

The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Quality of Life in Women with Psoriasis

Authors

Nahid Shaban¹, Marjan Alizadeh^{2*}, Mozhgan Sepahmansour³

 1- Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
nahid.shaban@iau.ac.ir

 2- Assistant Professor, Department of Clinical and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding author)
M.alizadeh@iau.ac.ir

 3- Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
drsepahmansour@iau.ac.ir

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease linked to heightened stress levels and a substantial negative impact on patients' quality of life and their ability to tolerate distress. The purpose of this study was to comparison of the comparing effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on quality of life in women with psoriasis.

Method: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the research was all women with psoriasis who referred to the dermatology clinics of Tehran city in autumn of year 2024. Then the number of 45 women patients diagnosed by a physician were randomly divided into two groups, including an cognitive-behavioral therapy group (15 women), compassion-focused therapy group (15 women) and a control group (15 women). Then the first experimental group underwent 8 sessions of 90 minute cognitive-behavioral therapy and the second experimental group underwent 10 sessions of 90 minute of compassion-focused therapy. To collect data Dermatology life quality index (DLQI) of Finlay and Khan (1994). Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 28.

Results: The results showed that both interventions had a significant effect on quality of life ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on quality of life ($P < 0.05$).

Discussion and conclusion: Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy can be used as a treatment method to on quality of life in women with psoriasis and priority of use in increase quality of life women with psoriasis is with compassion-focused therapy.

Keywords

cognitive-behavioral therapy, compassion-focused therapy, psoriasis, quality of life.

Corresponding Author's E-mail

M.alizadeh@iau.ac.ir
1.0000-0002-1126-0057
2.0000-0002-1772-3518
3. 0000-0002-0575-4018

Extended Abstract

Introduction:

Psoriasis is a chronic inflammatory disease that affects approximately 2–3% of the world's population, and the pathogenesis of psoriasis is complex and involves dysregulation of immune regulation, increased proliferation, and angiogenesis. Several comorbidities have been associated with psoriasis, including psoriatic arthritis, cardiovascular disease, metabolic syndrome, obesity, inflammatory bowel disease, and psychiatric disorders that are associated with systemic inflammation. In addition to these physical and physiological problems, people with psoriasis experience psychological and emotional problems, including low levels of quality of life. Psoriasis affects most psychosocial areas of a patient's life, and coping with these everyday life issues remains a challenge for patients in their daily lives, so the goal of psoriasis management should include measures to improve quality of life along with long-term remission of physical symptoms. Numerous studies have shown the role of psoriasis in reducing the quality of life of patients and have found that psoriasis is a significant threat to reducing the quality of life of these patients. Due to such problems, it is important to use psychological interventions for these patients. The purpose of this study was to comparison of the comparing effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on quality of life in women with psoriasis.

Method: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the research was all women with psoriasis who referred to the dermatology clinics of Tehran city in autumn of year 2024. Then the number of 45 women patients diagnosed by a physician were randomly divided into two groups, including an cognitive-behavioral therapy group (15 women), compassion-focused therapy group (15 women) and a control group (15 women). Then the first experimental group underwent 8 sessions of 90 minute cognitive-behavioral therapy and the second experimental group underwent 10 sessions of 90 minute of compassion-focused therapy. To collect data Dermatology life quality index (DLQI) of Finlay and Khan (1994). The inclusion criteria for the study were the absence of chronic physical diseases such as cancer, etc., according to the individual's self-report, at least one year after receiving a psoriasis diagnosis, and an age range of 20 years and above (because the sample was selected from married women). Also, missing more than 2 sessions in the treatment process, receiving psychotherapy services in parallel and simultaneously, having experience with one of the treatments examined in the present study, and incomplete completion of the questionnaires in the post-test and follow-up stages were exclusion criteria. Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 28.

Results:

Based on the results, the mean and standard deviation of age in the cognitive-behavioral therapy group were 34.73 and 2.91; the mean and standard deviation of age in the compassion-focused therapy group were 33.40 and 3.27; and the mean and standard deviation of age in the control group were 34.20 and 3.34. The F statistic obtained from comparing the means of the 3 groups in the age variable was $F=0.67$, which is not statistically significant ($\text{sig}=0.518$), indicating that the 3 groups of women were similar in terms of age. In terms of academic, in the compassion-focused therapy group, 1 people had a diploma (6.6%), 2 had an associate's degree (13.33%), 6 people had a bachelor's degree (40%), and 6 people had a master's degree or higher (40%). In the cognitive-behavioral therapy group, 2 people had a diploma (13.33%), 4 people had an associate's degree (26.67%), 4 people had a bachelor's degree (26.67%), and 5 people had a master's degree or higher (33.33%). In the control group, 2 people had a diploma (13.33%), 3 people had an associate's degree (20%), 6 people had a bachelor's degree (40%), and 4 people had a master's degree or higher (67.26%). The chi-square analysis statistic resulting from comparing the frequency and percentage of the 3 groups in terms of education was Chi-Square = 1.97, which is not statistically significant ($\text{sig} = 0.923$), indicating that the three groups of women were similar in terms of education. The results showed that both interventions had a significant effect on quality of life ($P<0.05$). Then, a pairwise comparison of the mean modified of the test stages (pre-test, post-test, and follow-up) in quality of life was examined, and the results showed that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy had an effect on quality of life and its dimensions in the post-test stage, and their therapeutic effects were persistent and stable after 2 months. The results also showed that the mean difference between the compassion-focused therapy group and the control group was greater than the mean difference between the cognitive-behavioral therapy group and the control group, which indicates that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on the quality of life of women with psoriasis.

Conclusion: Compassion can manifest in three different directions (streams of compassion): the compassion we feel for others, the compassion we feel on behalf of others, and the compassion we have for ourselves (self-compassion). The primary goal of compassion-based therapy is to cultivate compassionate motivation in all three directions, allowing distress to be regulated through our evolved physiological infrastructures, which are activated in response to dependent behaviors. How compassion-focused therapy can improve quality of life compassion-focused therapy can be said to eliminate shame and self-criticism by activating our pain-relieving system, which is related to compassion, satisfaction, and safety. The goal of many compassion-focused therapy exercises is to connect with the pain-relieving system by creating a compassionate mind, thus creating a sense of security, satisfaction, and peace, which in turn can eliminate shame and self-criticism. Therefore, when a person with psoriasis participates in compassion therapy sessions, they develop a compassionate mind and will feel less shame and self-criticism due to their disease, which will be effective in improving their quality of life. Therefore, it is reasonable to say that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy in improving the quality of life in women with psoriasis. Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy can be used as a treatment method to on quality of life in women with psoriasis and priority of use in in increase quality of life women with psoriasis is with compassion-focused therapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In this study, ethical considerations were meticulously observed, including: obtaining informed consent from women with psoriasis to participate in therapeutic interventions; assuring participants that their responses would not be analyzed individually but as part of a group, with confidentiality guaranteed and no access granted to any third party; explaining the study process to all participants; informing them about the study's objectives, the harmlessness of the intervention, and its potential benefits; clarifying the expertise and qualifications of the intervention providers; assuring participants of the scientific foundation of the method; and notifying them of their right to withdraw freely at any stage of the study. Participants were also informed that a competent organization, such as the university, would oversee the research process. Additional measures included emphasizing the voluntary nature of the study, providing answers to their questions, offering access to the results upon request, and ensuring that intensive therapeutic sessions would be made available to the control group after the follow-up phase. Furthermore, this study received ethical approval under the code [IR.IAU.CTB.REC.1403.192](#) from the Ethics in Research Committee of the Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Funding: The study was conducted without the funding of any institution or organization.

