



**The effectiveness of acceptance and commitment therapy on
psychological hardiness and distress tolerance in female patients
with psoriasis**

Shahin Shahidi, Ramazan Hassanzadeh,  Bahram Mirzaian

Abstract

Background and Aim: Psoriasis is a chronic and common skin disease that affects approximately 2% of the population. The impact of this disease on the quality of life of patients is very high even in cases where a very small level of the body is involved. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological hardiness and distress tolerance in patients with psoriasis.

Methods: The present research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design and one-month follow-up with a control group. The statistical population consists of all female patients who referred to the skin and hair clinics of Boroujerd in 2022 who received a definitive diagnosis of psoriasis. Among them, 30 patients with psoriasis whose depression rate was higher than the cut-off point were selected by non-random sampling method and alternated in experimental group (acceptance and commitment therapy) and control group. (15 people in each group). Acceptance and commitment therapy was performed according to the Protocol (Hassanzadeh, 2020) in 8 sessions of 90 minutes in the experimental group. Data were collected using the Lang and Golett (2003) Psychological Hardiness Questionnaire, Simmons and Gaher (2005) and Beck (1996) Depression Inventory. Data were analyzed using SPSS-22 software and repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy is effective on psychological hardiness ($p < 0.001$) and distress tolerance ($p < 0.001$) in patients with psoriasis. **Conclusion:** It can be concluded that acceptance and commitment therapy was effective on psychological hardiness and distress tolerance in patients with psoriasis and this treatment can be used to reduce the adverse effects of the disease on patients' lives and take supportive measures.

Received: 24.01.2022

Revision: 23.05.2022

Acceptance: 23.06.2022

Keywords:

Parenting program, Parent-child relationship, learning disorder


How to cite this article:

Shahidi, Sh., Hassanzadeh, R., & Mirzaian, B. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological hardiness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Bi-Quarterly Journal of studies and psychological news in adolescents and youth*, 2(2): 164-173

Article type

Original research

1. Shahin Shahidi, Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran, **2. Ramazan Hassanzadeh**, Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran, **3. Bahram Mirzaian**, Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

 Correspondence related to this article should be addressed to **Ramazan Hassanzadeh**, Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به پسوریازیس

شاهین شهیدی، رمضان حسن‌زاده[✉]، بهرام میرزاییان

چکیده

زمینه و هدف: پسوریازیس از بیماری‌های مزمن و شایع پوستی است که تقریباً ۲ درصد افراد جامعه را درگیر می‌کند. تأثیر این بیماری روی کیفیت زندگی بیماران حتی در حالاتی که سطح بسیار اندکی از بدن درگیر می‌باشد، بسیار زیاد است. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه است. جامعه آماری متشکل از کلیه بیماران زن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست و موی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ که تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس دریافت کرده‌اند. از این بین تعداد ۳۰ نفر بیمار مبتلا به پسوریازیس که میزان افسردگی آن‌ها بالاتر از نقطه برش بود به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل حسن‌زاده (۱۳۹۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت (۲۰۰۳)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و افسردگی بک (۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۲ و از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی ($p < 0/001$) و تحمل پریشانی ($p < 0/001$) بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس مؤثر بود و می‌توان از این درمان در جهت کاهش اثرات سوء بیماری بر زندگی بیماران و انجام اقدامات حمایتی بهره برد.

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۱۰

اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۵/۱۰

واژه‌های کلیدی:

درمان پذیرش و تعهد، سرسختی روان‌شناختی، تحمل پریشانی، پسوریازیس.

نحوه ارجاع دهی به مقاله:

شهیدی، ش.، حسن‌زاده، ر.، و میرزاییان، ب. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به پسوریازیس. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۲(۲): ۱۶۴-۱۷۳

نوع مقاله:

پژوهشی اصیل

۱. شاهین شهیدی، دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛ ۲. رمضان حسن‌زاده، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛ ۳. بهرام میرزاییان، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به رمضان حسن‌زاده، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران است.

