مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۸، شماره ۱۲، اسفند ۱۴۰۰ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

رابطه ترس از تصویر بدن و مشکلات بین فردی با میانجیگری تنظیم شناختی هیجان در بیماران ویتیلیگو

ندا سیفی پور: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

عذرا زبردست: استادیار روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (* نویسنده مسئول) zebardast@guilan.ac.ir

سجاد رضائی: استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پوست با تبعات روان‌شناختی در روابط تاثیرگذار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجیگرانه راهبردهای شناختی هیجان در رابطه ترس از تصویر بدن با مشکلات بین فردی در بیماران ویتیلیگو انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. آزمودنی‌ها ۲۸۱ نفر از مبتلایان به ویتیلیگو جزو اعضای گروه انجمن ویتیلیگو ایران در فروردین سال ۱۳۹۹ بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به پرسشنامه‌های مشکلات بین فردی، تنظیم شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدنی داوطلبانه پاسخ دادند. داده‌ها از طریق همبستگی پیرسون، فن معادلات ساختاری نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS، AMOS و روش بوت استرپ در برنامه MACRO پریچر و هایز (۲۰۰۸) جهت آزمودن روابط میانجیگرانه استفاده شد.

یافته‌ها: بین ترس از تصویر بدن با مشکلات بین فردی و راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان، رابطه مستقیم و معنی‌دار و بین ترس از تصویر بدن با راهبردهای شناختی سازش‌یافته تنظیم هیجان رابطه معکوس و معنی‌دار مشاهده شد. تحلیل‌های میانجی نشان داد که راهبردهای سازش نایافته اثر ترس از تصویر بدن را بر مشکلات بین فردی شدت می‌بخشد (p=۰/۰۰۰۷) و هم‌چنین اثر غیرمستقیم ترس از تصویر بدن بر مشکلات بین فردی از طریق راهبردهای سازش یافته معنی‌دار بود (p=۰/۰۳۱۵).

نتیجه گیری: برای کاهش مشکلات بین فردی در بیماران ویتیلیگو می‌توان از طریق کاستن از ترس از تصویر بدن و تصحیح راهبردهای سازش‌نایافته و تقویت راهبردهای سازش‌یافته اقدام کرد؛ ترس از تصویر بدن ممکن است از طریق راه اندازی سازوکارهای سازش نایافته به مشکلات بین فردی دامن بزند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

نارضایتی از تصویر بدن،
تنظیم هیجان،
بین فردی،
ویتیلیگو

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۱۲/۰۲

شیوه استناد به این مقاله:

Seyfi Pur N, Zebardast A, Rezaei S. The Relationship between Fear of Body Image and Interpersonal Problems Mediated by Cognitive Emotion Regulation in Patients with Vitiligo. Razi J Med Sci. 2021;28(12):138-152.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

Razi Journal of Medical Sciences. 2022;28(12):138-152. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The Relationship between Fear of Body Image and Interpersonal Problems Mediated by Cognitive Emotion Regulation in Patients with Vitiligo

Neda Seyfi Pur: MA in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
Azra Zebardast: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran (* Corresponding author) zebardast@guilan.ac.ir
Sajjad Rezaei: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Abstract

Background & Aims: Vitiligo is one of the most common skin pigmentation disorders which afflicting 0.5-2% of the world population. Its main clinical symptoms include the emergence and expansion of melanocytes (3). Its onset is usually before the age of 30, and its prevalence is almost the same for the two sexes (5). Vitiligo can have destructive psychosocial effects on patients because there is a relationship between the body and the mind (6). Although vitiligo is not physically debilitating, due to the outward changes associated with it, most patients have a negative body image and may feel shame, which eventually disrupts their social life, marriage, sexual relations, psychological well-being, and emotion regulation (10). Sensitivity to vitiligo is exacerbated through defective emotion regulation or a reduced ability to cope with stress (10). Cognitive strategies for emotion regulation deal with people's way of thinking after a negative experience or damaging event. Therefore, these strategies can play an effective role in determining mental health and successful social interactions (12). Thus, the treatment of patients with vitiligo seems to require psychosocial support (13). The present study examined the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between fear of body image and interpersonal problems in patients with Vitiligo.