Conflict of interest: According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this study. The second author is the supervisors and third author as advisor. This article is taken from a doctoral thesis of the first author.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس

نویسندگان

ناهید شعبان^۱، دکتر مرجان علیزاده^{۲*}، دکتر مژگان سپاه منصور^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

nahid.shaban@iau.ac.ir

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی و تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران،

ایران.

M.alizadeh@iau.ac.ir

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

drsepahmansour@iau.ac.ir

چکیده

مقدمه: پسوریازیس یک بیماری التهابی مزمن پوستی است که با سطوح بالای استرس و تاثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی و تحمل پرشانی بیماران همراه است. هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌های درماتولوژی شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. سپس تعداد ۴۵ زن بیمار تشخیص داده شده بر اساس پزشک متخصص به صورت تصادفی ساده در دو گروه شامل گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری (۱۵ زن)، گروه درمان مبتنی بر شفقت (۱۵ زن) و یک گروه کنترل (۱۵ زن) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. از پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماری‌های پوستی (DLQI) فیملای و خان (۱۹۹۴) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به دست آمده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بود.

نتایج: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر کیفیت زندگی داشته است ($P < 0/05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسوریازیس با درمان مبتنی بر شفقت است.

تاریخ دریافت:

..../..../..

تاریخ پذیرش:

..../..../..



کلیدواژه‌ها

پسوریازیس، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت، کیفیت زندگی.

پست الکترونیکی نویسنده مسئول

M.alizadeh@iau.ac.ir

مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است

مقدمه

پسوریازیس^۱ یک بیماری التهابی مزمن است [۱] که تقریباً ۲ تا ۳ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پاتوژنز^۲ (بیماری‌زایی) پسوریازیس پیچیده است و شامل اختلال در تنظیم ایمنی، افزایش تکثیر و رگزایی است [۲]. همچنین می‌توان گفت که پسوریازیس یک التهاب (اگزما)^۳ مزمن با علت نامشخص است که بر اساس جدیدترین تحقیقات به عنوان یک بیماری سیستمیک طبقه‌بندی می‌شود [۳]. این التهاب اغلب با سندرم متابولیک و سایر اختلالات جدی همراه است و به دلیل التهاب مزمن، اختلالات ایمنی، عوامل ژنتیکی و انواع مواد فعال بیولوژیکی ترشح شده از بافت چربی، بیماران پسوریازیس در معرض خطر بیشتری برای چاقی [۴]، دیابت نوع دو [۵]، فشار خون بالا و تصلب شرایین هستند [۶]. شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پسوریازیس پلاکی (پسوریازیس ولگاریس) است که بیش از ۸۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد و علائم رایج شامل خارش پوست، سوزش و درد است [۷]. علاوه بر این، چندین بیماری همراه با پسوریازیس از جمله آرتریت پسوریاتیک، بیماری قلبی عروقی، سندرم متابولیک، چاقی، بیماری التهابی روده، و اختلالات روانپزشکی که با التهاب سیستمیک مرتبط هستند، مرتبط است [۸].

افزون بر این مشکلات جسمانی و بدنی، این افراد که مبتلا به بیماری پسوریازیس هستند، مشکلات روانشناختی و هیجانی از جمله سطوح پایین کیفیت زندگی^۴ را تجربه می‌کنند [۹ و ۱۰]. کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی از نظر بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است به عبارتی دیگر کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است که نشان دهنده رفاه (بهزیستی) کلی افراد در یک جامعه است [۱۱]. پسوریازیس بیشتر حوزه‌های روانی-اجتماعی زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مقابله با این مسائل زندگی روزمره همچنان یک

چالش برای بیماران در زندگی روزمره است، به طوری که هدف مدیریت پسوریازیس باید شامل اقداماتی برای بهبود کیفیت زندگی همراه با انتقال طولانی مدت علائم فیزیکی باشد [۱۲]. تحقیقات متعددی نقش بیماری پسوریازیس بر کاهش کیفیت زندگی بیماران را نشان داده‌اند و به این یافته رسیده است که ابتلای به بیماری پوستی پسوریازیس تهدید مهمی برای کاهش کیفیت زندگی این بیماران است [۱۳، ۱۴ و ۱۵].

به دلیل چنین مشکلاتی، به کارگیری مداخلات روانشناختی برای این بیماران اهمیت دارد. بر اساس تحقیقات درمان شناختی-رفتاری [۱۶ و ۱۷] و درمان مبتنی بر شفقت^۵ از مداخلات اثربخش برای بیماران مبتلا به پسوریازیس است [۱۸ و ۱۹]. درمان شناختی-رفتاری به اصلاح خلق و رفتار بد بیماران از طریق اصلاح شناخت بد، متقاعدسازی، نمایش، آموزش آرامش، آموزش رفتار و غیره اشاره دارد [۲۰]. مطالعات ثابت کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند افسردگی، اضطراب و سایر احساسات بد را در بیماران مبتلا به پسوریازیس بهبود بخشد [۱۷]. همچنین تحقیقات نشان داده است که عوامل روانشناختی ممکن است توسط درمان شناختی-رفتاری مورد هدف قرار گیرند، که به نوبه خود ممکن است شدت پسوریازیس را کاهش دهد [۲۱]. تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به نتایج مثبت در ایجاد وضعیت بیمار شود، به این صورت هنگامی که درمان شناختی-رفتاری به طور منظم انجام شود، می‌تواند به طور موثر انواع شرایط سلامت روان را در افرادی که اضطراب خفیف تا متوسط را تجربه می‌کنند، درمان کند و این درمان شامل آموزش روانشناختی، خودنظارتی، بازسازی شناختی، پیشگیری از قرار گرفتن در معرض محرک‌های منفی و آموزش‌های دقیق است، که همه اینها می‌تواند به کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس منجر شود [۲۲].