پست الکترونیکی: hasanzadeh@iausari.ac.ir

مقدمه

پسوریازیس از بیماری‌های مزمن و شایع پوستی است که تقریباً ۲ درصد افراد جامعه را درگیر می‌کند. تأثیر این بیماری روی کیفیت زندگی بیماران حتی در حالاتی که سطح بسیار اندکی از بدن درگیر می‌باشد، بسیار زیاد است. بیماران مبتلابه پسوریازیس کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به جمعیت عادی دارند (لانگلی، پالر و هبرت، ۲۰۱۱). نتیجه مطالعات بیان می‌کند که بیماران پسوریازیس خطر بالایی از نظر ابتلا به افسردگی، اضطراب و خودکشی دارند. مطالعات سال‌های اخیر نشان دارند که ۳۷ الی ۵۰ درصد مبتلایان به پسوریازیس تشدید علائم بیماری‌شان را به دنبال هیجان‌های عصبی گزارش کرده‌اند و در واقع از عوامل تنش‌زا به‌عنوان مهم‌ترین عوامل آغازگر و یا تشدیدکننده روند بیماری یاد شده است (اشمید اوت و میر، ۲۰۰۷). پنج زیرگونه پسوریازیس شامل: ولگاریس (پلاک)، پوسچولار، اینورس و اریترودرمیک وجود دارند. شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پسوریازیس پلاک است که تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد از بیماران پسوریازیس را درگیر می‌کند (برزمینی و حسینی، ۱۳۹۸). تأثیرات بیماری موجب تداخل در فعالیت‌های فیزیکی بیماران مانند خواب و فعالیت‌های روزانه می‌شود (میس و منتر، ۲۰۰۶). در تحقیقی نشان داده شد که ۴۰ درصد این بیماران در انتخاب لباس مناسب دچار مشکل هستند (چوداری و همکاران، ۲۰۰۱). ۶۰ درصد بیماران مبتلابه پسوریازیس به خاطر این بیماری بی‌کار می‌شوند (آیالا - فونتاز، ۲۰۱۶). از سوی دیگر بر منشأ روان‌تنی این بیماری نیز تأکید شده است (گوپتا و گوپتا، ۲۰۰۳). پسوریازیس همراه با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بارز و اختلالاتی است که معمولاً تأثیری مخرب بر روی کیفیت زندگی بیمار می‌گذارد (چاپمن و مونیخان، ۲۰۰۹؛ فلیدمن، ملکوتی و کو، ۲۰۱۴). بیماران مبتلابه پسوریازیس اغلب احساسات شرم و گناه را بیان می‌کنند و با این بیماری به آن‌ها برچسب زده می‌شود (هره‌رو و همکاران، ۲۰۱۲). پسوریازیس با مشکلات روان‌شناختی مختلفی از جمله: عزت‌نفس پایین، افسردگی، اضطراب، بدعمل کردی