Methods: The statistical population comprised all the patients with vitiligo who had been registered at the Vitiligo Association of Iran and had joined the associations' group, channel, and page on social media in March-April 2020. The participants were selected using purposive sampling, following which 390 people initially took part, but 281 remained in the study based on the inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria were: age range of 20-40 years (Several studies have mentioned marriage and sexual relations among the problems faced by these patients, and this motivated the selection of this age range), having basic literacy skills to answer the questionnaires, having at least one form of email or ID on the cyberspace, having vitiligo on visible body parts such as hands, legs, head, neck, and face, and providing informed consent for participation. The exclusion criteria were: failing to complete one of the questionnaires, and withdrawal from the study. The data were collected via an online demographic questionnaire, the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32), the Body Image Concern Inventory (BICI), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-P). The links to these questionnaires were shared on the Telegram channel and Instagram page of the Vitiligo Association of Iran. The data were analyzed via Pearson's correlation and structural equations modeling in SPPS, AMOS-24, and by Preacher and Hayes (2008) bootstrap approach in MACRO to test the mediating relations.

Results: The results of the online survey showed that, from among 281 participants,

Keywords
Body Image Dissatisfaction,
Emotion Regulation,
Interpersonal,
Vitiligo

Received: 03/10/2021
Published: 21/02/2022

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

177 had had vitiligo for >10 years; the severity of vitiligo was >5% in 128 participants; and 149 participants had >1% vitiligo on visible body parts. A significant positive relationship was found between fear of body image and interpersonal problems (p = 0.0001) and maladaptive emotion regulation strategies (p = 0.002), and a significant negative relationship was observed between fear of body image and adaptive strategies (p = 0.0001). The mediation analyses revealed that maladaptive strategies exacerbate the effect of body image on interpersonal problems (p = 0.0007). Also, the indirect effect of fear of body image on interpersonal problems through adaptive strategies was significant (p = 0.0315). However, no significant relationship was found between adaptive emotion regulation strategies and interpersonal problems in these patients (p = 0.092). These results indicate that, to mitigate the interpersonal problems of patients with vitiligo, interventions can focus on reducing fear of body image, correcting maladaptive strategies, and strengthening adaptive strategies. Moreover, based on the findings, fear of body image may lead to interpersonal problems by triggering maladaptive mechanisms.

Conclusion: In line with previous studies (31), a damage to the behavioral component of body image in vitiligo may disrupt interpersonal relations. A defect in one's appearance reduces self-esteem and leads to stress, anxiety, and fear of being judged by others. Therefore, vitiligo has a destructive effect on patients' daily life and mental health. Patients with vitiligo catastrophize this disease due to their negative mental image resulting from excessive rumination and continuous mental obsession with this disease and its effects on their lives. They first blame themselves and then others, and thus form a negative self-evaluation. Previous studies have shown that vitiligo has an obvious potential for causing mental pressure; however, this relationship is not unilateral, and stress can cause or exacerbate vitiligo as well (28). There is no effective treatment for vitiligo, and there are many psychological disorders associated with it. It has recently been reported that to improve the quality of life of these patients, several psychological interventions can be included in the treatment program of different skin diseases (29). Therefore, to help these patients, it is important to examine the related psychological factors and determine the mediators. Based on the results of the present study, the presence of maladaptive strategies is more destructive and damaging than the absence of adaptive strategies. Furthermore, the absence of adaptive strategies can negatively impact psychological well-being. Thus, if we can mitigate fear of body image in these patients, their interpersonal problems can be minimized. The results of this study demonstrated that from among the two mediating variables, the promotion of adaptive emotion regulation strategies has little effect on reducing interpersonal problems. On the other hand, psychological interventions to identify and reduce maladaptive emotion regulation strategies significantly decrease interpersonal problems. Because vitiligo requires a multifaceted team treatment, it is suggested that dermatologists pay special attention to the psychological aspect of this disease in addition to offering different treatments, and seek the help of mental health specialists and health psychologists for offering individually or group psychological interventions to improve emotion regulation skills.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Seyfi Pur N, Zebardast A, Rezaei S. The Relationship between Fear of Body Image and Interpersonal Problems Mediated by Cognitive Emotion Regulation in Patients with Vitiligo. Razi J Med Sci. 2021;28(12):138-152.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

مقدمه

پوست یکی از اعضای اصلی برای انسان محسوب می‌شود و نقش آن در زندگی زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی محسوس است (۱)؛ چراکه محافظ بدن بوده و شکل‌دهنده تعاملات بین فردی و ازجمله عوامل جذابیت فردی است (۲). ویتیلیگو از جمله شایع‌ترین اختلال رنگ‌دانه‌ای پوست بوده و حدود نیم تا دو درصد افراد در جهان را درگیر می‌کند. ازجمله مهم‌ترین علائم بالینی این بیماری را می‌توان ایجاد لکه‌های سفیدپوستی و گسترش تدریجی آن دانست که به دو شکل نامتقارن و قرینه، نمود پیدا می‌کند. در سال ۲۰۰۴، یک شاخص کمّی به نام شاخص امتیاز ناحیه‌ی ویتیلیگو ((Vitiligo Area Score (VASI Index) ارائه شد (۳):