علاوه بر این تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند بر کیفیت زندگی موثر باشد [۲۳، ۲۴ و ۲۵]، به طوری که درمان شناختی-رفتاری به عنوان مکملی برای درمان‌های پوستی مرسوم ممکن است برای افراد مبتلا به آسیب‌شناسی روانی پیش‌درمانی شدیدتر در

1. psoriasis

2. pathogenesis

3. dermatosis

4. quality of life

5. cognitive-behavioral therapy

6. compassion-focused therapy

همچنین به مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر کاهش مشکلات افراد دارای اختلالات اضطرابی پرداخته شده است که نشان داده شده است با وجود موثر بودن درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، زمانی که با درمان مبتنی بر شفقت ادغام می‌شود می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد [۳۱]. از سوی دیگر، در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که پسوریازیس، یک اختلال التهابی پوستی با استعداد ژنتیکی، مرتبط با سیستم ایمنی، درهم تنیده با متابولیسم، بیش از ۱۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بار بیماری قابل توجهی را ایجاد می‌کند [۳۲]. در طول ۳ دهه گذشته، شیوع پسوریازیس روند افزایشی ملایمی را بدون توضیح واضح نشان داده است [۳۳ و ۳۴]. افزون بر این، بر اساس تحقیقات این بیماران به طور قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیشتر [۳۵]، نقصان در عملکرد جنسی [۳۶] و کیفیت زندگی [۳۷] و سطوح انعطاف‌پذیری روانشناختی کمتر از افراد سالم [۳۸] را تجربه می‌کنند که چنین شرایطی اهمیت و ضرورت پیدا می‌کنند که در یک پژوهش این بیماران تحت مداخلات روانشناختی قرار گیرند تا از میزان مشکلات آنان به ویژه سطوح پایین کیفیت زندگی کاسته شود. لذا انجام این گونه تحقیقات اهمیت دارد و نتایج آن برای روانشناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات مربوط به کیفیت زندگی ضعیف بیماران پوستی فعالیت می‌کنند از نتایج این پژوهش در راستای اهداف خود استفاده کنند. با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است که در آن یک مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز در نظر گرفته شده است. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک-های درماتولوژی شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن [۳۹] با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر با ۱۵ نفر در هر

بهبود علائم پسوریازیس، اضطراب و افسردگی مفید باشد و به طور کلی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر است [۲۱]. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت در بیماری‌های مزمن مؤثر بوده‌اند و باعث بهبود مشکلات روانشناختی و هیجانی افراد بیمار مبتلا به پسوریازیس می‌شود [۲۶]. درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت [۲۷] توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت [مهربانی کردن با خود و دیگران] در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است [۲۸]. درمان شفقت خود با هدف تسهیل توسعه سیستم تسکین دهنده از طریق آموزش ذهن مشفق است [۲۹]. همچنین تحقیقات نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت خود باعث بهبود پریشانی روانشناختی [۱۹] و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس می‌شود [۱۸].

آنچه مشخص است هم درمان شناختی-رفتاری و هم درمان مبتنی بر شفقت به خود به بیماران مبتلا به پسوریازیس در کاهش مشکلاتشان کمک می‌کند، اما آنچه می‌تواند به عنوان یک مسئله پژوهشی از آن نام برد این است که تفاوت‌ها این دو مداخله کدام‌اند و اگر بین آنها تفاوت وجود دارد کدام مداخله درمانی ارجحیت بیشتری نسبت به دیگری دارد که در این پژوهش به بررسی این خلاء پژوهشی پرداخته شد. درمان، شناختی-رفتاری، درمانی ساختارمند، مشکل‌مدار و مبتنی بر یک مدل آموزشی با تأکید بر زمان حال است، و به مراجعان آموزش می‌دهد افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کرده و به شیوه‌های کارآمدتر، تفکر کارآمد را جایگزین افکار ناکارآمد سازند و شناخت‌های مرتبط با مشکل را در زندگی کسب کنند و بدین منظور با تمرین‌های شناختی-رفتاری، بر حل مشکلات بین فردی و مهارت‌های اجتماعی متمرکز می‌شوند. اما هدف درمان مبتنی بر شفقت کاهش سطوح بالای شرم و خودانتقادی است که هر دوی این مداخلات با هدف جایگزین کردن افکار ناکارآمد و خودانتقادگرانه با افکار آمد و مشفقانه است. در یک تحقیق نشان داده است که هر دو مداخله شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت مداخلاتی موثری هستند، اما درمان مبتنی بر شفقت خود مزایای بهتری نسبت به درمان شناختی دارد [۳۰].

². Cohen

¹. Gilbert

گروه بود. به این صورت که ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی-رفتاری، ۱۵ نفر در گروه درمان شفقت به خود و ۱۵ نفر در گروه کنترل بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش دو مرحله‌ای بود، به این صورت که در ابتدای پژوهش در پی فراخوان به کلینیک‌های درماتولوژی تعداد ۴۵ نفر انتخاب و سپس این تعداد در گام دوم به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان و غیره بر اساس گزارش خود فرد، گذشت حداقل یک سال از دریافت تشخیص پسونیازیس و دامنه سنی ۲۰ سال به بالا (به دلیل اینکه نمونه از بین زنانی انتخاب شد که متاهل بودند) از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در فرآیند درمان، دریافت خدمات روان درمانی به طور موازی و همزمان، داشتن تجربه یکی از درمان‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. ملاحظات اخلاق شامل اخذ کد اخلاق، مضرر نبودن مشارکت در تحقیق از نظر مالی، جانی و روانشناختی، تفسیر، نتایج در صورت تمایل برای افراد گروه-ها، مغایرت نداشتن با موازین دینی و فرهنگی، کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد نمونه، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق آنان، توضیح فرآیند مطالعه برای همه افراد نمونه، آگاه شدن از اهداف مطالعه، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از پژوهش و ارائه جلسات درمانی به افراد گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری بوده است. از آنجایی که طرح پژوهش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است، لذا برای بررسی داده‌های گردآوری شده و تحلیل آماری آن از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مداخلات و مقایسه مراحل آزمون استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بوده است.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی پوستی (DLQI)

این مقیاس شامل ۱۰ سوال است که تأثیر بیماری پوستی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیمار را می‌سنجد [۴۰]. پاسخ به این پرسشنامه در اندازه‌های چهار نمره‌ای از صفر تا

سه انجام می‌شود. به این صورت که خیلی زیاد ۳ نمره، زیاد ۲ نمره، کمی ۱ نمره و اصلاً ۰ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰ است و نمره بالاتر در این پرسشنامه به معنای کیفیت زندگی پایین‌تر است [۴۱]. نقطه برش آن نمره ۲۱ و بالاتر است [۴۲]. سازنده پرسشنامه برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضریب ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند [۴۰]. در یک پژوهش در ایران برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات ۰/۹۱ به دست آمده است [۴۲]. در سایر پژوهش‌ها برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی، قابلیت این روش با آزمون کایزر-مایر-ولکین^۲ و آزمون کرویت بارتلت^۳ مورد بررسی قرار گرفت. مقدار آزمون کایزر-مایر-ولکین (۰/۹۲) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت. همچنین معناداری آزمون کرویت بارتلت (۱۷۵۸/۸۴۲ و $\text{sig}=0/001$)، نشان داد که سوالات مقیاس توانایی عامل شدن را دارا هستند و در مجموع ۴۹/۵۸ از واریانس کل را تبیین می‌کند و پایایی آن بررسی و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ به دست آمده است و روایی سازه آن از طریق محاسبه همبستگی بین نمرات کل و سوالات آن محاسبه و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه ۰/۴۷ تا ۰/۸۳ به دست آمده است [۴۳]. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ مرحله پیش‌آزمون کل سوالات ۰/۹۱ به دست آمده است.

