



Comparing Effectiveness of “Schema Therapy” and “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” on Maladaptive Schemas and General Health in Patients with Vitiligo

Zabihollah Shahmoradi ^{1,*}, Shahnaz Khaleghipour ², Mohsen Masjedi ³

¹ Associate Professor, Department of Dermatology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Immunology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Zabihollah Shahmoradi, Associate Professor, Department of Dermatology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: Shahmoradi@med.mui.ac.ir

Received: 25 Jun 2017

Accepted: 16 Jul 2018

Abstract

Introduction: Patients with vitiligo often have aesthetic, cognitive, and psychological challenges that create adverse social and psychological effects for these patients. The purpose of this study was comparing effectiveness of “Schema Therapy” and “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” on maladaptive schemas and general health in patients with Vitiligo.

Methods: The present study was a semi-experimental pre-test and post-test design. The statistical population included all patients with vitiligo disorder referring to the skin clinic of AL Zahra Hospital in Isfahan. 24 patients were selected by convenience sampling method. Subjects were then randomly assigned into three groups: “Schema Therapy” and “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” and control. For intervention, the patients undergoing “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” group training were trained for 9 sessions and 8 weeks for the intervention of the patients in the “Schema Therapy” group. Data was collected by “General Health Questionnaire” and the “Young's Schema Questionnaire-Short Form”. Then the validity and reliability were measured. Data was analyzed by SPSS 21.

Results: The results of covariance analysis showed that there is a difference between maladaptive schemas and general health between the “Schema-therapy” and “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” and control group. Comparison of the results showed that scores differences between schema therapy group and control group were significant. In addition, there was a significant difference between the scores of “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” and control group ($P \leq 0.05$). However, there was no significant difference between the two groups of “Schema Therapy” and “Mindfulness- Based Cognitive Therapy”.

Conclusions: Schema Therapy, “Mindfulness- Based Cognitive Therapy” is considered as two effective therapies for reducing maladaptive schemas and promoting health of patients with vitiligo. Therefore, therapists and practitioners can use the results of this research to reduce internal conflicts and inefficient schemas of their skin patients.

Keywords: Schema Therapy, “Mindfulness- Based Cognitive Therapy”, Mental Health, Vitiligo



مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو

ذبیح‌الله شاهمرادی^{۱*}، شهناز خالقی پور^۲، محسن مسجدی^۳

^۱ دانشیار، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، اصفهان، ایران

^۳ استادیار، گروه ایمونولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: ذبیح‌الله شاهمرادی، دانشیار، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل:

Shahmoradi@med.mui.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۰۴

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به ویتیلیگو غالباً دچار چالش‌های زیبایی، شناختی و روانشناختی هستند که اثرات سوء اجتماعی و روانی برای این بیماران پدید می‌آورد. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به کلینیک پوست بیمارستان الزهراء شهر اصفهان بود. ۲۴ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس با جایگزینی تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی، ذهن آگاهی و کنترل قرار گرفتند. جهت انجام مداخله، بیماران گروه تحت درمان ذهن آگاهی به مدت ۹ جلسه آموزشی و مداخله بیماران گروه طرحواره درمانی به مدت ۸ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با "پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) و "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" (Young's Schema Questionnaire-Short Form) انجام شد. سپس روایی و پایایی آن‌ها بررسی گردید. تحلیل داده‌ها با اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی گروه "طرحواره درمانی" و گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" و کنترل تفاوت وجود دارد. نتایج مقایسه زوجی نشان داد تفاوت نمرات بین گروه "طرحواره درمانی" بر طرحواره و گروه کنترل معنادار بود. علاوه بر این تفاوت نمرات گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" و گروه کنترل نیز معنادار بود ($P \geq 0.05$). ولی تفاوت معناداری بین نمرات گروه "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: "طرحواره درمانی" و گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به عنوان دو روش درمانی موثر در کاهش طرحواره های ناسازگار و ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به ویتیلیگو محسوب می‌گردد. لذا درمانگران و متخصصین می‌توانند از اثرات پژوهش حاضر در راستای کاهش تعارضات درونی و طرحواره های ناکارآمد بیماران پوستی خود بهره‌برند.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ویتیلیگو، طرحواره های ناسازگار، سلامت عمومی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سطوح مخاطی در این بیماری درگیر می‌گردد که ناحیه صورت با ۴۴/۳ درصد یکی از نواحی مهم اختلال است [۲]. ویتیلیگو بیماری نسبتاً شایعی است که شیوع ۱ تا ۲ درصد در جمعیت جهان دارد [۴]. ۲۰ تا ۴۰ درصد بیمارانی که به دنبال درمان پوست خود هستند دارای

ویتیلیگو یک اختلال دپیگمانته اکتسابی است که با از دست دادن ملانوسیت‌ها در اپیدرم، سطوح مخاطی و بافت‌های دیگر در بدن مشخص می‌شود [۱]. این بیماری یک اختلال اتوایمیون همراه با آنتی‌بادی‌ها علیه ملانوسیت‌ها می‌باشد [۲]. تقریباً تمام سطوح بدن حتی

"شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" که توسط Teasdale و همکاران گسترش پیدا کرده است، ترکیبی از تمرین های مدیتیشن و شناخت درمانی است و برای تسکین و درمان آلام و رنج انسان ها به خصوص رنج های هیجانی بکار گرفته می شود. از این روی به منظور تبیین چگونگی تأثیر مهارت های ذهن آگاهی در کاهش نشانه ها و تغییرات رفتاری، روش های مختلفی را در نظر گرفته اند؛ این روش ها شامل مواجهه، تغییرات شناختی، خود تنظیمی، تن آرامی و پذیرش می باشد [۱۴].

براین اساس مطالعه جمالی گوجانی و همکاران بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس نشان داد که طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار بیماران مبتلا تأثیر گذار است [۱۵]. مطالعات Denninger و همکاران حاکی از آن است که "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به واسطه تغییر ذهن بر سلامتی تأثیر گذار است [۱۶]. یافته های صولتی و موسوی اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" را بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به لوپوس به اثبات رسانید [۱۷]. Fordham و همکاران "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" را بر باورهای عاطفی ناشی از تنش، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس را موثر دانستند [۱۸]. پژوهش Paul و همکاران بیانگر آن است که "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" می تواند آسیب پذیری و خطر افسردگی را از طریق تأثیر بر سازو کارهای روانشناختی و عصبی کاهش دهد [۱۹]. بعلاوه، مطالعات Rosencrantz و همکاران حاکی از آن است که "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به واسطه کاهش واکنش های هیجانی، علائم مزمن التهاب پوست را تسکین می دهد و موجب ارتقای سلامتی خواهد شد [۲۰]. در مطالعه ای نیز نتایج نشان داد که "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" کیفیت زندگی و بهبودی بیماران مبتلا به اختلالات نورویولوژیکی را افزایش داده است [۲۱]. بعلاوه، پژوهش Fassbinder و همکاران مویده آن است که "طرحواره درمانی" با تأکید بر مرتفع ساختن طرحواره های ناسازگار در بیماران با مشکلات هیجانی موثر واقع می گردد [۲۲]. لذا "طرحواره درمانی" بر کنترل رفتارهای شدید عاطفی اثربخش است [۲۳]. نتایج مطالعات Malogiannis و همکاران و Renner و همکاران حاکی از آن بود که "طرحواره درمانی" به عنوان یک درمان موثر برای افسردگی مزمن محسوب می گردد [۲۴، ۲۵].

