:69-80.
16. Mahama AN, Haller CN, Ahmed AM. Psychosocial considerations in the management of vitiligo. *Clin Dermatol* 2023;41:82-8.
17. Ali Zare D, Maryam D, Abbas D, et al. Stigma experience in patients with vitiligo: A comprehensive study in a skin hospital. *Acta Medica Iranica* 2022;60.
18. Ning X, Zhang Y, Wang W, et al. Evaluation of the behavioral and psychological symptoms in patients with vitiligo in China. *Psychol Res Behav Manag* 2022:2107-16.
19. Dogra S, Parsad D, Handa S, et al. Late onset vitiligo: A study of 182 patients. *Int J Dermatol* 2005;44:193-6.
20. Williams SL, Fekete EM, Skinta MD. Self-compassion in PLWH: Less internalized shame and negative psychosocial outcomes. *Behavioral Medicine* 2021;47:60-8.
21. Fatollahzadeh S, Kianimoghadam AS, Bahri R, et al. The effectiveness of compassion-focused therapy on resilience, shame, internal self-criticism, and quality of life of patients with vitiligo. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2023;17:e137483.

22. Solimanpour M, Pirkhaefi A, Zaharakar K. Comparison of effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on internalized shame in patients with vitiligo. *Journal of Isfahan Medical School (JIUMS)* 2022;30:82-96.
23. Hamidpour H, Akbari M, Andooz Z. The psychometric properties of the scale of intolerance negative orientation to the problem, (WWQ-II) why worry questionnaire-2, (IUS) dilemmas (PSWQ) and penn state worry questionnaire (CAQ) inventory cognitive avoidance 2009.
24. Fath N, Azad Fallah P, Rasool-zadeh Tabatabaei SK, et al. Validity and reliability of the inventory of interpersonal problems (IIP-32). *J Clin Psychol* 2013;5:69-80.
25. Khaje F, Khezri-Moghadam N. The relationship between alexithymia and interpersonal problems with marital satisfaction in married female nurses of the public hospitals in kerman city. *Nursing and Midwifery Journal* 2016; 14:630-638 (Persian)
26. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, et al. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph* 2006;4:1-12.
27. Cook DR. Measuring shame. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1988;4:197-215.
28. Rajabi Gh, Abbasi Gh. Examining the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with shyness in students. *clinical psychology and counseling research* 2012; 1;171-182. (Persian)
29. Mahmoudpour a, Aminian A, Nowzari M, et al. The role of cognitive avoidance and emotional expression in predicting marital conflict in women in Tehran. *Psychol Sci* 2021;20:209-18.
30. Akyunus M, Gençöz T. The distinctive associations of interpersonal problems with personality beliefs within the framework of cognitive theory of personality disorders. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2020;38:26-43.
31. Trindade IA, Duarte J, Ferreira C, et al. The impact of illness-related shame on psychological health and social relationships: Testing a mediational model in students with chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2018;25:408-14.
32. Eftekari A, Bakhtiari M. Comparing the effectiveness of schema therapy with acceptance and commitment therapy on cognitive avoidance in patients with generalized anxiety disorder. *Practice in Cilinical Psychology (PCP)* 2022;10:11-22.
33. Aghajani S, Samadifard H, Narimani M. The role of cognitive avoidance components and metacognitive belief in the prediction of quality of life in diabetic patients. *Health Psychology* 2017; 6: 56-142.
34. Vanderveren E, Bijttebier P, Hermans D. Autobiographical memory coherence in emotional disorders: The role of rumination, cognitive avoidance, executive functioning, and meaning making. *PLoS One* 2020;15:e0231862.
35. Cerea S, Ghisi M, Pitteri M, et al. Coping strategies and their impact on quality of life and physical disability of people with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Medicine* 2021;10:5607.
36. Luo CY, Jiao P, Tu SM, et al. Mediating role of physical activity in the relationship between psychological distress and intimate relationships among stroke patients. *World Journal of Psychiatry (WJP)* 2023;13:1096.
37. Kiosses DN, Gross JJ, Banerjee S, et al. Negative emotions and suicidal ideation during psychosocial treatments in older adults with major depression and cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017;25:620-9.

38. Ouédraogo NA, Ouédraogo MS, Tapsoba GP, et al. Vitiligo and quality of life: On fifty cases in Ouagadougou, Burkina Faso. *Our Dermatol Online* 2022;13:268-72.
39. Cadmus SD, Riddle AO, Sebastian KR, et al. Psychosocial and quality-of-life factors associated with depigmentation therapy for vitiligo. *Arch Dermatol Res* 2023;315:2283-8.
40. Hedayat K, Karbakhsh M, Ghiasi M, et al. Quality of life in patients with vitiligo: A cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health and Quality of Life Outcomes* 2016;14:1-9.
41. Mehta N, Gupta V. Psychosocial impact of vitiligo in patients with skin of color. *Dermatological Reviews* 2022;3:269-75.
42. AL-smadi K, Imran M, Leite-Silva VR, et al. Vitiligo: A review of aetiology, pathogenesis, treatment, and psychosocial impact. *Cosmetics* 2023;10:84.
43. Nazar I, Kamran F, Masood A. Psychosocial predictors of quality of life in patients with Vitiligo. *Pakistan Journal of Psychological Research (PJPR)* 2021;36:19-36.

The mediating role of internalized shame on the relationship between cognitive avoidance and interpersonal difficulties in predicting the quality of life in patients with vitiligo

Parvaneh Delkabadi, MSc
Sara Hashemi, PhD*

Department of Clinical Psychology,
Faculty of Medical Sciences and
Technologies, Islamic Azad University,
Science and Research Branch, Tehran, Iran

Received: Jul 22, 2023
Accepted: Sep 15, 2024
Pages: 121-132

Corresponding Author:
Sara Hashemi, PhD

Shohaday-e- Hesarak Blvd., Daneshgah
Sq., Sattari Hiwghway, Islamic Azad
University, Science and Research Branch,
Tehran, Iran
Email: sarahashemi963@gmail.com

Conflict of interest: None to declare

Background and Aim: Vitiligo, as one of the most common skin pigment production disorders has significant psycho-social consequences for patients, so it is important to discover the variables affecting mental health in these patients. present study aims to consider mediating role of internalized shame in the relationship between cognitive avoidance and interpersonal difficulties in predicting the quality of life of vitiligo patients.

Methods: The current research was of a descriptive correlation type. The statistical population of the research consisted of all the people referred to Razi Hospital in Tehran who were suffering from vitiligo. 170 people purposefully selected based on the inclusion criteria. In this research, Sexton and Dagas cognitive avoidance, Barkham's interpersonal problems, World Health Organization's quality of life, and Cook's internalized shame questionnaires were used. Data analysis was done by Pearson correlation coefficient test, regression analysis and path analysis using SPSS 26 and PLS software.

Results: The results showed that the internal shame in the relationship between interpersonal problems and quality of life was recognized as a relative mediating variable. The path of cognitive avoidance with quality of life and internal shame as a mediating variable was not significant with a significance level of less than 0.05.

Conclusion: Mental health professionals can play an important role by considering the role of internal shame in helping vitiligo patients to overcome challenges, improve their mental health and well-being.

Keywords: internalized shame, interpersonal difficulties, quality of life, vitiligo