^۲. Kaiser-Meyer-Olkin Test

^۳. bartlett spherical test

^۱. Dermatology life quality index (DLQI)

جلسات درمانی

جلسات درمان شناختی-رفتاری با اقتباس از آموزه‌های نظری درمان شناختی-رفتاری دابسون و دابسون [۴۳] شامل ۸ جلسه بود که توسط دانشجوی دکترای روانشناسی اجرا شد. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش دوم ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقاتی همچون روحی و همکاران [۴۴] تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از دابسون و دابسون [۴۳]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	آشنایی اولیه	مطرح کردن روند و هدف جلسات، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسشنامه‌ها بود. تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضاء؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری نابهنجار مانند رفتار ایمنی‌های مخرب مثل وسواس فکری و نگرانی‌های مربوط به نتیجه درمان و سلامتی افراد گروه بود.	رفع نگرانی در نتیجه درمان	یادداشت و بررسی چرخه موقعیت، افکار منفی اتوماتیک بود.
۲	چرخه افکار	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها از چرخه افکار، احساس و رفتار؛ مطرح کردن مؤلفه‌های: باورهای بنیادین، میانجی (فرض مشروط، بایدها، قواعد)، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و اسنادها (خود، دنیا و آینده) بود.	غلبه بر افکار خودآیند	یادداشت و دقت کردن به افکار خودآیند منفی که به صورت اتوماتیک بر فرد عارض می‌شود بود.
۳	خطاهای شناختی	بررسی تکالیف و معرفی خطاهای شناختی رایج مانند: پیش‌گویی، فاجعه سازی، برچسپ زدن به خود، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی سازی، مقصر دانستن، همیشه پشیمان بودن، و استدلال هیجانی خواهد بود.	شناخت خطاها	یادداشت خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود.
۴	رصد افکار خودآیند	معرفی توجه انتخابی به بیماران درخصوص آینده، رصد و بررسی افکار خودآیند منفی، احساسات و رفتار و ربط آن به خطاهای شناختی رایج، آموزش تمدد اعصاب ^۲	تمدد اعصاب	شناسایی افکارآیند منفی و یادداشت‌برداری، انجام آموزش تمدد اعصاب در طی هفته و هر زمان که استرس و اضطراب داشته باشند.
۵	حل مسئله	آموزش روش حل مسئله برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی و درمان، آموزش آزمایش رفتاری بر شناسایی توالی‌های شناخت، هیجان و رفتارها مجدد و به کارگیری روش مناسب حل مسئله در مورد مشکلات مسئله محور بود.	آشنایی با حل کردن مسائل	انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی بود.
۶	پردازش شناختی	ارزیابی خلق مشارکت‌کنندگان، مروری بر مشکلات بیماران و شیوه پردازش شناختی و به تبع آن وضعیت هیجانی و رفتاری آن‌ها، ارزیابی شناختی و باورهای بنیادین مثل "چرا برای من" و بازسازی شناختی آن با توجه به شواهد بود.	ارزیابی و پردازش شناختی	انجام آموزش تمدد اعصاب و مرور موضوع جلسه، ارزیابی شناختی خود نسبت به قبل از شروع آموزش بود.
۷	فعال سازی رفتاری	بررسی عملکرد مشارکت‌کنندگان از چرخه فکر، احساس و رفتار و تمرین عملی در کلاس، ارزیابی تصویر خودآیند منفی، مرور خطاهای شناختی، ارزیابی روش حل مسئله و فعال سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش افسردگی بود.	مشخص کردن اهداف و ارزش‌ها	تکمیل برگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن-های و تمام آموزش داده شده بود.
۸	اختتامیه	مرور موضوع جلسات قبل و جمع‌بندی آن‌ها به صورت خلاصه،	مشارکت فعالانه در	-

^۱. Dobson & Dobson

^۲. Progressive Muscle Relaxation (PMR)

	پاسخ‌گویی به سؤالات، اجرای گروهی آموزش تمدد اعصاب، ارزیابی فعال‌سازی رفتاری و تأکید بر افزایش فعالیت‌های لذت بخش، پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش و هماهنگی برای اجرای پرسشنامه‌ها بعد از ۲ ماه و خداحافظی و تذکر به پایبندی به فنون آموزشی بود.	برنامه درمانی خود	
--	---	-------------------	--

جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود با اقتباس از آموزه‌های نظری شفقت به خود گیلبرت [۴۵] شامل ۱۰ جلسه بود که توسط دانشجوی دکترای روانشناسی اجرا شد. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش اول ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقات

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس گیلبرت [۴۵]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش از آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	رهایی از موانع	بررسی، مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه‌های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویرسازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تمرین تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش‌های موردنظر این جلسه در زندگی روزمره
۸	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط	کسب ذهن شفقت ورزانه نسبت به خود	-

		یکسان پس آزمون به عمل آمد و برای انجام دوره پیگیری هماهنگی لازم به عمل آمد.		
--	--	---	--	--

نتایج

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۴/۷۳ و ۲/۹۱؛ میانگین و انحراف معیار در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۳/۴۰ و ۳/۲۷ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۳۴/۲۰ و ۳/۳۴ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین-های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/67$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($\text{sig}=0/518$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه زنان از نظر سن است. از نظر تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱ نفر دیپلم (۶/۶۷ درصد)، ۲ نفر فوق دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۴ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۲۶/۶۷ درصد) بودند. میزان آماره تحلیل کای اسکوتر آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از نظر تحصیلات برابر با $1/97 = \text{Chi-Square}$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($\text{sig}=0/923$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسروریازیس در گروه های آزمایش و گروه کنترل

متغیر وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		شفقت	شناختی-رفتاری	کنترل	شفقت	شناختی-رفتاری	کنترل
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۳۱/۹۳	۳۱/۸۰	۳۱/۶۷	۱/۹۱	۱/۶۱	۱/۳۴
	پس آزمون	۲۷/۴۰	۲۸/۸۰	۳۱/۵۳	۲/۰۳	۲/۷۸	۱/۴۶
	پیگیری	۲۷/۴۷	۲۸/۹۳	۳۱/۶۰	۱/۹۶	۲/۸۱	۱/۴۰

گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی گزارش شده است.