بنابراین، بیماری ویتیلیگو یک اختلال روان تنی است که بیماران مبتلا تحت شرایط آسیب روانی از آگاهی هشیارانه برخوردار نیستند و به علت تفکر نظاره ای محدود و تفسیر سوگیرانه محرک های محیطی، طرحواره های ناکارآمد در آن ها افزایش یافته موجب هیجان منفی آن ها می شود. همچنین تصویر بدنی منفی و تمرکز بر ظاهر به شکلی سوگیرانه منجر به باورهای منفی نسبت به خود و توجه انتخابی به وضعیت جسمانی شان می شود. این تغییرات پاتولوژیک توانایی فرد را در پذیرش بیماری تحت تأثیر قرار می دهد و نمودهای خود را بر سلامت عمومی بر جای می گذارد، لذا می تواند بر کنترل یا بهبود علائم بیماری تأثیر گذار باشد. با توجه به اینکه درمان های زیستی و مکمل بر روی بیماری ویتیلیگو نتوانسته است بهبودی این بیماری را به طور کامل فراهم کند لذا استفاده از درمان های روانشناختی جهت جبران طرحواره ها و توجه آگاهی، نگرش به خود و جهان پیرامون و افزایش پاسخ های انطباقی ضروری به نظر می رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی

نوعی اختلال روان شناختی نیز هستند. سایکودراماتولوژی اختلالات روانپزشکی را ناشی از بیماری های پوستی می داند [۵]. Dalgard و همکاران عنوان نمودند؛ بار روانی بیماری های پوستی به صورت اختلالات روانشناختی نمایان می گردد. افراد مبتلا در اثر عیوب ادراک شده دچار پریشانی درحوزه های مختلف زندگی می شوند و اغلب، تصاویر و افکار ناخونده ای درباره ظاهر جسمانی، بر آن ها هجوم آورده که یک رابطه قوی با مؤلفه های فیزیولوژی و هیجانی برقرار می کند و در نتیجه چالش های زیبایی، شناختی و روانشناختی برای بیمار پدید خواهد آورد [۶]. در این راستا Salman و همکاران بیان داشتند تبعات بیماری ویتیلیگو به دلیل تأثیر منفی ظاهر فیزیکی به صورت اضطراب اجتماعی، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی نمود می یابد [۷]. بیماران دارای ویتیلیگو نسبت به رفتار دیگران با خود حساس تر از افراد سالم هستند و از راهبردهای مقابله ای موثر اجتناب می کنند. این رفتارها تا حدود زیادی به افکار و طرحواره های ناکارآمد متعدد فرد و پردازش الگوهای رمزگان ضمنی از بیماری مرتبط است. فعال شدن این افکار نه تنها باعث ناارزنده سازی می شود، بلکه منجر به ناامیدی به آینده و در نتیجه خلق، هیجان، حس های بدنی تحت تأثیر قرار می گیرد که مسبب افسردگی، دوری گزیدن از اجتماع، حساسیت بین فردی و مشکلات خانوادگی خواهد شد و در نتیجه سلامت عمومی مختل می شود. سلامت عمومی رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در فرد در نظر گرفته شده است که عوامل مختلف شخصیتی و روانشناختی در آن دخیل است [۸، ۹]. یکی از مولفه های مورد توجه در بیماران دارای ویتیلیگو طرحواره های ناسازگار می باشد. Beck طرحواره های ناسازگار را به صورت الگوهایی از افکار تحریف شده می داند که دارای ریشه هایی عمیق هستند که در ارتباط با جهان، خود فرد و اطرافیان بازتاب می یابند [۱۰].

Young نیز طرحواره های ناسازگار اولیه را الگو ها یا درون مایه های عمیق و فراگیر می داند که از خاطرات، هیجان ها، شناختواره ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند؛ در سیر زندگی تداوم دارند؛ از رابطه فرد با دیگران ناشی می شود و به شدت ناکار آمدند. طرحواره ها در تفکر، احساس، رفتار و سبک ارتباطی فرد تأثیر دارد و به گونه ای متناقض و اجتناب ناپذیر زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی پیوند می دهند؛ که غالباً برای بیماران زیان بخش بوده است [۱۱، ۱۲]. طرحواره های ناسازگار می تواند به تداوم بیماری کمک کند. براین اساس هدف اولیه طرحواره درمانی ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره ها و سبک های مقابله ای است. از سویی دیگر، بازنمایی تجربیات زندگی در ذهن زمینه را برای شکل گیری ذهنیت های طرحواره ای فراهم می کند. آسیب پذیری ناشی از پیوندهای مکرر خلق و ذهنیت های طرحواره ای منفی به تغییراتی در سطح شناختی و عصبی می انجامد که بر افکار تأثیر گذاشته منجر به پردازش های خودکار می گردد [۱۳]. بیماران پوستی تحت تأثیر سبک زندگی غیر مطلوب و نگرانی تحت شرایط بیماری از حضور ذهن کمتری برخوردارند [۷]. ذهن آگاهی به معنای آگاهی از افکار، هیجانات، رفتار و انگیزه هاست که بر تقویت توان ذهنی و روانی انسان برای درک لحظه ها، پاک کردن ذهن و آرامش درونی برای درک دقیق است. بعلاوه، روشی موثر و قوی برای توقف فشارهای ذهنی فرد می باشد. براین اساس

"طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری کل بیماران مبتلا به ویتیلیگو از آذر تا بهمن ماه سال ۱۳۹۴ بودند که به کلینیک پوست بیمارستان الزهراء شهر اصفهان مراجعه کردند و بیماری آن ها توسط متخصص پوست بر پایه مصاحبه و معاینه سیستمیک و آزمایش های پاراکلینیک تایید شد. همچنین بر پایه مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته و معیارهای DSM-5 توسط روانشناس وضعیت روانی آن ها ارزیابی شد. به علاوه، پرسشنامه ای شامل مشخصات جمعیت شناختی سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، تحصیلات، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه مراجعه به روان پزشک و مصرف داروهای روان پزشکی، طول مدت بیماری پوستی و نوبت مراجعه منظور گردید. تعداد ۳۳ بیمار با تشخیص پزشک مبتلا به ویتیلیگو شناخته شدند که تعداد ۲۴ نفر آن ها معیارهای ورود برای شرکت در پژوهش را داشتند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ۹ نفر از بیماران به علت نداشتن معیارهای ورود همانند افسردگی ماژور، سابقه مصرف داروهای روانپزشکی، اعتیاد به مصرف مواد، عدم تمایل به همکاری با پژوهشگر از شرکت در پژوهش حذف شدند. سپس با روش تخصیص تصادفی که ساده ترین روش تصادفی سازی محدود می باشد و عبارت است از تعیین کردن قطعه هایی که با قرعه کشی به یک بیمار مفروض منتسب می شود، گروه ها جایگزین شدند. این روش نمایانگر یک بلوک بزرگ برای کل تعداد نمونه است. بدین معنی که توازن در تعداد افراد تخصیص یافته به هر یک از گروه ها در پایان مطالعه حاصل خواهد شد. پژوهشگران ابتدا تعداد نمونه کلی (۲۴ نفر) را تعیین کردند، سپس به طور تصادفی مجموعه ای از آنان را به گروه A (طرحواره درمانی) و تعدادی را به گروه B (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و باقی مانده را به گروه C (کنترل) تخصیص داده که این روش بدون جایگزینی تصادفی بود. نمونه ها براساس سن، جنسیت و وضعیت تاهل همتا شدند.