جنسی و تفکرات خودکشی ارتباط دارد (کیمبل و همکاران، ۲۰۰۵؛ ریدر و تاوسک، ۲۰۱۲). یکی از عواملی که بر بیماران مبتلابه پسوریازیس مؤثر است، سرسختی روان‌شناختی است. سرسختی به‌طور کلی، یک ساختار متشکل از سه جزء است: تعهد شخصی، مهار احساس شخصی به هنگام وقوع رویدادها و پیامدها و یک اعتقاد درونی که تغییر، چالش و فرصتی برای تحول است و نه یک تهدید. افراد سرسخت نسبت به آنچه انجام می‌دهند متعهدترند، خود را وقف هدف می‌کنند، احساس می‌کنند بر اوضاع مسلط هستند و خودشان تعیین‌کننده‌اند و تغییرات زندگی را چالش‌ها و فرصت‌هایی برای تحول و پیشرفت می‌دانند نه محدودیت و تهدید (سوزنی، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که سرسختی به‌مثابه سپری در مقابل تنیدگی در موقعیت‌های گوناگون زندگی عمل می‌کند، بیانگر استقلال است و همچنین خود پیروی در فرد را افزایش می‌دهد و باعث ارتقاء و بهبود عملکرد در فرد می‌شود (تیموری، مشهدی و آذریان، ۲۰۱۳). همچنین بشارت و پور حسین در پژوهش دیگری نیز، همبستگی معناداری بین سرسختی روان‌شناختی و شاخص‌های کنترل احساسات، خشم، اضطراب و افسردگی پیدا شد. همچنین بیماران پسوریازیس مشکل در خودانگاره، عزت‌نفس و تصور از خود داشته و احساس شرم و خجالت را به سبب ظاهرشان تجربه می‌کنند (اشمیت، ۲۰۰۷). به همین جهت اغلب این بیماران با مشکل تحمل پریشانی پایین روبه‌رو هستند. تحمل پریشانی به‌عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود (ویلیام، تامسون و اندروز، ۲۰۱۳). افرادی که تحمل آشفتگی پایین دارند، اولاً، هیجان در نظر این افراد غیرقابل تحمل است و توانایی رسیدگی به پریشانی‌شان را ندارند. دوماً، این افراد وجود هیجان را انکار می‌کنند و از آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند. چون در خود توانایی مقابله با هیجان‌ها را نمی‌بینند. سومین ویژگی تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین، تلاش زیاد این افراد برای جلوگیری از بروز هیجان‌ها منفی و خاموشی سریع

سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد.

روش پژوهش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری متشکل از کلیه بیماران زن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست و موی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ که تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس دریافت کرده‌اند. از این بین تعداد ۳۰ نفر بیمار مبتلا به پسوریازیس که میزان افسردگی آن‌ها بالاتر از نقطه برش بود به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش انجام شد. ملاک‌های ورود: ابتلا قطعی به بیماری پسوریازیس، تشخیص افسردگی بر اساس نمره آن‌ها در پرسش‌نامه افسردگی بک و همچنین بر اساس مصاحبه بالینی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در ۶ ماه گذشته، عدم مراجعه جهت روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، تمایل آگاهانه و امضای رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل عدم حضور در جلسات روان‌درمانی بیش از یک جلسه، عدم تمایل به ادامه فرایند روان‌درمانی، مشخص شدن ابتلا قبلی شرکت‌کنندگان به اختلالات روانی بود.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت^۱ (۲۰۰۳): این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی است که دربرگیرنده ۴۵ سؤال است و بر پایه تعریف مفهومی از سازه سرسختی روان‌شناختی و به‌منظور ارزیابی این متغیر در موقعیت‌ها و شرایط خاص و تنیدگی‌ها توسط لانگ و گولت (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه به‌تبع تعریف مفهوم سرسختی شامل سه خرده مقیاس کنترل (۱۶ سؤال)، تعهد (۱۶ سؤال) و چالش‌جویی (۱۳ سؤال) می‌گردد که عبارات مقیاس به‌منظور سنجش این خرده

هیجان‌های منفی در حال تجربه است (عزیزی، میرزائی و شمس، ۲۰۱۰).

در سال‌های اخیر از جمله درمان‌های رایج برای مشکلات اضطرابی و افسردگی بیماران مختلف مثل بیماران پسوریازیس، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بوده است. مثلاً کاردل و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر درمان بیماری دیابت نوع دو به‌وسیله تقویت تعهد آنان بر کاهش شاخص گلیسمی داشته است. همچنین کوکوفسکی و همکاران (۲۰۱۸) نشان‌دارند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اضطراب اجتماعی و افسردگی را کاهش داده است.