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۴/۷۳ و ۲/۹۱؛ میانگین و انحراف معیار در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۳/۴۰ و ۳/۲۷ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۳۴/۲۰ و ۳/۳۴ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین-های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/67$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($\text{sig}=0/518$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه زنان از نظر سن است. از نظر تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱ نفر دیپلم (۶/۶۷ درصد)، ۲ نفر فوق دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۳ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۲۶/۶۷ درصد) بودند. میزان آماره تحلیل کای اسکوتر آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از نظر تحصیلات برابر با $1/97 = \text{Chi-Square}$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($\text{sig}=0/923$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسروریازیس گروه ها به تفکیک مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) را نشان می دهد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P>0/05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P>0/05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. همچنین مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای کیفیت زندگی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمد که برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین هاوس-گیسر^۱ و هیون-فلدت^۲ تصحیح شد و با در نظر

^۱. Greenhouse-Geisser correction

^۲. Huynh-Feldt correction

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) کیفیت زندگی

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
کیفیت زندگی	زمان	۵۱/۰۴	۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۳/۴۱	۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
	گروه	۱۰/۰۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۸

می‌باشد، که می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی در زمان‌های مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در کیفیت زندگی در جدول ۵ آمده است.

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی اثربخشی و تاثیر معنادار دارد. تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات کیفیت زندگی معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که صرف نظر از گروه‌های آزمایشی بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثرات تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی کیفیت زندگی برای بررسی پایداری نتایج

متغیر وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۱/۸۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۹/۴۴	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۹/۴۳	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۹	۰/۱۴۴

از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۵ درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی کیفیت زندگی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین تعدیلی	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
کیفیت زندگی	درمان شفقت	۲۸/۹۳	درمان شناختی/رفتاری-درمان شفقت	-۰/۹۱	۰/۴۱۷
	درمان شناختی/رفتاری	۲۹/۸۴	درمان شفقت-کنترل	-۲/۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۱/۶۰	درمان شناختی/رفتاری-کنترل	-۱/۷۶	۰/۰۱۷

که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسروریازیس دارد.

با توجه به جدول ۶ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل است

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسروریازیس بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسروریازیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات وئی و همکاران [۲۳]، دیلس و همکاران [۲۴] و ایگر و همکاران [۲۵] و سیجرسیک و همکاران [۲۱] همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسروریازیس می‌توان

گفت که تعریف کیفیت زندگی دشوار است. این شامل بهزیستی ذهنی، رضایت از زندگی، ادراک از روابط اجتماعی، سلامت جسمانی، وضعیت اقتصادی، و عملکرد در فعالیت‌ها و کار روزانه است. بر این اساس، ارزیابی کیفیت زندگی معمولاً شامل دیدگاه‌های ذهنی از شرایط زندگی، ادراکات سلامت روانی و جسمی، روابط اجتماعی و خانوادگی، و عملکرد در محل کار و خانه است [۴۸]. همچنین می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک روان درمانی بدن [۴۹] و به عنوان استاندارد طلایی

درمانی هستند: درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا انگیزه‌های خود، پیوند بین انگیزه‌ها و احساسات، و نحوه پرورش انگیزه‌های مفید، مانند شفقت، برای ترویج ظهور احساسات مفید و کار با احساسات غیرمفید را درک کنند [۵۲]. دومین جزء درمان مبتنی بر شفقت به عنوان آموزش ذهن مشفقانه^۱ نامگذاری شده است. آموزش ذهن مشفقانه شامل مجموعه‌ای از راهبردها و تمرین‌های متمرکز بر شفقت است که برای کمک به مراجعین در توسعه جنبه‌های کلیدی و ویژگی‌های شفقت شامل حساسیت^۲، مراقبت از بهزیستی^۳، عدم قضاوت^۴، همدردی^۵ و تحمل پریشانی^۶ طراحی شده‌اند [۵۳]. مهارت‌های مورد استفاده برای پرورش این ویژگی‌ها شامل استدلال دلسوزانه، رفتارهای دلسوزانه، تصویرسازی دلسوزانه، احساس دلسوزانه، و احساس دلسوزانه است [۴۵]. بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت، تأکید خاصی بر پرورش فعال شفقت نسبت به خود و دیگران دارد و به طور خاص برای رسیدگی به مسائل مربوط به انتقاد از خود و شرم طراحی شده است. با این هدف، درمان مبتنی بر شفقت شامل استفاده از تمرین‌ها و تکنیک‌های خاص، مانند تصویرسازی هدایت‌شده، گفتگوی دلسوزانه با خود، درک ماهیت تکامل‌یافته ذهن انسان، و کاوش در ریشه‌های انتقاد از خود است. بنابراین، حضور در درمان گروهی و شناختن تجربیات مشترک با سایر اعضا سبب ارتباط با آنها و کاهش احساس تنهایی و بهتر رو به رو شدن با درد و رنج خود می‌شود و بیمارانی که احساس تنهایی کمتری داشته باشند و بهتر با درد و رنج ناشی از بیماری خود رو به رو شوند، کیفیت زندگی بهتری را تجربه خواهند کرد. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد.

افزون بر این، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات و رابل و همکاران [۳۰]

روان درمانی در نظر گرفته می‌شود که هدف آن تغییر فرایندهای شناختی ناسازگاری است که باعث ایجاد ناراحتی عاطفی می‌شود و الگوهای رفتاری منفی را با تقسیم کردن مشکلات طاقت‌فرسا به بخش‌های کوچکتر تغییر می‌دهد [۵۰]. این امر به ویژه در افراد مبتلا به بیماری پوستی پسوریازیس که اغلب ممکن است تحت تأثیر افکار منفی و ناراحتی عاطفی مربوط به ظاهر خود و وضعیت بدنی خود قرار گیرند، بسیار مهم است. این استراتژی در مقایسه با مداخلات آموزشی ساختاریافته، مصاحبه انگیزشی، ذهن آگاهی یا مداخلات مبتنی بر عاطفه که در آن چرخه معیوب بین شناخت و احساس معمولاً در هسته آن مورد توجه قرار نمی‌گیرد، متفاوت است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله شناختی-رفتاری نیز با استفاده از به کارگیری استفاده از فنون آرام‌سازی، تصویرسازی، آموزش احساسات و حالت‌های هیجانی مختلف، درجه‌بندی کردن آنها، آموزش این مسئله که افکار چگونه بر احساسات اثر می‌گذارند و به چالش کشیدن افکار و نگرانی‌های مرتبط با بیماری و حتی سایر مسائل روزمره، آموزش مهارت‌های کنترل خشم، آموزش مهارت‌های مقابله ای سازگار سبب افزایش کیفیت زندگی در رابطه با بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات اعرابی و همکاران [۱۸] و اعرابی و همکاران [۱۹] همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت، به طور معمول به دو نوع جزء تقسیم می‌شود. اولین مورد به مداخلات درمانی رایج، مانند ارزیابی، ایجاد یک رابطه درمانی، برخورد با گسیختگی‌های درمانی و اختلالات دلبستگی در فرایندهای انتقالی و درمانی، و آموزش روانی مبتنی بر تکامل مرتبط است [۵۱]. درمان مبتنی بر شفقت نشان می‌دهد که ذهن چهار کارکرد اساسی را برای قادر ساختن افراد به انجام وظایف زندگی خود (انگیزه‌های اساسی، احساسات، شایستگی‌ها و رفتارها) تکامل داده است. این چهار حوزه کانون مداخله