ملاک های ورود به پژوهش مبتلا به ویتیلیگو، نداشتن تشخیص اختلال سایکوتیک و نوروتیک حاد بر اساس مصاحبه بالینی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال و رضایتمندی از شرکت در پژوهش بود. ملاک های خروج عدم تمایل به همکاری، غیبت یک جلسه و پاسخ ناقص یا نامعتبر به پرسشنامه بود. جهت تعداد نمونه با توجه به بازه زمانی محدود و تعداد کم بیماران و به علت سایر مشکلات در برخی از بیمار مبتلا به ویتیلیگو که به عنوان نمونه انتخاب شدند، تنها تعداد ۲۴ نفر بیمار برای شرکت در پژوهش باقی ماندند. جهت جمع اوری داده ها از "پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ" (General Health Questionnaire) و "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" (Young's Schema Questionnaire-Short Form) استفاده شد. "پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ" دارای ۲۸ گویه می باشد، چهار خرده مقیاس آزمون نشانه های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی را مورد سنجش قرار می دهد که وضعیت سلامت

عمومی فرد را در یک ماه گذشته شامل می شود که براساس مقیاس لیکرت از صفر (اصلا) تا ۳ (بسیار زیاد) نمره گذاری می شود. نمره کل آزمودنی از ۰ تا ۸۴ متغیر است و نمره بیشتر موید سلامت عمومی کمتر می باشد. نقطه برش در مقیاس کلی برای تشخیص افراد مشکوک به اختلال ۲۳ و بالاتر و در هر یک از زیر مقیاس های فرعی ۱۴ و بالاتر می باشد [۲۶]. دربررسی Goldberg & Williams بر روی ۸۵۳ نفر داوطلب عادی و بیماران سرپایی در لندن ضریب پایایی دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است [۲۷]. تقوی جهت بررسی پایایی پرسشنامه ۱۱۴۶ نفر از دانشجویان پسر و دختر دانشگاه شیراز را انتخاب کرد. پایایی پرسشنامه مزبور از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب ضرایب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد. جهت روایی پرسشنامه از روش روایی همزمان با اجرای همزمان با "پرسشنامه بیمارستان میدلسکس" (Middlesex Hospital Questionnaire) بر روی ۱۶۹ نفر بیمار سرپایی در بیمارستان میدلسکس انگلستان ضریب ۰/۵۵ به دست آمد [۲۸].

در مطالعه حاضر جهت تعیین کمی روایی صوری نمره تاثیر (Impact score) هر سوال محاسبه شد. ابتدا برای هر یک از ۲۸ عبارت ابزار طیف لیکرتی ۳ قسمتی در نظر گرفته شد سپس پرسشنامه جهت تعیین روایی در اختیار ۱۲ نفر بیمار مبتلا به ویتیلیگو در کلینیک پوست بیمارستان الزهراء گذاشته شد. پس از تکمیل پرسشنامه توسط گروه هدف با استفاده از فرمول نمره تاثیر عبارت روایی صوری محاسبه شد. براساس فرمول تاثیر همه گویه ها نمره بالای ۱/۵ به دست آوردند که روایی آن مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ روی ۱۱۹ نفر از بیماران پوستی در کلینیک پوست بیمارستان الزهراء و مطب های پزشکان پوست علوم پزشکی اصفهان ۰/۹۱ به دست آمد. لذا پایایی آن مورد تایید قرار گرفت.

"پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" توسط Young & Brown ساخته شده و دارای ۷۵ گویه است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می کند که براساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملا غلط) تا ۶ (کاملا درست) نمره گذاری می شود که دامنه آن در هر طرحواره ۶ تا ۳۶ است [۲۹]. تفسیر پرسشنامه به این صورت است که سوالات متعلق به هر طرحواره ارزیابی می شود و آن دسته از افرادی که در پاسخگویی به سوالات مربوط به هر طرحواره تعداد ۱ مورد نمره ۵ و ۴ مورد نمره ۶ کسب کنند نشان می دهد آن طرحواره را خیلی زیاد دارند. اگر تعداد ۲ مورد یا بیشتر نمره ۵ یا ۶ کسب کرده اند نشان دهنده آن است که آن طرحواره را زیاد دارند. اگر در طرحواره یک مورد را نمره ۶ گرفتند دارای آن طرحواره با درجه "کم" هستند و اگر در طرحواره موردنظر یک مورد را نمره ۵ گرفتند آن طرحواره را "بسیار کم" دارا هستند. اگر در هیچ کدام از سوالات نمره ۵ یا ۶ نداشته باشند آن طرحواره را ندارند. پایایی این پرسشنامه توسط Schmidt و همکاران روی ۱۱۲۹ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تگراس با روش بازآزمایی ۰/۷۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. همچنین روایی آن با استفاده از روایی محتوایی بر روی نمونه ذکر شده مورد تایید قرار گرفته است [۳۰].

این پرسشنامه در ایران توسط آهی و همکاران بر روی تعداد ۳۸۷ نفر از دانشجویان در دانشگاه تهران انجام گرفته است. پایایی آن با روش

بودن" بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص کردند که ۰/۸۴ = CVI به دست آمده روایی پرسشنامه را تایید کرد. پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۱۹ نفر از بیماران مبتلا به پوست مراجعه کننده به کلینیک پوست بیمارستان الزهرا دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد. روند جمع آوری داده ها به این صورت بود که ابتدا از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کمیته اخلاق در پژوهش مجوز دریافت شد. سپس آزمودنی ها انتخاب و در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس محرمانه ماندن اطلاعات بیماران و دریافت رضایت نامه کتبی از آن ها برای شرکت در پژوهش انجام شد. طبق برنامه ریزی انجام شده در مرکز خدمات روانشناختی کلینیک پوست بیمارستان الزهرا، دو درمانگر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و دکترای تخصصی روانشناسی تحت نظارت متخصص پوست جلسات دو روش "طرحواره درمانی" و گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" را انجام دادند. جهت اجرای پروتکل بیماران تحت درمان "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به مدت ۹ جلسه هر هفته یک جلسه به مدت ۴۵ دقیقه و گروه "طرحواره درمانی" به مدت ۸ جلسه هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان قرار گرفتند. پروتکل "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" در جدول ۱ و پروتکل "طرحواره درمانی" در جدول ۲ ارائه گردیده است.

آلفای کرونباخ آن برای کل مقیاس ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس ها بالاتر از ۰/۸ گزارش شده است [۳۱]. خاطر و همکاران ضریب پایایی برای کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ نفر زن و مرد بی سرپرست در مرکز نگهداری بی سرپرستان در کشور مصر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۵۵-۰/۸۹ گزارش کردند [۳۲]. صدوقی و همکاران در نمونه ای ۳۷۰ نفری از دانشجویان پسر دانشگاه شهید بهشتی و دانشگاه شاهد نشان دادند که همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۰/۶۲-۰/۹۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین روایی پرسشنامه با استفاده از روایی سازه به روش تحلیل عاملی در نمونه ذکر شده فوق انجام گرفت که مقیاس های قابل تفسیری را برای کل خرده مقیاس های "پرسشنامه طرحواره های یانگ" به بار آوردند که از ثبات درونی خوبی برخوردارند همچنین رابطه بین خرده مقیاس های این پرسشنامه با زیر مقیاس های چک لیست نشانه های اختلالات روانی (SCL-90-R: Symptom Checklist) با روش روایی همگرا روایی "پرسشنامه طرحواره یانگ" را به عنوان یک ابزار بالینی تایید کرد [۳۳]. در پژوهش حاضر، جهت روایی پرسشنامه از شاخص روایی محتوایی با روش Waltz & Bausell استفاده شد. بدین صورت که ۷ نفر از اساتید متخصص در روانشناسی بالینی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان گویه های پرسشنامه را از جهت "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده

جدول ۱: پروتکل "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" براساس الگوی Teasdale و همکاران [۱۴]

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با گروه و تعیین انتظارات آن ها، تعیین خط مشی گروه، توضیح بیماری و بیلیگو، توضیح مفهوم ذهن آگاهی در کنار شناسایی هدایت خودکار (عدم ذهن آگاهی نسبت به افکار، احساس ها و رفتارهای روزمره) و خروج از آن، اثرات کاربرد ذهن آگاهی بر زندگی، ذهن آگاهی نسبت به فعالیت های روزمره، و آرسی بدنی.
دوم	تمرین آرسی بدنی، ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، خوردن کمش، فعالیت های لذت بخش، مراقبه تنفسی و مدیتیشن عمیق با هدف ایجاد آرامش ذهن با تمریناتی که توجه فرد را به لحظه حال بر می گرداند.
سوم	آشنایی بر روش تمرکز بر حرکات و اعضای بدن هنگام تنفس (ذهن آگاهی تنفس)، کشف حس های بدنی ناراحت کننده.
چهارم	ماندن در زمان حال، ذهن آگاهی نسبت به افکار و احساس های کلی مانند بیزاری، کسالت، بی انگیزه بودن، بی نتیجه و بی هدف دانستن زندگی.
پنجم	مجوز حضور، پذیرش تجرب فردی بدون قضاوت، واکنش نشان دادن و اجتناب
ششم	افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکار هستند، آموزش این نکته که افکار و باورها را به سان تجربیاتی گذرا در نظر بگیرند.
هفتم	نحوه مراقبت از خود به بهترین حالت، فهرست فعالیت های لذت بخش و مهارت آمیز، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با بیماری ها و آماده سازی برنامه فعالیت
هشتم	بررسی جدول فعالیت های لذت بخش، مرور آموزه های ذهن آگاهانه در مورد فعالیت های روزانه و تجرب درونی (افکار، احساسات و حس های بدنی).
نهم	تاکید بر فنون استفاده از زمان حال به جای گذشته و تعمیم آن ها به کل موقعیت ها در زندگی جهت رویارویی با افکار خود آیند منفی، استفاده از برنامه ریزی فعالیت ها برای مواجهه با خطر عود مجدد.

جدول ۲: پروتکل "طرحواره درمانی" براساس الگوی Young و همکاران [۱۳]

جلسات	محتوا
اول	توضیح الگوی طرحواره به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل گیری طرحواره ها و سبک های مقابله ای، سنجش مشکلات بیمار
دوم	فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نام گذاری آن ها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار و تصویر سازی ذهنی در مرحله سنجش
سوم	مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره و جمع آوری کل اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی تایید کننده و رد کننده طرحواره ها براساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار
چهارم	اسناد دهی شواهد تایید کننده طرحواره ها به تجرب دوران کودکی و شیوه های فرزند پروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره سالم و یادگیری پاسخ های سالم توسط بیمار
پنجم	تهیه کارت های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره ها
ششم	ارائه منطق استفاده از روش های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم "بزرگسال سالم" در ذهن بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضاء نشده و جنگیدن علیه طرحواره ها
هفتم	ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده اش توسط آن ها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حوادث آسیب زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار، یافتن راههای جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی
هشتم	تهیه فهرستی جامع از رفتارهای مشکل ساز و تعیین اولویت های تغییر و مشخص نمودن آماج های درمانی، تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل ساز ترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم و غلبه بر موانع تغییر رفتار.

کنندگان ۲۴ نفر بیمار بودند که به صورت تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی (۳ نفر مرد و ۵ نفر زن)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴ نفر مرد و ۴ نفر زن) و گروه کنترل در لیست انتظار (۴ نفر مرد و ۴ نفر زن) قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه طرحواره درمانی (۴۲/۷۱ (۵/۶۷) و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴۳/۳۶ (۴/۸۴) و گروه کنترل در لیست انتظار (۴۱/۳۹ (۴/۲۳) بود. همتا بودن گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای سن، وضعیت تاهل و جنسیت براساس آزمون T مستقل ارزیابی شد. بین گروه های "طرحواره درمانی"، "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" و کنترل در متغیر سن ($T = 0.481, P \geq 0.05$) تاهل ($T = 0.278, P \geq 0.05$) و جنسیت ($T = 0.936, P \geq 0.05$) تفاوت معنی داری وجود نداشت.

پرسشنامه ها در پیش آزمون قبل از اجرای درمان در جلسه اول و در پس آزمون پس از اجرای درمان در جلسه پایانی توسط آزمودنی های هر سه گروه تکمیل شد. از گروه کنترل دعوت شد که برای تکمیل پرسشنامه ها حضور یابند بدون اینکه در معرض مداخله درمانی قرار گیرند.

داده های پژوهش باشاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) در سطح معناداری ۵ درصد در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل گردید.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه در جدول ۳ ارائه شده است. شرکت

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" پرسشنامه سلامت عمومی" در سه گروه