از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲) افسردگی و اضطراب برآیند ارتباطات نابهنجاری است که بین هیجان، شناخت و رفتار در اثر فرایندهایی مانند اجتناب تجربه‌گرایانه و همجوشی شناختی به وجود می‌آیند. اجتناب تجربه‌گرایانه به این معنی است که فرد به‌صورت ذهنی در حال اجتناب از احساسات خود خواهد بود و این منجر به منع فرد از زندگی مبتنی بر اهداف ارزشمندش می‌گردد. همجوشی شناختی ناشی از غلبه یافتن محرک‌های کلامی - شناختی در تنظیم رفتاری می‌باشد. در چنین حالتی بیمار با واقع‌انگاری که نسبت به محرک‌های زبانی (برای مثال افکار بی‌کفایتی) دارد، به‌نوعی با آن‌ها همانندسازی می‌کند و تمام رفتارهای او در جهتی قرار می‌گیرد که به این واقعیت زبان ساخته پاسخ عینی بدهد (کلیر، گاملی و اوکانر، ۲۰۱۹). اکت مدعی است انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بطن کارکرد هیجانی سالم قرار دارد. مراجعان از طریق شش فرایند اساسی (پذیرش، همجوشی زدائی شناختی، آگاهی از لحظه حال، خود همچون بافتار، ارزش‌ها، اقدام متعهدانه) هدایت می‌شوند تا به گشودگی برسند و بر اساس تجربه واقعی اقدام کنند، نه بر اساس آنچه ذهن یا بدن خواستارش است (استودارد و افاری، ۲۰۱۴، حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

¹ Lang and Goulet hardiness scale

به دست آمده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). همچنین پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴) برای خرده مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

۳. **آزمون افسردگی بک^۲ (BDI-II):** این مقیاس نشانگان افسردگی را طبق ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی که انجمن روان پزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی چاپ چهارم ارائه داده ارزیابی می‌کند (بک و همکاران، ۱۹۹۶). این پرسشنامه دارای ۲۱ آیتم چهارگزینه‌ای از ۳-۰ است و نمره کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. همبستگی درونی این مقیاس آلفای کرونباخ (۰/۹۳) و پایایی باز آزمایی ($I=0/93$) می‌باشد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده است.

۴. **درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:** محتوای درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه‌های آزمایشی اجرا گردید. شرح جلسات در جدول ۱ تدوین و اجرا شد.

مقیاس‌ها طراحی شده‌اند. به منظور تعدیل در نحوه بیان عبارات پرسشنامه ۱۵ عبارت آن به صورت منفی نمره گذاری می‌شوند که به صورت تصادفی در کل مقیاس توزیع شده‌اند. کل عبارات پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از نمره ۱ به منزله کاملاً مخالف تا نمره ۵ به منزله کاملاً موافق نمره گذاری می‌شوند. همبستگی بین نمرات کلی در پرسشنامه و همچنین نمره آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های پرسشنامه در حد متوسط تا بالایی بوده و همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، همسانی درونی خوبی را برای آن گزارش کرد. در مورد پایایی مربوط به باز آزمایی نیز ضریب همبستگی بین اجرای اول و دوم پرسشنامه $I=0/73$ بود که از این نتیجه می‌توان ثبات نسبی مقیاس و حساسیت آن به تغییرات در طول زمان را استنباط کرد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است که مثبت و معنی دار است.

۲. **پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر^۱ (DTS):** این مقیاس را سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته‌اند و یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) هستند. عبارات این ابزار بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌گردد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۲

جدول ۱- شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسه (حسن زاده، ۱۳۹۹)

جلسات	محتوای جلسات	تکلیف
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 روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها و بحث درباره موقتی بودن و کم اثر بودن آن‌ها، پذیرش روانی و روشن سازی ارزش‌ها و عمل.	تکلیف روشن سازی ارزش‌ها و عمل
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد و کنترل و پی بردن به بهبودی آن‌ها و پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	تکلیف ذهن آگاهی در منزل