1. compassionate mind training

2. sensitivity

3. care for well-being

4. non-judgement

5. sympathy

6. distress tolerance

متمركز) و سیستم تسکین دهنده (مربوط به وابستگی و تسکین دهنده/ایمنی) طبقه‌بندی می‌شوند. سیستم تهدید با احساساتی مانند ترس اضطراب یا خشم مرتبط است. پاسخ جنگ یا گریز یکی از پاسخ‌های رایج زمانی است که سیستم تهدید به شدت فعال است و ما را از خطرات مختلف محافظت می‌کند. سیستم محرک مربوط به احساساتی مانند هیجان یا لذت است، زیرا این سیستم در مورد تعقیب، کسب منابع و موفقیت است. در درمان مبتنی بر شفقت خود تصور می‌شود که پریشانی روانی از استفاده بیش از حد از این دو سیستم ناشی می‌شود [۵۳]. هنگامی که سیستم تهدید شما در پیش زمینه قرار می‌گیرد، ممکن است احساس اضطراب، ترس یا عصبانیت کنید و سپس استرس داشته باشید. هنگامی که سیستم محرک شما در پیش زمینه قرار می‌گیرد، ممکن است به طور موقت در مورد چیزی که دنبال می‌کنید هیجان زده شوید، اما اگر آن را به دست نیاورید، احساس شرمندگی و انتقاد از خود می‌کنید. از سوی دیگر، سیستم تسکین دهنده به رضایتی مربوط می‌شود که در آن هیچ تهدیدی برای محافظت از خود نداریم و هیچ هدفی نداریم که باید به آن دست یافت. سیستم تسکین دهنده می‌تواند امنیت اجتماعی را تقویت کند، منع‌جویی بیش از حد و رفتار تهدید محور را مهار کند، و احساس امنیت و رضایت را که به شدت با سلامت روان مرتبط است، تقویت کند [۵۵]. هدف بسیاری از تمرینات درمان مبتنی بر شفقت برقراری ارتباط با سیستم تسکین دهنده از طریق ایجاد یک ذهن مشفق است، بنابراین احساس امنیت خاطر، رضایتمندی و آرامش، که به نوبه خود می‌تواند شرم و انتقاد از خود را برطرف کند. از این رو، وقتی فرد مبتلا به بیماری پسوریازیس با شرکت در جلسات درمانی شفقت، در خود ذهنی مشفقانه پرورش می‌دهد و به دلیل بیماری شرم و خودانتقادی کمتری خواهد داشت و همین عوامل در بهبود کیفیت زندگی وی موثر خواهد بود. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به پسوریازیس داشته باشد.

و بائومگاردنر و همکاران [۳۱] و اعرابی و همکاران [۱۹] همسویی داشته باشد که اثربخشی بیشتری درمان شفقت به خود نسبت به درمان شناختی-رفتاری را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در طول سه دهه گذشته، یکی از رویکردهای مبتنی بر شفقت که مورد توجه علمی فزاینده‌ای قرار گرفته است، مدل درمانی زیستی-روانی-اجتماعی مبتنی بر تکامل درمان شفقت خود است [۵۲]. درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت [۴۵] ابداع شد و مشاهده کرد که مراجعین با شرم و انتقاد از خود ممکن است قادر به انجام وظایف شناختی و رفتاری باشند، اما همچنان به درمان سنتی واکنش ضعیفی نشان می‌دهند، عمدتاً به این دلیل که آنها با ایجاد صحبت‌های خودآرام‌بخش و خود تشویق‌کننده مشکل داشتند. درمان مبتنی بر شفقت در ابتدا برای کمک به آن افراد ایجاد شد تا صدای درونی مهربان‌تر و دلسوزتر ایجاد کنند [۵۴]. با اتخاذ یک دیدگاه تکاملی، این درمان، شفقت را به عنوان برخاسته از انگیزه وابستگی موجود در پستانداران، به ویژه مراقبت، تصور می‌کند [۲۹]. این انگیزه مراقبتی که ما با پستانداران مشترک هستیم، در تکامل نوع انسان، به رفاه همه موجودات زنده و خود امتداد یافته است [۵۱]. در نتیجه، شفقت می‌تواند در سه جهت مختلف (جریان‌های شفقت) ظاهر شود: شفقتی که برای دیگران احساس می‌کنیم، شفقتی که از جانب دیگران احساس می‌کنیم، و شفقتی که نسبت به خود داریم (شفقت به خود). هدف اصلی درمان مبتنی بر شفقت پرورش انگیزه مشفقانه در هر سه جهت است، که اجازه می‌دهد پریشانی از طریق زیرساخت‌های فیزیولوژیکی تکامل‌یافته ما تنظیم شود، که در پاسخ به رفتارهای وابسته فعال می‌شوند [۵۳]. اینکه درمان مبتنی بر شفقت چگونه می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با فعال کردن سیستم تسکین دهنده ما که مربوط به شفقت، رضایت و امنیت است، شرم و انتقاد از خود را برطرف می‌کند [۴۵]. سیستم‌های تنظیم هیجانی درمان مبتنی بر شفقت نشان می‌دهد که احساسات ما به سه سیستم تهدید (متمركز بر تهدید و جستجوی ایمنی)، سیستم محرک (بر انگیزه/منابع

1. threat system

2. drive system

3. soothing system

به زنان مبتلا به پسوریازیس توضیح داده آگاه شدند، از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند آگاه شدند، به زنان مبتلا به پسوریازیس توضیح داده شد که سازمانی صلاحیت دار مانند دانشگاه ناظر بر فرآیند پژوهش است، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از پژوهش، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان و ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری اشاره کرد. لازم به ذکر است که کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.CTB.REC.1403.192 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است.

حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگانی (زنان مبتلا به پسوریازیس) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت. در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت. اینکه پژوهش بر روی زنان مبتلا به پسوریازیس انجام شد که شدت بیماری، شدت بیماری‌های همراه و سایر مشکلات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی کنترل نشد که ممکن است بر نتایج تاثیر گذاشته باشد. افزون بر این، ملاک انتخاب بیماری تشخیص پزشک متخصص بود و نوع شدت بیماری مشخص نشد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمانی نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی سن بیماری، شدت بیماری‌های همراه و سایر مشکلات همراه با پسوریازیس کنترل شود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی شدت بیماری بر پاسخ به درمان‌ها بررسی شود. پژوهشگران بعدی با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان‌ها پرداخته شود. این پژوهش دارای نتایج و تلویحات کاربردی فراوانی است، اینکه نتایج این پژوهش برای روانشناسان و مشاوران که در زمینه روانشناسی سلامت فعالیت دارند می‌تواند از این مداخلات اثربخش به ویژه درمان مبتنی بر شفقت برای بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این زنان استفاده کنند. مراکز درمانی و خدمات بهداشتی و همچنین مراکز بهداشت محلات، پایگاه‌های سلامت می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت زنان مبتلا به پسوریازیس که مشکلاتی در زمینه کیفیت زندگی دارند کمک کنند تا زندگی بهتری داشته باشند و از چالش‌های بیماری گذر کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می‌توان به کسب رضایت زنان مبتلا به پسوریازیس برای شرکت در مداخلات درمانی، دادن این اطمینان به آنان که پاسخنامه به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه هر فرد محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ کسی قرار داده نخواهد شد، فرآیند مطالعه برای همه آنان توضیح داده شد، از اهداف مطالعه آگاه شدند، از بی ضرر بودن مداخله، مطلع و آگاه شدند، از سودمندی مداخله، مطلع و آگاه شدند، شرکت کنندگان از تخصص و صلاحیه مداخله‌گران، مطلع و آگاه شدند، در مورد علمی بودن روش

منابع

- Lesions and Oral Health-Related Quality of Life in Adult Patients with Psoriasis: A Retrospective Chart Review. *Life*, 2024; 14(3): 347-357. <https://doi.org/10.3390/life14030347>
11. Rock LY, Tajudeen FP, Chung YW. Usage and impact of the internet-of-things-based smart home technology: a quality-of-life perspective. *Universal Access in the Information Society*, 2024; 23(1): 345-364. <https://doi.org/10.1007/s10209-022-00937-0>
12. Arora K, Hazarika N, Kumari R, Chawla H. Quality of Life in Psoriasis: A Cross-Sectional Study from North India. *Indian Journal of Dermatology*, 2024; 69(1): 38-43. https://doi.org/10.4103/ijd.ijd_144_23
13. Choon SE, De La Cruz C, Wolf P, Jha RK, Fischer, KI, Goncalves-Bradley DC, Gottlieb AB. Health-related quality of life in patients with generalized pustular psoriasis: A systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2024; 38(2): 265-280. <https://doi.org/10.1111/jdv.19530>
14. Wilk M, Michelsen B, Łosińska K, Kavanaugh A, Korkosz M, Haugeberg G. Exploring 5-year changes in general and skin health-related quality of life in psoriatic arthritis patients. *Rheumatology International*, 2024; 44(4): 675-685. <https://doi.org/10.1007/s00296-024-05536-1>
15. Armstrong AW, Foley P, Liu Y, Miller M, Teneralli R. E, Bewley A, Han C. Direct and indirect effect of Guselkumab on anxiety, depression, and quality of life in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: a mediation analysis. *Dermatology and Therapy*, 2024; 14(9): 2577-2589. <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01250-9>
16. Shi L, Li C, Zou S, Zhang Y, Liu S, Liu F. Effects of mindfulness cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on negative emotions and quality of life in patients with psoriasis. *Archives of Clinical Psychiatry*, 2022; 49(5): 1-10. <https://archivespsy.com/menu-script/index.php/ACF/issue/view/135>
17. Tan C, Jiang J, Deng X, Xiang W, Hu T. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with psoriasis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 2021; 100(46): 1-10. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000027720>
18. Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh M R. Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 2021; 18 (4): 605-615. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.4.605>
1. Parisi R, Iskandar IY, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CE, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*, 2020; 28(1): 369-379. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
2. Sugumaran D, Yong, A CH, Stanslas J. Advances in psoriasis research: from pathogenesis to therapeutics. *Life Sciences*, 2024; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2024.122991>
3. Nowowiejska J, Karny A, Nesterowicz M, Purpurowicz P, Baran A, Kaminski TW, Flisiak I. Sexual dysfunctions in psoriatic patients. *Frontiers in Public Health*, 2024; 12(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1339196>
4. Antonatos C, Georgakilas GK, Evangelou E, Vasilopoulos Y. Transcriptomic meta-analysis characterizes molecular commonalities between psoriasis and obesity. *Genes & Immunity*, 2024; 25(3): 179-187. <https://doi.org/10.1038/s41435-024-00271-w>
5. Djohar MR, Setiyarso BR. A Study of Association of Psoriasis and Type 2 Diabetes Mellitus: A Comprehensive Systematic Review. *Jurnal Sehat Indonesia*, 2024; 6(02): 719-731. <https://doi.org/10.59141/jsi.v6i02.136>
6. Ryan C, Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatologic clinics*, 2015; 33(1): 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.004>
7. Wang J, Zhang C, Zhang AL, Xue CC, Lu C. Comparing Chinese herbal medicine bath therapy with topical calcipotriol for psoriasis vulgaris: a systematic review with meta-analysis and association rule analysis. *Journal of Ethnopharmacology*, 2024; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2024.118166>
8. Takeshita J, Grewal S, Langan S. M, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, Gelfand JM. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2017; 76(3): 377-390. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.064>
9. Daudén E, Vidal D, Romero A, Bordel MT, Rivera R, Márquez J, Zulaica A. Psoriasis Severity, Health-Related Quality of Life, Work Productivity, and Activity Impairments Among Patients With Moderate to Severe Psoriasis Receiving Systemic Treatment: Real-World Data From Clinical Practice in Spain. *Actas dermo-sifiliograficas*, 2024; 115(1): 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.07.001>
10. Di Spirito F, Raimondo A, Di Palo MP, Martina S, Fordellone M, Rosa D, Lembo S. Oral