متغیر	طرحواره درمانی		شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
طرحواره های یانگ						
محرومیت هیجانی	۱۳/۲۰ (۶/۰۱)	۱۰/۸۰ (۴/۰۲)	۱۳/۹۰ (۸/۷۲)	۹/۶۰ (۲/۱۷)	۱۳/۷۰ (۸/۴۷)	۱۴/۶۰ (۳/۷۷)
رها شدگی	۱۷/۳۰ (۷/۶۴)	۱۳/۹۰ (۴/۷۷)	۱۵/۴۰ (۷/۳۸)	۱۰/۴۰ (۵/۵۲)	۱۷/۴۰ (۸/۰۶)	۱۶/۲۰ (۷/۹۲)
بی‌اعتمادی	۱۷/۴۰ (۶/۰۹)	۱۱/۶۰ (۴/۲۹)	۱۷/۱۰ (۹/۳۲)	۱۲/۱۰ (۱/۹۱)	۱۷/۲۰ (۷/۲۵)	۱۷/۵۰ (۶/۰۲)
انزوای اجتماعی	۱۳/۵۰ (۵/۴۲)	۹/۱۰ (۴/۵۸)	۱۳/۴۰ (۷/۰۵)	۱۱/۱۰ (۴/۸۸)	۱۳/۶۰ (۵/۵۶)	۱۳/۸۰ (۴/۸۴)
نقص اشرم	۱۰/۶۰ (۵/۳۱)	۷/۱۰ (۳/۶۳)	۹/۷۰ (۶/۴۸)	۶/۳۰ (۲/۴۰)	۱۰/۸۰ (۴/۹۳)	۱۲/۷۰ (۱/۵۶)
شکست	۱۳/۵۰ (۵/۶۸)	۸/۴۰ (۳/۴۳)	۱۳/۶۰ (۳/۸۹)	۷/۰۰ (۳/۳۳)	۱۳/۹۰ (۳/۶۶)	۱۲/۸۰ (۴/۰۴)
وابستگی بی کفایتی	۹/۷۰ (۳/۱۶)	۷/۵۰ (۳/۰۶)	۸/۷۰ (۴/۶۴)	۶/۷۰ (۲/۳۵)	۹/۱۰ (۳/۶۹)	۱۲/۰۰ (۳/۷۴)
آسیب پذیری	۱۲/۱۰ (۵/۲۷)	۷/۸۰ (۳/۰۱)	۱۲/۶۰ (۲/۹۱)	۷/۰۰ (۲/۷۸)	۱۲/۰۰ (۲/۱۰)	۱۰/۳۰ (۳/۰۹)
گرفتار	۱۲/۴۰ (۶/۰۹)	۱۱/۳۰ (۴/۸۷)	۱۲/۱۰ (۹/۳۲)	۷/۶۰ (۲/۰۱)	۱۰/۲۰ (۷/۲۵)	۱۲/۵۰ (۶/۷۵)
اطاعت	۱۰/۹۰ (۶/۱۱)	۹/۵۰ (۴/۱۴)	۱۱/۵۰ (۷/۵۹)	۷/۲۰ (۳/۲۲)	۱۰/۵۰ (۵/۶۰)	۱۲/۸۰ (۶/۱۴)
اینتر	۲۰/۱۰ (۷/۱۷)	۱۳/۵۰ (۴/۰۸)	۲۱/۱۰ (۷/۳۴)	۱۵/۰۰ (۵/۶۳)	۲۱/۵۰ (۵/۸۷)	۲۰/۸۰ (۳/۷۰)
بازداری هیجانی	۱۸/۲۰ (۵/۶۱)	۱۴/۶۰ (۴/۷۶)	۱۸/۱۰ (۷/۹۵)	۱۳/۵۰ (۴/۲۲)	۱۸/۲۰ (۵/۳۷)	۱۸/۴۰ (۵/۵۶)
معیارهای سرسختانه	۱۹/۷۰ (۶/۱۱)	۱۴/۳۰ (۴/۶۶)	۱۸/۹۰ (۴/۶۵)	۱۳/۸۰ (۵/۴۳)	۱۷/۷۰ (۶/۴۹)	۱۹/۲۰ (۴/۹۳)
استحقاق	۱۶/۴۰ (۵/۲۳)	۱۳/۷۰ (۳/۲۶)	۱۶/۵۳ (۵/۶۳)	۱۳/۴۶ (۴/۷۹)	۱۶/۰۰ (۶/۳۹)	۱۵/۳۰ (۵/۷۳)
خوببختنداری	۱۳/۵۰ (۵/۴۲)	۱۳/۱۰ (۴/۵۸)	۱۳/۴۰ (۷/۰۵)	۱۱/۱۰ (۴/۸۸)	۱۲/۶۰ (۵/۵۶)	۱۱/۸۰ (۴/۸۴)
طرحواره‌های ناسازگار	۲۸۹/۵۳ (۵۵/۴۲)	۲۳۲/۴۵ (۵۲/۳۲)	۲۹۵/۳۱ (۵۲/۴۱)	۲۴۷/۱۶ (۴۸/۵۲)	۳۰۱/۵۶ (۵۱/۷۶)	۳۱۰/۱۲ (۵۲/۴۷)
سلامت عمومی						
علائم جسمانی	۹/۷۵ (۵/۶۲)	۳/۸۷ (۵/۹۶)	۹/۶۲ (۲/۱۹)	۴/۵۰ (۲/۳۲)	۹/۳۷ (۳/۱۱)	۹/۲۵ (۳/۷۷)
اضطراب	۸/۸۷ (۴/۵۲)	۴/۷۵ (۵/۳۹)	۷/۸۷ (۳/۵۲)	۵/۳۵ (۳/۹۱)	۸/۳۷ (۲/۴۴)	۸/۱۲ (۳/۹۴)
کارکرد اجتماعی	۹/۸۷ (۳/۳۵)	۳/۳۷ (۳/۹۴)	۱۰/۶۲ (۳/۷۰)	۷/۱۳ (۴/۱۸)	۹/۶۲ (۳/۲۹)	۸/۱۲ (۳/۹۴)
علائم افسردگی	۶/۶۲ (۴/۷۴)	۳/۳۷ (۵/۴۲)	۵/۵۰ (۳/۰۷)	۳/۳۷ (۲/۶۲)	۶/۳۷ (۲/۲۲)	۷/۱۲ (۱/۸۸)
سلامت عمومی	۳۲/۲۰ (۷/۷۴)	۱۴/۳۷ (۷/۴۲)	۳۱/۲۷ (۶/۰۷)	۱۹/۳۷ (۶/۱۴)	۳۲/۱۸ (۶/۲۳)	۲۴/۶۲ (۶/۳۸)

برای آزمون لوین (Levene's Test) در سطح $\alpha = 0.05$ تفاوت معنی داری را بین واریانس نمرات "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و پرسشنامه سلامت عمومی" نشان نداد. بنابراین، فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس ها پذیرفته می شود و با توجه به دو شرط فوق امکان استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برقرار می باشد. در ادامه نتیجه بررسی نتایج تحلیل کواریانس یک راهه بر میانگین نمرات پس آزمون خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی در سه گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی"، "طرحواره درمانی" و "کنترل" در بیماران مبتلا به ویتیلیگو در جدول ۴ ارائه شده است.

در جدول ۳ در مرحله پیش آزمون و پس آزمون میانگین نمرات "پرسشنامه طرحواره ناسازگارانه یانگ فرم کوتاه" و خرده مقیاس های آن و سلامت عمومی در گروه های آزمایش (طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) در مقایسه با گروه کنترل ارائه شده است. با هدف تحلیل استنباطی داده های پژوهش، ابتدا پیش فرض های روش تحلیل کواریانس بررسی شد.

نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) برای "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و "پرسشنامه سلامت عمومی" در گروه های آزمایش و کنترل معنادار نبود که این یافته حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات می باشد؛ همچنین F مشاهده شده