² Beck depression Inventory

¹ The Distress Tolerance Scale

جلسه چهارم	آموزش تنظیم هیجان، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش تکلیف تن آرامی در گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از استعاره و تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	تکلیف کارکردهای روان‌شناختی
جلسه پنجم	بیان ارتباط مشترک رفتار، احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	تکلیف کارکردهای روان‌شناختی
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	تکلیف آگاهی از دریافت‌های حسی
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	تکلیف تمرین تمرکز در منزل
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون، آموزش تن آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زدایی برای مرحله پیگیری.	تکلیف تن آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زدایی

داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که بیشترین افراد پاسخ‌دهنده مجرد بوده که با ۵۴ فراوانی می‌باشند. بیشترین افراد پاسخ‌دهنده دارای سن ۲۸ تا ۳۸ سال با مقدار ۲۴ فراوانی و کمترین افراد دارای سن ۱۸ تا ۲۸ سال سن بودند که در این پژوهش سقف سنی ۵۰ در نظر گرفته شده است.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورداحترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله-ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام‌شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی

جدول ۲- شاخص‌های آماری متغیرها در سه گروه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	تحمل پریشانی	۱۳/۴۰	۸۰/۱۵	۷۹/۳۳
	سرسختی روان‌شناختی	۲۸/۸۱	۳۶/۴۸	۳۵/۵۷
گواه	تحمل پریشانی	۱۳/۴۶	۶۴/۲۰	۶۴/۲۹
	سرسختی روان‌شناختی	۲۵/۷۱	۲۶/۸۲	۲۶/۹۱

نتایج شاخص آماری نشان از تفاوت متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دارد؛ از این رو در ادامه برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج شاخص آماری نشان از تفاوت متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دارد؛ از این رو در ادامه برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها										
متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی		معناداری		
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	موخلی			
تحمل پریشانی	آزمایش	۱۵	۰/۶۹	۰/۳۹	۲۸	۱/۶۶	۰/۲۳۸	۲/۷۷	۰/۸۹	۰/۱۹
	گواه	۱۵	۰/۷۵	۰/۳۴						
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	۱۵	۰/۸۸	۰/۲۹	۲۸	۲/۴۶	۰/۲۰	۲/۶۳	۰/۸۵	۰/۲۴
	گواه	۱۵	۰/۸۱	۰/۲۱						

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در گروه‌های آزمودنی (زمان) معنادار است و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه							
مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
تحمل پریشانی	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
	زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۳۱/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵
سرسختی روان‌شناختی	زمان	۲۵/۶۲	۲	۱۲/۸۱	۷۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
	زمان*گروه	۱۲/۸۶	۲	۶/۴۳	۳۵/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
	گروه	۱۴۲/۴۰	۱	۱۴۲/۴۰	۵۴/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷

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

همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی			
متغیر	مراحل	پس آزمون	پیگیری
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۰/۲۰*	۰/۷۷*
	پس آزمون	-	۰/۴۲*
سرسختی روان‌شناختی	پیش آزمون	۰/۶۰*	۰/۷۵*
	پس آزمون	-	۰/۱۵*