- Evolutionary Psychotherapy, 2000; 118-150.
<https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
28. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. Expert review of neurotherapeutics, 2020; 20(4): 385-400.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
 29. Gilbert P. Compassion as a social mentality: An evolutionary approach. In P. Gilbert (Ed.): Compassion: Concepts, research and applications (pp. 31–68). Routledge/Taylor & Francis Group. 2017.
<https://doi.org/10.4324/9781315564296-3>
 30. Vrabel KR, Waller G, Goss K, Wampold B, Kopland M, Hoffart A. Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. Behaviour Research and Therapy, 2024; 174(1): 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>
 31. Baumgardner M, Benoit Allen K. Integrating cognitive-behavioral therapy with compassion-focused therapy for the treatment of social anxiety disorder: An evidence-based case study. Clinical Case Studies, 2024; 23(2): 127-145.
<https://doi.org/10.1177/15346501231197403>
 32. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. Jama, 2020; 323(19): 1945-1960.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
 33. Prinz JC, Choon SE, Griffiths CE, Merola JF, Morita A, Ashcroft DM, Viguier M. Prevalence, comorbidities and mortality of generalized pustular psoriasis: a literature review. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2023; 37(2): 256-273.
<https://doi.org/10.1111/jdv.18720>
 34. Feng JN, Guo JZ, Zhang Q, Zhuo L, Xu L, Liu LL, Wang SF. Higher prevalence of generalized pustular psoriasis in Asia? A population-based study using claim data in China and a systematic review. Dermatology, 2023; 239(2): 195-205.
<https://doi.org/10.1159/000528850>
 35. Cipolla S, Catapano P, Bonamico AF, De Santis V, Murolo R, Romano F, Catapano F. Factors Associated with Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. Brain Sciences, 2024; 14(9): 865-875.
<https://doi.org/10.3390/brainsci14090865>
 36. Iocca F, Burlando M, Angelo NL, Ragucci F, Pugi D, Parodi A, Pozza A. Sexual functioning in patients with psoriasis: the role of body dissatisfaction and cognitive biases toward
 19. Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh MRS. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion Focused Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Patients with Psoriasis. International Journal of Body, Mind & Culture, 2023; 10(4): 1-10.
<https://doi.org/10.22122/ijbmc.v10i4.339>
 20. Furukawa Y, Sakata M, Yamamoto R, Nakajima S, Kikuchi S, Inoue M, Perlis M. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. JAMA psychiatry, 2024; 1(1): 1-10.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5060>
 21. Sijercic I, Ennis N, Monson CM. A systematic review of cognitive and behavioral treatments for individuals with psoriasis. Journal of Dermatological Treatment, 2020; 31(6): 631-638.
<https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1690625>
 22. Dewi D, Wijayanti FA, Chen S, Firmansyah R. Cognitive behavioral therapy as an adjunctive treatment for anxiety and depression in psoriasis patients. Devotion: Journal of Research and Community Service, 2023; 4(6): 1234-1241.
<http://dx.doi.org/10.59188/devotion.v4i6.481>
 23. Wei W, Zhang B, Liu T, Lu T. Effect of psychological intervention on quality of life among patients with psoriasis: a meta-analysis. International Journal of Behavioral Medicine, 2024; 1(1): 1-12.
<https://doi.org/10.1007/s12529-024-10315-0>
 24. Dils AT, O'Keefe K, Dakka N, Azar M, Chen M, Zhang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy for mental health and quality of life among individuals diagnosed with cancer: A systematic review and meta-analysis. Cancer medicine, 2024; 13(16): 1-10.
<https://doi.org/10.1002/cam4.70063>
 25. Ecker AH, Shivaji S, Plasencia M, Kauth MR, Hundt NE, Fletcher TL, Cully JA. The role of symptom reduction in improving health-related quality of life through brief cognitive behavioral therapy. Psychotherapy Research, 2024; 1(1): 1-9.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2349992>
 26. Meneo D, Martoni M, Giannandrea A, Tengattini V, Baglioni C. Mindfulness and self-compassion in dermatological conditions: a systematic narrative review. Psychology & health, 2024; 39(2): 268-300.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2070619>
 27. Gilbert P. Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. Genes on the Couch: Explorations in

- Experienced Domestic Violence. *Journal of Psychological Studies*, 2024; 19(4): 39-54.
<https://doi.org/10.22051/psy.2023.43687.2786>
47. Ghorbanzadeh S S, Kiamarsi A, Abolghasemi A. Comparison the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Abuse Experience among Women Victims of Domestic Violence in Interaction with Self-Injury. *Iranian Journal of Nursing Research*, 2024; 19 (1) :65-77.
<http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6>
48. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2014; 82(3): 375-391.
<https://doi.org/10.1037/a0035491>
49. Mistarska E, Tomaszewski M, Górski F, Gapsa J, Słysz A, Głowacki M. Assessing the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Image in Adolescent Scoliosis Patients Using Virtual Reality. *Journal of Clinical Medicine*, 2024; 13(21): 1-20.
<https://doi.org/10.3390/jcm13216422>
50. David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 2018; 9(2): 4-15.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
51. Gilbert P, Basran JK, Raven J, Gilbert H, Petrocchi N, Cheli S, McEwan K. Compassion focused group therapy for people with a diagnosis of bipolar affective disorder: A feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 2022; 13(1): 841932.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.841932>
52. Petrocchi N, Ottaviani C, Cheli, S Matos M, Baldi B, Basran JK, Gilbert P. The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2024; 31(2): 230-247.
<https://doi.org/10.1037/cps0000193>
53. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014; 53(1): 6-41.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
54. Gilbert H. The therapeutic relationship in compassion focused therapy. In *Compassion Focused Therapy* (pp. 385-400). Routledge. 2022. <https://www.taylorfrancis.com/chapters>
55. Gilbert P, McEwan K, Mitra R, Franks L, Richter A, Rockliff H. Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 2008; 3(3): 182-191.
<https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2024; 50(4): 439-455.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2024.2302959>
37. Shah SH, Merchant SA, Shah SA. Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. *International Journal of Impotence Research*, 2024; 36(3): 232-241.
<https://doi.org/10.1038/s41443-022-00650-9>
38. Kahraman BB, Karatepe HT, Karadağ AS, Çıtak S. Psychological Flexibility, Stigma, and Quality of Life in Psoriasis Patients. *Psychother Res*, 2024; 13(1): 1-10.
<http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.146290>
39. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. routledge.2013.
<https://doi.org/10.4324/9780203771587>
40. Finlay AY, Khan G. *Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use*. *Clinical and experimental dermatology*, 1994; 19(3): 210-216.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
41. Aminizadeh S, Askarizadeh G, Bagheri M. The Effectiveness of Dynamic Interpersonal Psychotherapy on Psychological Symptoms, Emotion Regulation and Quality of Life of Psychodermatologic Patients. *Journal of Psychological Studies*, 2022; 18(2): 119-132.
<https://doi.org/10.22051/psy.2022.39950.2599>
42. Zou Q, Luo Y, Hao D, Li M, Jihui C. Validation and application of the Dermatology Life Quality Index score, a modification of the DLQI score, in psoriasis patients. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2024; 43(1): 92-100.
<https://doi.org/10.1186/s41043-024-00587-3>
43. Dobson D, Dobson KS. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford publications. 2018.
<https://www.guilford.com/books/>
44. Rouhi M, Manzari Tavakoli A, Tajrobehkar M. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coherent Self- Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 2023; 21 (10): 1055-1077.
<http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055>
45. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2010; 3(2): 97-112.
[10.1521/ijct.2010.3.2.97](https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97)
46. Ghorbanzadeh SS, Kiamarsi A, Abolghasemi A. Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Family Functions of Women