VASI = Σ ((واحد دستی) × همه قسمت‌های بدن)
((نقاط فاقد رنگ‌دانه

که در این فرمول دامنه تغییرات بین ۰ تا ۱۰۰ و از تمامی نقاط بدن است. برای تعریف واحد دستی فرض شده که هر کف دست، یک درصد از کل بدن را نشان می‌دهد؛ وقتی گفته می‌شود که درصد ویتیلیگو در بیماری دو درصد است، این بدان معناست که حدود دو کف دست از پوست بدن او، فاقد رنگ‌دانه است (۴). هرچند شروع ویتیلیگو در هر سنی ممکن است رخ دهد، اما معمولاً پیش از ۳۰ سالگی گزارش‌شده و شیوع آن در هر دو جنس تقریباً برابر است، اگرچه زنان بیشتر و زودتر از مردان مراجعه می‌کنند، اما دلیل آن ناشی از تمایل زنان به نگرانی بیشتر در مورد تغییر رنگ‌دانه‌های پوست و تأثیر بر زندگی اجتماعی و هم‌چنین کوشاتر بودن زنان در جستجوی معالجه است (۵).

علی‌رغم ماهیت مزمن این بیماری، بسیاری از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، این ضایعات پوستی بدون عارضه را یک مشکل آرایشی در نظر می‌گیرند. بااین‌حال، ویتیلیگو می‌تواند تأثیر روانی و اجتماعی زیادی بر زندگی بیماران داشته باشد. متخصصان بر این باورند که بین ذهن و پوست ارتباط وجود دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که دارای یک اختلال پوستی هستند، احتمالاً سطح بالایی از پریشانی روانی را تجربه می‌کنند (۶). به نظر می‌رسد برداشت‌ها در ویتیلیگو (به‌عنوان‌مثال احساس زشت بودن) یک عامل مهم در روابط است، به‌ویژه روابطی که ماهیتی صمیمانه دارند (۷). نتایج نشان داد مبتلایان به ویتیلیگو در اثر افسردگی و ناامیدی، در روابط بین فردی دچار مشکل می‌شوند. چنان چه ویتیلیگو بر نواحی قابل‌مشاهده و یا دستگاه تناسلی پدید آید، محدودیت‌های بزرگی را در کیفیت زندگی این بیماران به وجود می‌آورد. در این خصوص، در نتایج پژوهشی با ارزیابی از وضعیت روانی مبتلایان به ویتیلیگو، در احساس عدم‌کفایت بین فردی، حقارت، تمایل به خودکشی، و ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی (حساس بودن، انتظارات منفی در مورد ارتباطات بین فردی)، نمرات بالا مشاهده شد (۸). وجود نقص جسمی و یا روانی در بستر روابط بین فردی مطمئناً می‌تواند مشکل‌آفرین باشد یا به مشکلات موجود در این زمینه دامن بزند. بنابراین، اختلالی مانند ویتیلیگو ممکن است ازلحاظ اجتماعی به‌اندازه یک نقص جسمی، شدید باشد؛ زیرا اهمیت اجتماعی به‌ظاهر و نگرش‌های جامعه نسبت به شخصی که نامتعارف است، عمیق است (۹).

به نظر می‌رسد در روابط بین فردی، ارزیابی فرد ناشی از تصویری است که در آیینه دیگری تابانده می‌شود، حال آن‌که نتایج علم روان‌شناسی بر آن است که تصویر فرد در آیینه و خود پنداشت خود، آغازگر روابط بین فردی است. شاید به همین دلیل است که ویتیلیگو به‌تنهایی، ازلحاظ جسمی ناتوان‌کننده نیست، اما به علت تغییرات پوستی که این بیماری با خود به همراه دارد، باعث می‌شود بیشتر مبتلایان، تصویر بدنی منفی از خود دارند، حرمت خود در آن‌ها پایین است و ممکن است احساس شرم در آن‌ها موجب اختلال در زندگی اجتماعی، ازدواج و روابط جنسی، کاهش بهزیستی روانی و بد تنظیمی هیجانی شود (۱۰).