منزوی شده بودند و پیامد بیماری و احساسات ناخوشایند و پریشانی‌های مرتبط با آن، بیماران را پریشان کرده بود. با این وجود در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران برای پذیرش بیماری و متعهد بودن در جهت اقدامات جهت بهبودی حالات هیجانی خود و پیگیری اقدامات درمانی، آموزش‌دیده و توانستند وجود بیماری خود را پذیرفته و برخورد منطقی‌تری با آن داشته باشند و در استفاده از شیوه‌های اجتنابی ناسازگارانه در برخورد با بیماری خود و مشکلات مرتبط با آن توانستند پرهیز کنند و احساساتشان نسبت به بیماری و پریشانی‌های مرتبط با آن تغییر کرد. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس می‌شود (شیدایی اقدام و همکاران، ۱۳۹۳؛ درتاج و همکاران، ۱۴۰۰)؛ بنابراین این درمان به واسطه ترغیب بیمار برای پذیرش بیماری و مشکلات مرتبط با آن و همچنین متعهد بودن در قبال تلاش برای بهبودی توانست باعث افزایش سطح تحمل این بیماران برای پریشانی‌های مرتبط با بیماری‌شان شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سرسختی روان‌شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش است که با یافته‌های مفید، فتحی‌زاده و درستی (۱۳۹۶)، اکبری و حسینی (۱۳۹۸) ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که در مداخله ACT افراد پس از درمان با ارزش‌هایشان ارتباط برقرار می‌کنند و کارهایی مطابق با ارزش‌هایشان انجام می‌دهند اما در طول زمان این ارزش‌ها بیشتر تثبیت می‌شود و افراد اعمالشان با ارزش‌هایشان هماهنگ‌تر می‌شود (عباسی اصل، رحمتی نجارکلاتی، دوران، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر اصولی است که در آن به بیمار آموزش داده می‌شود تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزار دهنده‌اش بی‌تأثیر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید سعی کند آن‌ها را به طور کامل بپذیرد. همچنین در این رویکرد بر آگاهی روانی فرد در زمان حال تأکید می‌شود و فرد به حالت روانی، جسمانی، افکار و احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه گواه است؛ به عبارت دیگر گروه آزمایش اثربخشی بالا بر روی افزایش تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در مرحله پیگیری در گروه آزمایش پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش است که با یافته‌های بسطامی و همکاران (۱۳۹۴)، رستمی و همکاران (۱۳۹۹)، غضنفری و همکاران (۱۳۹۴) و موسوی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که عدم پذیرش شرایط باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (هیز، ۲۰۱۹). برخی شرایط (همچون بیماری و هیجانات و احساسات و افکار ناخوشایند مرتبط با آن) باید نهایتاً پذیرفته شوند، چون هیچ کار دیگری جز این نمی‌توانیم انجام دهیم. در جریان مداخله، بیماران مبتلا به پسوریازیس دچار باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه‌ای بودند که باعث اجتناب آن‌ها از روبه‌رو شدن واقعی و مؤثر با بیماری‌شان در جهت درمان و بهبودی می‌شد. آن‌ها به این باور رسیده بودند که بیماری‌شان قابل درمان و کنترل نیست و همچنین این بیماری عواقب قابل‌ملاحظه‌ای برایشان ایجاد نموده بود. بسیاری از بیماران مشکلاتی را در خودانگاره، اعتمادبه‌نفس، سازگاری روانی ضعیف و شرم و خجالت به علت ظاهرشان تجربه کرده بودند و این عوامل باعث شده بود احساس ناامیدی، افسردگی، خشم، احساس حقارت یا ناراحتی داشتند. آنان این باور را نیز داشتند که بیماری‌شان باعث عدم داشتن ارتباطات نزدیک با افراد جامعه شده است و با چنین باوری

است؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود؛ زیرا ممکن است در جامعه‌ای دیگر نتایج متفاوتی ارائه گردد. شرکت‌کنندگان در انتخاب اولیه به صورت داوطلبانه در آزمایش شرکت کردند؛ لذا ممکن است نتایج تحت تأثیر اثر مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد. عدم توجه به عامل تحصیلات افراد نیز می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد؛ زیرا درک افراد با مدرک لیسانس در پاسخ‌دهی به سؤالات متفاوت خواهد بود. در این پژوهش برخی از عوامل محیطی و خانوادگی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان بررسی و کنترل نشد. با توجه به اینکه پژوهش بر روی بیماران مبتلا به پسروریازیس انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود و نتایج حاصله با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. توجه به عامل جنسیت و تفکیک گروه‌های درمان در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد؛ زیرا این دو عواملی هستند که ممکن است نتایج تحقیق را تغییر دهند. به درمانگران پیشنهاد می‌گردد، زمانی که با افراد دارای اختلالات اضطرابی و اجتناب شناختی مواجه می‌شوند، به منظور درمان اضطراب و افزایش تعاملات اجتماعی، ابتدا تنظیم هیجانی و معناداری زندگی آن‌ها بررسی شود که می‌تواند در این زمینه از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، به عنوان روش درمانی مؤثر و کارآمد در کنار سایر روش‌های روان‌شناختی استفاده کنند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤالات، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