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی میانگین نمرات پس آزمون "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و "پرسشنامه سلامت عمومی" در سه گروه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P-value	مجذور آتا
طرحواره های ناسازگار							
محرومیت هیجانی	گروه	۳۰۲/۸۱۱	۲	۱۵۱/۴۳	۱۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
رهاشدگی	گروه	۱۳۶/۵۴۵	۲	۲۹/۲۷	۱/۸۶۰	۰/۱۰۸	۰/۰۲۸
بی اعتمادی	گروه	۳۶/۳۵۷	۲	۱۷۰/۶۲	۹/۰۶	۰/۰۰۴	۰/۴۱۱
انزوای اجتماعی	گروه	۲۵۸/۹۳۰	۲	۱۷۵/۹۶	۶/۹۳	۰/۰۰۴	۰/۳۴۸
نقص/شرم	گروه	۴۱۸/۸۳۹	۲	۲۱۳/۲۸	۱۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
شکست	گروه	۹۷۳/۱۲	۲	۵۵۱/۴۸	۴/۰۸	۰/۰۲۹	۰/۲۳۹
وابستگی بی کفایتی	گروه	۴۰/۸۸	۲	۲۰/۶۲	۱/۵۰	۰/۲۹۷	۰/۰۳۹
آسیب پذیری	گروه	۵۹/۲۵۴	۲	۲۳/۸۹	۲/۸۱	۰/۱۲۹	۰/۰۴۹
گرفتار	گروه	۶۷/۲۸۶	۲	۲/۶۴۳	۲/۴۳	۰/۰۹۱	۰/۰۱۲
اطاعت	گروه	۴۳/۷۰۲	۲	۱۱/۸۵۱	۶/۱۸	۰/۱۰۶	۰/۰۲۹
ایثار	گروه	۳۴۶/۱۷۱	۲	۱۷۳/۰۸۶	۱۶/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
بازداری هیجانی	گروه	۶۰/۸۱۹	۲	۳۰/۹۳	۱۰/۳۷	۰/۰۵۰	۰/۱۲۵
معیارهای سرسختانه	گروه	۴۵/۳۶	۲	۲۱/۳۲	۱/۸۸	۰/۱۸۴	۰/۰۴۱
استحقاق	گروه	۱۰۵/۹۷۹	۲	۵۲/۸۴۰	۱۵/۶۲	۰/۰۴۱	۰/۲۱۸
خوبشونداری	گروه	۳۲۵/۷۷	۲	۱۲/۸۸۷	۱/۸۳۶	۰/۴۴۵	۰/۰۶۰
طرحواره های ناسازگار	گروه	۷۸۹/۶۵	۲	۲۳۵/۳۲	۵۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
سلامت عمومی							
علائم جسمانی	گروه	۲۱۱/۳۵	۲	۱۰۵/۱۱	۲۸/۳۴	۰/۰۱	۰/۰۳۶
اضطراب	گروه	۱۲۳/۴۵	۲	۶۵/۲۳	۱۲/۴۵	۰/۰۱	۰/۰۳۹
کارکرد اجتماعی	گروه	۲۰۴/۶۷	۲	۱۰۲/۳۱	۲۷/۶۲	۰/۰۱	۰/۰۳۰
افسردگی	گروه	۳۱۰/۵۶	۲	۱۵۵/۲۳	۷۶/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۴۱
سلامت عمومی	گروه	۵۶۷/۵۱	۲	۲۴۹/۲۱	۱۲۴/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۳۲

مبتنی بر ذهن آگاهی" اثربخش تر بوده است. به عبارتی، اختلاف میانگین ها و سطوح معنی داری یافته ها نشان می دهد که هر دو روش درمانی در کاهش علائم روانشناختی بیمار مبتلا به ویتیلیگو موثر بوده است.

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی " طرحواره درمانی " و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو انجام شد.

نتایج نشان داد بین برخی از طرحواره های ناسازگار بیماران مبتلا به ویتیلیگو شامل محرومیت هیجانی، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، ایثار، بازداری هیجانی و استحقاق در گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی"، "طرحواره درمانی" و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج مقایسه زوجی در جدول ۵ نشان داد هر دو روش در کاهش خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به ویتیلیگو که در بالا ذکر شد موثر بوده است و هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه را کاهش داده است. ولی در متغیر انزوای اجتماعی " طرحواره درمانی" نسبت به "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" برکاهش آن اثربخش تر بوده است.

با توجه به اینکه هیچ پژوهشی کاملاً مشابه با پژوهش انجام یافته پیدا نشد ولی نتایج پژوهش حاضر با مطالعات جمالی گوجانی و همکاران [۱۵] و Fassbinder و همکاران [۲۲] و Morrison [۳۴] هم راستا می باشد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد تفاوت معنی داری بین سه گروه "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" و کنترل در "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و خرده مقیاس های آن وجود دارد ($P \leq 0/05$). همچنین تفاوت معنی داری بین سه گروه در سلامت عمومی و مولفه های آن وجود دارد ($P \leq 0/05$). بنابراین، در ادامه با هدف روشن کردن ماهیت تفاوت های موجود بین گروه ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه های زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ نشان دهنده آن است که تفاوت های معناداری در میانگین تعدیل شده بین هر گروه آزمایش با گروه کنترل مشاهده شد ($P \leq 0/05$). اما بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتایج جدول ۵ با استفاده آزمون بونفرونی نشان می دهد که در خرده مقیاس های "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و "پرسشنامه سلامت عمومی" بیماران گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ($P \leq 0/05$).

همچنین بین میانگین خرده مقیاس های "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و "پرسشنامه سلامت عمومی" گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ($P \leq 0/05$). در حالی که هیچ تفاوت معنی داری بین دو نوع درمان (طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) در میانگین مولفه های "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و "پرسشنامه سلامت عمومی" به جز در مقیاس کارکرد اجتماعی و انزوای اجتماعی وجود نداشت. در این دو متغیر " طرحواره درمانی" نسبت به "شناخت درمانی

جدول ۵: مقایسه زوجی میانگین "پرسشنامه طرحواره یانگ فرم کوتاه" و "پرسشنامه سلامت عمومی" در سه گروه

متغیر	اختلاف میانگین	P-value
طرحواره های ناسازگار		
محرومیت هیجانی		
کنترل	طرحواره درمانی	۳/۸
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۵
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۲
بی اعتمادی		
کنترل	طرحواره درمانی	۵/۹
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۵/۴
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۵
انزوای اجتماعی		
کنترل	طرحواره درمانی	۴/۷۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲/۷۰
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲
نقص/شرم		
کنترل	طرحواره درمانی	۵/۶۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۶/۴۰
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۲۰
شکست		
کنترل	طرحواره درمانی	۳/۴۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۲۰
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۶
ایثار		
کنترل	طرحواره درمانی	۷/۳۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۲۰
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۵۰
بازداری هیجانی		
کنترل	طرحواره درمانی	۳/۸۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۹۰
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۱۰
استحقاق		
کنترل	طرحواره درمانی	۱/۴۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۹
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۳۴
سلامت عمومی		
علائم جسمانی		
کنترل	طرحواره درمانی	۵/۳۸
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۷۵
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۶۳
اضطراب		
کنترل	طرحواره درمانی	۳/۵۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲/۲۹
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۶
کارکرد اجتماعی		
کنترل	طرحواره درمانی	۳/۷۵
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۶۰
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۴/۲۰
افسردگی		
کنترل	طرحواره درمانی	۴/۲۰
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۴۰
طرحواره درمانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۱

طرحواره های ناسازگارشان وجود دارد طرحواره ها که ژرف ترین ساختارهای شناختی هستند در رویارویی با محرک های جدید اطلاعات را سرنده، رمز گردانی، پردازش و فیلتر کرده بر "تجسم بیمار از خود"

در تبیین یافته های پژوهش و اثربخشی "طرحواره درمانی" بر طرحواره های ناسازگار بیماران می توان مطرح کرد بیماران مبتلا به ویتیلیگو تحت تاثیر حالت های هیجانی و پردازش منفی ذهن احتمال فعال سازی

القای ذهن آگاهی را بر عملکرد هیجانی و رفتاری و کاهش علائم روانشناختی نشان داد [۴۰] و مطالعه Kabat-Zinn نیز نشان داد که درمان با استفاده از "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" در افزایش آرام بخشی و کاهش نگرانی و پریشانی هیجانی بیماران جسمی موثر است [۴۱]. در این راستا به نظر می رسد "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" با ایجاد شناخت آگاهانه، بازیابی و تغییر احساسات و هیجانات بر تجربه هیجانات و محرومیت هیجانی موثر است. تاکید بر عواطف، شناخت و تفکر فرد آثار جبرانی مهمی بر بازداری هیجانی خواهد داشت. توجه آگاهانه منجر به مقابله با هیجانات منفی و اجتنابی گردیده و تجربه حوادث ذهنی مثبت را موجب می گردد و در بی اعتمادی موثر است. بعلاوه، حضور ذهن با افزایش خود نظارت گری جسمی و هوشیاری نسبت به ریشه های اختلال منجر به بهبود وضعیت جسمانی و سلامت عمومی می گردد. همچنین ذهن آگاهی با تاکید بر لحظه کنونی ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه (که فراتر از فکر است) را افزایش داده بر ظرفیت و توانایی نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می گذارد در نتیجه فرد بیمار خود را از افکار خودکار منفی، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم رها کرده و از طریق درک و دریافت مجدد اطلاعات برخاسته از حالت های هیجانی با هیجانات همراه شده و موجبات تنظیم رفتاری فرد را فراهم می سازد. Robin's و همکاران مطرح کردند ذهن آگاهی با تاکید بر توجه به لحظه کنونی بر افزایش کیفیت زندگی و بهبودت روان موثر است [۴۲]. در این رابطه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به واسطه تغییر الگوهای معنایی و ایجاد رابطه جدید با افکار و ترسیم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات بر نقص و شرم و انزوای اجتماعی و کاهش علائم افسردگی و اضطراب موثر است.