می‌یابد. سپس به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در مرحله بعد بر تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان زندگی‌اش که فرد برای خود در ذهنش ساخته است تأکید می‌شود. سپس به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی‌اش را بشناسد و به شکل عملیاتی بتواند آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند و در نهایت برای انجام عمل متعهدانه و معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی به فرد انگیزه داده شود. از سوی دیگر این شیوه درمانی از طریق رویارویی و مواجهه نیز به بیماران آموزش داده می‌شود تا مدت طولانی خودشان را با نگرانی از طریق فکر کردن درباره رویدادهای هراس‌آور مواجه کنند. مواجهه به صورت فراخوانی یک تصویر از انتظار هراس‌آور و تمرکز روی این تصویر انجام می‌گیرد که در پژوهش‌های بسیاری به تأثیر بالای این روش در کاهش علائم اضطرابی و افسردگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی اشاره شده است. به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌گردد بیماران مبتلا به پسروریازیس بتوانند شرایط ایفا شده در طی جلسات درمان را بپذیرند و در نتیجه عکس‌العمل مثبتی در افزایش سرسختی روان‌شناختی و حتی کاهش اضطراب و افسردگی از خود نشان دهند. درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد پذیرش، فرایند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش‌بینی کارکردهای فرد در آینده می‌باشد. اصلی‌ترین سازه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور مشکلات و رنج‌ها می‌باشد (مشکبیدحقیقی و پوریوسفی، ۱۳۹۶).

محدودیت‌های با توجه به اینکه این پژوهش تنها در بین بیماران مبتلا به پسروریازیس و افراد مجرد صورت گرفته

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابراهیمی‌بجدنی، بنیسی، پریناز؛ وطن‌خواه، حمیدرضا (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب روان‌شناختی بر اساس سرسختی روان‌شناختی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با استرس. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، دوره ۱۲، شماره ۱، پیاپی ۴۵.
- اکبری، م؛ حسینی، ز (۱۳۹۸). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی و درمان فراشناختی (سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۱(۱)، ۱۷۵-۱۸۹.
- بسطامی، مرتضی؛ گودرزی، ناصر؛ دوران، بهناز؛ تقوا، ارسیا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلابه دیابت نوع ۲. این‌سینا/اداره بهداشت، امداد و درمان ناجا، سال هجدهم شماره ۵۴، ۱۳-۱۲.
- حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۹). روان‌شناسی زندگی (زندگی‌درمانی)، نشر: تهران: نشر ویرایش.
- حسن‌زاده، رمضان؛ مصلحی جویباری؛ میترا، مهدی‌نژاد گرجی؛ گلین؛ محرابی پری، سحر (۱۳۹۸). کتاب بزرگ استعاره‌های ACT، تهران: ویرایش.
- درتاج، افسانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصرمقدسی، عبدالرضا؛ علی پور، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس. مجله روانشناسی کاربردی، ۱۵ (۱): ۴۹-۷۲.
- رستمی، مجید؛ کیخسروانی، مولود؛ پولادی ریشه‌ری، علی؛ حرانی، محمدرضا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر اضطراب و ناامیدی مادران کودکان اختلال طیف اوتیسم. طب جنوب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، سال بیست و سوم شماره ۱، ۶۹-۵۶.
- شیدایی اقدم، شوان؛ شمس‌الدینی لری، سلوی؛ عباسی، سمیه؛ یوسفی، سارا؛ عبداللهی، صفیه؛ مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش‌پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلابه M.S. مجله اندیشه و رفتار، ۹ (۳۴): ۵۷-۸۸.
- غضنفری، فیروزه؛ امیری، فاطمه؛ زنگی آبادی، معصومه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس - جبری زنان مبتلابه اختلال وسواس - اجباری شهر خرم‌آباد. مطالعات ناتوانی ۱۱ (۵)، ۱۶۵-۱۶۰.
- مجتبی عباسی اصل، فاطمه رحمتی نجارکلائی، بهناز دوران. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر سرسختی روان‌شناختی، رفتار مراقبتی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲. طب نظامی، ۱۰ (۱): ۱۰۷۳-۱۰۸۳.
- مشکیدیحقیقی، محسن و پوریوسفی، مروارید. (۱۳۹۶). اثر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی و اضطراب مادران دارای کودکان با مشکلات اضطرابی، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران، <https://civilica.com/doc/732447>
- مفید، وحیده؛ فاتحی زاده، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۳ (۱۸)، ۳۰-۱۷.
- موسوی، سیدمرتضی؛ خواجوند خوشلی، افسانه؛ اسدی، جوانشیر؛ عبدالله‌زاده، حسن (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی در زنان مبتلابه لوپوس اریتماتوز سیستمیک. مجله علوم روان‌شناختی، دوره بیستم، شماره ۳۳، ص ۴۶۳-۴۵۷.

- Self-Help for Social Anxiety: Randomized Controlled Trial Comparing a Mindfulness and Acceptance-Based Approach With a Control Group. *Behavior therapy*, 50, 696-709.
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2003). Lang and Goulet hardiness scale: Development and testing on bereaved parents following the death of their fetus/infant. *Death Studies*, 27(10), 851-880.
- Langly RG, Paller AS, Hebert AA, et al. (2011). Patient reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment 12 week results from a phase randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 64, 64-70.
- Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012; 51(1): 12-26.
- Schmid-Ott G, Mayer SS, Psych MSC, et al. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 25, 47-54.
- Simons, J. S. and Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development & validation of a self-report measure. *Motivation & emotion*, 20(9), 83-102.
- Sozani S. (2013). Psychological hardiness, Paper presented at the Psychology and Wellbeing Congress, Tehran (Persian).
- Teimory, S., & Mashhadi, a. (2013). Hardiness and Personality Characteristics of Acquired Students. *Journal of Psychological Sciences*, 7 (25), 102-114.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 469-475.
- autoimmune diseases. *Psoriasis(Auckl)* 2016; 22(6): 7-32.
- Azizi, A., Mirzaie, A., & Shams, D. (2010). The relationship between distress, tolerance emotion regulation with students' dependence on cigarettes. *Hakim Research Journal*, 13(1), 11-18. (in Persian).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1(82), 10-1037.
- Cardel, M. I., Ross, K. M., Butryn, M., Donahoo, W. T., Eastman, A., Dillard, J. R., ... & Janicke, D. (2020). Acceptance-based therapy: the potential to augment behavioral interventions in the treatment of type 2 diabetes. *Nutrition & diabetes*, 10(1), 1-6.
- Chapman BP, Moynihan J. The brain-skin connection: role of psychosocial factors and neuropeptides in psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol* 2009; 5(6): 623-27.
- Chaudhari U, Romano P, Mulcahy LD, Dooley LT, Baker DG, Gottlieb AB. Efficacy and safety of infliximab monotherapy for plaque-type psoriasis: a randomised trial. *Lancet* 2001; 9(357): 1842-7.
- Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review(2019). *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(5).
- 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.
- 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.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*, 18(2), 226.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (2nd Ed). New York: Guilford.
- Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szebietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(1): 67-72.
- Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6(6): 383-92.
- Kocovski, Nancy I, Fleming, Jan E, Blackie, Rebecca A, Mackenzie, Meagan B, Rose, Alison (2018)