در تبیینی دیگر، "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" با مختل ساختن سوگیری منفی بر خود نظارتی و تعهد بیمار بر رفتارهایش افزوده و استحقاق و کفایت را در فرد بر می انگیزد. ایجاد پذیرش نسبت به حالت ها و محتویات ذهنی انعطاف پذیری را در ایثار و حالت های ذهنی موجب می گردد. توجه به ویژگی های تجارب به شیوه ای خالی از قضاوت منجر به بازخوانی اختصاصی تر حافظه، خود کنترلی و کاهش شکست می گردد. نتایج دیگر این پژوهش نشان داد بین مولفه های سلامت عمومی شامل علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، عملکرد اجتماعی درگروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی"، "طرحواره درمانی" و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج مقایسه زوجی در جدول ۵ نشان داد هر دو روش؛ درمان ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر طرحواره در کاهش خرده مقیاس های سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو که در بالا ذکر شد موثر بوده است و هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل نمرات خرده مقیاس های سلامت عمومی را کاهش داده است یعنی هر دو درمان موجب کاهش افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی غیر مطلوب شده است. اثر "طرحواره درمانی" در متغیر کارکرد اجتماعی نسبت به "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" اثربخش تر بوده است.

در تبیین اثربخشی "طرحواره درمانی" بر سلامت عمومی نتایج این پژوهش با یافته های Ball و همکاران [۲۸] محرابی و همکاران [۴۳] همراستا می باشد. "طرحواره درمانی" به بیمار کمک می کند با استفاده از تکالیف تجربی و رفتاری مناسب الگوهای رفتاری سازگاران را به جای

تاثیرگذاشته می تواند موجب برانگیختگی هیجان های آشفته ساز، پاسخ های اجتنابی و رفتارهای خودآسیب رسان در آن ها شود [۳۵]. همچنین توانایی فرد را در تطابق با بیماری تحت تاثیر قرار داده، کنترل عملکرد بیمار را به دست گرفته و بیمار را زیر سلطه خود در می آورند که با این شرایط می تواند اثرات خود را بر بهداشت روان و جسم بر جای گذارد. طرحواره درمانی که از راهبردهای شناختی، تجربی و رفتاری برخوردار است رد پای طرحواره ها را با تاکید بر روابط بین فردی از کودکی تا زمان حال دنبال کرده بیماران را به شیوه همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می سازد به صورتیکه با الگو شکنی رفتاری به بیمار کمک می کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ مقابله ای ناسازگار تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کنند و بر اجتناب و اضطراب خود از موقعیت های اجتماعی غلبه کنند و برای حضور سالم و موفق اجتماعی مهیا شوند تا سلامت عمومی تامین گردد. با توجه به این که طرحواره های ناسازگار و عواطف منفی ناشی از آن در بیماران مبتلا به ویتیلیگو نقش مهمی در پاسخ های مقابله ای ناسازگار و مدیریت روانشناختی آن ها ایفا می کند [۳۷]. بنابراین، طرحواره درمانی بستری را جهت سرگذشت زندگی و شناسایی نیازهای عاطفی بیماران فراهم ساخته با تاکید بر فعالیت منسجم و اهداف واقع بینانه بر طرحواره های ناسازگار آن ها غلبه می کند و موجب پیدایش نگرش مثبت نسبت به درمان و در نهایت تاثیر بر کیفیت زندگی و بهداشت روانی بیماران مبتلا به ویتیلیگو می گردد. راهبردهای شناختی "طرحواره درمانی" کمک می کند تا بیمار مبتلا به ویتیلیگو با سازمان دهی مجدد الگوهای هیجانی زمینه را برای بهبود طرحواره ها فراهم کند. از سویی، با برانگیخته شدن طرحواره ها و ارتباط آن با مسائل کنونی بستری را برای بینش هیجانی، اجتناب عاطفی و اختلال در تنظیم هیجان و متعاقب آن بهبود طرحواره ها مهیا سازد [۲۲]. همچنین "طرحواره درمانی" با به کارگیری روش های تجربی با انعطاف پذیری هیجانی عملکرد اجتماعی و بی ثباتی هیجانی فرد مبتلا به ویتیلیگو را بهبود می بخشد [۳۴].

در تصدیق یافته فوق، پژوهش Ball و همکاران گویای آن است که "طرحواره درمانی" در کاهش آسیب پذیری شناختی بیماران و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی سازگاران جهت برخورد با مشکلات زندگی موثر بوده است [۳۸]. در تبیین اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" نتایج این پژوهش با یافته های جمالی گوجانی [۱۵] و Montgomery [۳۹] هم راستا می باشد. در تبیین اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر طرحواره های ناسازگار بیماران می توان عنوان کرد که در بیماران مبتلا به ویتیلیگو به علت احساسات منفی ناشی از بیماری تغییر خفیفی در خلق ایجاد می شود و پردازش خودکار افکار منفی طرحواره ناسازگار را فعال می کند. در این شرایط درمان می تواند پردازش منفی را تحت تاثیر قرار دهد. هسته مرکزی "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" را تجربیات مراقبه حضور ذهن تشکیل می دهد. در حالت های توجه آگاهانه پخش اطلاعات از چرخه های دو طرفه معیوب به طرف تجربه فوری کنونی و اهداف خنثی چرخش پیدا می کند که این امر به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فرو کاهنده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و پدید آیی افکار و هیجان های خوشایند در افراد مبتلا به ویتیلیگو منجر می شود. یافته های Keng و همکاران اثرات فوری

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به عنوان دو روش درمانی موثر در کاهش طرحواره‌های ناسازگار و ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به ویتیلیگو محسوب می‌گردد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود درمانگران و متخصصان امر تلویحات کاربردی "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" را به عنوان یک سیر درمانی روشن در جهت مرتفع ساختن تعارضات روانی بیماران پوستی مد نظر قرار دهند. به نظر می‌رسد مهمترین محدودیت‌های پژوهش حاضر نبود مرحله پیگیری جهت ارزیابی ماندگاری درمان و در دسترس نبودن ابزارهای عینی جهت سنجش متغیرهای پژوهش است چرا که سنجش و درمان با استفاده از ابزارهای خود گزارشی صورت گرفته است لذا در تعمیم نتایج بایستی دقت لازم صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مطالعه، طرح پژوهشی با کد ۱۹۴۰۵۴ در تاریخ ۱۳۹۴/۸/۴ با کد اخلاق IR.MUI.REC.1394.1.054 مصوب معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است؛ بدین وسیله در پایان از کلیه بزرگوارانی که در انجام این پژوهش یاری رسان بودند به ویژه مسئولین محترم کلینیک پوست بیمارستان الزهراء شهر اصفهان و کلیه بیماران مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به این کلینیک قدردانی می‌گردد.

References

- Garg S, Sarkar R. Impact of vitiligo in afflicted patients. *Pigment International*. 2014;1(2):81. doi: 10.4103/2349-5847.147045
- Lerner AB. Vitiligo. *Jama*. 1978;239(12):1183. doi: 10.1001/jama.1978.03280390079031
- Cho S, Kang HC, Hahm JH. Characteristics of vitiligo in Korean children. *Pediatr Dermatol*. 2000;17(3):189-93. pmid: 10886749
- Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16(6):573-8. pmid: 12482039
- Freitag FM, Cestari TF, Leopoldo LR, Paludo P, Boza JC. Effect of melasma on quality of life in a sample of women living in southern Brazil. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(6):655-62. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02472.x pmid: 18410339
- Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015;135(4):984-91. doi: 10.1038/jid.2014.530 pmid: 25521458
- Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. *Am J Clin Dermatol*. 2016;17(3):305-11. doi: 10.1007/s40257-016-0172-x pmid: 26818062
- Curtis A. *Health Psychology*. London; New York: Routledge; 2002.
- Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi M. Health promotion lifestyle in nursing students: a systematic review. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(1):66-79.
- Beck A. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: New American Library; 1976.
- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 11:53-8. pmid: 11414552
- Alavi Lavasani Aa-S, Ahmadi Tahour Soltani M. Association between Maltreatment in Childhood and Emotional Divorce: Mediating Role of Attachment Styles, Early Maladaptive Schemas and Difficulty in Emotional Regulation. *Journal of Health Promotion Management*. 2017;7(2):49-58. doi: 10.21859/jhpm-07027
- Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. United States of America: Guilford Press; 2003.
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?

- Behaviour Research and Therapy. 1995;33(1):25-39. doi: [10.1016/0005-7967\(94\)e0011-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0011-7)
15. Gojani PJ, Masjedi M, Khaleghipour S, Behzadi E. Effects of the Schema Therapy and Mindfulness on the Maladaptive Schemas Hold by the Psoriasis Patients with the Psychopathology Symptoms. *Adv Biomed Res.* 2017;6:4. doi: [10.4103/2277-9175.190988](https://doi.org/10.4103/2277-9175.190988) pmid: [28217649](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28217649/)
 16. Denninger J, Lazar S, Vago D. How mindfulness can change your brain and improve your health: Harvard Medical School; 2016.
 17. Solati K, Mousavi M. [The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on general health in patients with systemic lupus erythematosus: A randomized controlled trial]. *J Kerman Univ Med Sci* 2015;22(5):499-509.
 18. Fordham B, Griffiths CE, Bundy C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med.* 2015;20(1):121-7. doi: [10.1080/13548506.2014.902483](https://doi.org/10.1080/13548506.2014.902483) pmid: [24684520](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24684520/)
 19. Paul NA, Stanton SJ, Greeson JM, Smoski MJ, Wang L. Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2013;8(1):56-64. doi: [10.1093/scan/nss070](https://doi.org/10.1093/scan/nss070) pmid: [22717383](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22717383/)
 20. Rosenkranz MA, Davidson RJ, Maccoon DG, Sheridan JF, Kalin NH, Lutz A. A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation. *Brain Behav Immun.* 2013;27(1):174-84. doi: [10.1016/j.bbi.2012.10.013](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.10.013) pmid: [23092711](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23092711/)
 21. Fjorback L. Mindfulness and Bodily Distress. Denmark: Aarhus University; 2012.
 22. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front Psychol.* 2016;7:1373. doi: [10.3389/fpsyg.2016.01373](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373) pmid: [27683567](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27683567/)
 23. Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Front Psychol.* 2016;7:1987. doi: [10.3389/fpsyg.2016.01987](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987) pmid: [28066304](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28066304/)
 24. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2014;45(3):319-29. doi: [10.1016/j.jbtep.2014.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003) pmid: [24650608](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24650608/)
 25. Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbstaal J, Huibers MJ. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016;51:66-73. doi: [10.1016/j.jbtep.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001) pmid: [26780673](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26780673/)
 26. Jahani Hashemi H, Noroozi K. [Mental health in students in Qazvin University of Medical Sciences]. *Payesh.* 2004;3(145-152).
 27. Goldberg D, Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire: GHQ: GL assessment; 1988.
 28. Taghavi M. [Assessment of the validity and reliability of the General Health Questionnaire]. *J Psychol.* 2001;5(381-398).
 29. Young J, Brown G. Young Schema Questionnaire. 2nd ed. New York: cognitive therapy center of New York; 1990.
 30. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research.* 1995;19(3):295-321. doi: [10.1007/bf02230402](https://doi.org/10.1007/bf02230402)
 31. Ahei G, Mohamadifar M, Besharat M. [Validity of Schema Scale (Item 75)]. *J Educ Psychol Tehran Univ.* 2007;3(5-20).
 32. Khater M, El-Gilany A-H, El-Belsha M, Abdel-Moneim A. Reliability of the Arabic version of the Young Schema Questionnaire - Short Form among orphanage residents. *Middle East Journal of Psychiatry and Alzheimers.* 2011;2(1). doi: [10.5742/mejpa.2011.21019](https://doi.org/10.5742/mejpa.2011.21019)
 33. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. [Factor analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form" in a nonclinical Iranian sample]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2008;14(2):214-9.
 34. Morrison N. Schema-Focused Cognitive Therapy for Complex Long-Standing Problems: A Single Case Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 2000;28(3):269-83. doi: [10.1017/s1352465800003076](https://doi.org/10.1017/s1352465800003076)
 35. Switzer L. Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors. Mississippi Mississippi State University; 2006.
 36. Jacquin K. The effects of maladaptive schemata on information processing. Austin, Texas The University of Texas at Austin; 1999.
 37. Mizara A, Papadopoulos L, McBride SR. Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. *Br J Dermatol.* 2012;166(5):986-93. doi: [10.1111/j.1365-2133.2011.10799.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10799.x) pmid: [22211355](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211355/)
 38. Ball J, Mitchell P, Malhi G, Skillecorn A, Smith M. Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(1):41-8. doi: [10.1046/j.1440-1614.2003.01098.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01098.x) pmid: [12534655](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12534655/)
 39. Montgomery K, Norman P, Messenger AG, Thompson AR. The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *Br J Dermatol.* 2016;175(5):930-6. doi: [10.1111/bjd.14719](https://doi.org/10.1111/bjd.14719) pmid: [27169607](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27169607/)
 40. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(6):1041-56. doi: [10.1016/j.cpr.2011.04.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006) pmid: [21802619](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21802619/)
 41. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2006;10(2):144-56. doi: [10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016)
 42. Robins JL, Kiken L, Holt M, McCain NL. Mindfulness: an effective coaching tool for improving physical and mental

- health. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(9):511-8. doi: [10.1002/2327-6924.12086](https://doi.org/10.1002/2327-6924.12086) pmid: 24259186
43. Mehrabi H, Kalantari M, Ghaderi F. [The effectiveness of group schematics on reducing early maladaptive schemas and Reduce Symptoms of Social Anxiety Disorder]. *Clin Psychology Stud*. 2016;24(1-28).
44. Creswell JD, Pacilio LE, Lindsay EK, Brown KW. Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;44:1-12. doi: [10.1016/j.psyneuen.2014.02.007](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.02.007) pmid: 24767614