جدی بودن و شیوع مشکلات روانی ناشی از اختلال پوستی را نباید نادیده گرفته شود. گزارش‌ها حاکی از آن است که ۲۵ درصد از افرادی که در چنین وضعیتی به سر می‌برند، چالش‌های اساسی را در چندین زمینه‌ی مهم زندگی تجربه می‌کنند. زمانی که فرد تجربه ارزیابی منفی و یا مورد تمسخر واقع‌شدن را از سوی دیگران داشته باشد، یک تصویر بدنی منفی در وی شکل می‌گیرد که همانند یک طرحواره عمل می‌کند. این طرحواره‌ها زمانی فعال می‌شوند که شخص در موقعیتی

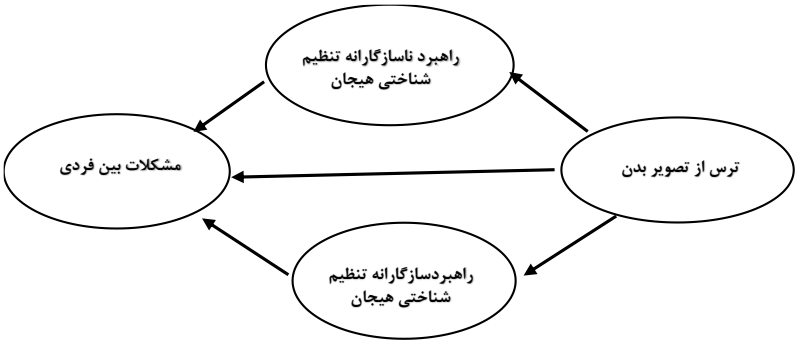
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

قرار می‌گیرد که مجبور است بدن خود را در معرض دید دیگران قرار دهد. ازاین‌رو است که اختلالات پوستی قابل‌رؤیت می‌تواند یک فشار اجتماعی قابل‌توجهی را، به‌ویژه در رابطه با شکل‌گیری دوستی، صمیمیت و حفظ روابط ایجاد کند. پیامدهای ناخواسته دیگران، ازجمله سؤال، اظهارنظر و خیره شدن که با علائم جسمی مرتبط است، می‌تواند اثرات منفی در تصویر بدنی شخص را تشدید کند (۱۱).

حساس بودن نسبت به ویتیلیگو چه در باور فردی به عنوان یک تصویر و انگاره بدنی و چه در تعاملات بین فردی، از طریق نقص در تنظیم هیجان و یا کاهش توانایی مقابله با استرس، افزایش می‌یابد (۱۰). از آن‌جایی که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، به نحوه‌ی تفکر افراد پس از بروز یک تجربه‌ی منفی یا واقعه‌ی آسیب‌زا می پردازد؛ بنابراین تنظیم هیجان نقش مهمی در تعیین سلامت روانی درون‌فردی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی ایفا می‌کند. درواقع، تنظیم شناختی هیجان، یکی از انواع راهبردهای شناختی مقابله‌ای است که تعاملی بهینه از شناخت و هیجان را جهت مقابله با شرایط منفی شامل می‌شود. نه راهبرد برای تنظیم شناختی هیجان به شکل مفهومی شناسایی شده است که عبارت‌اند از: ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مثبت مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری، و ملامت دیگران (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجان‌های منفی و مدیریت هیجان و بهزیستی ذهنی رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان داد ویتیلیگو می‌تواند تأثیر عمده روانی اجتماعی بر زندگی مبتلایان داشته باشد و در نتیجه مسیر درمان افراد مبتلا به ویتیلیگو نیازمند حمایت روانی- اجتماعی است (۱۳).

اگر چه در مطالعه پژوهش‌هایی که به بررسی ویتیلیگو پرداختند، وجود مشکلات روان‌شناختی متعدد در این افراد گزارش شد؛ اما باوجود این‌که زندگی افراد زیادی از جامعه (مبتلایان به ویتیلیگو و خانواده‌های این افراد)، تحت تأثیر این بیماری است، آن‌گونه که باید، به جنبه‌های روانی این بیماری پرداخته نشده و آموزش‌ها و درمان‌هایی که ابعاد روانی این بیماری را تحت پوشش قرار دهد، بسیار ناچیز است. مطالعات حاکی از آن است که بی‌شک ترس از تصویر بدن در افسردگی، اضطراب و تنش روانی اثرگذار است، درنتیجه روابط بین فردی نیز متأثر از تصویر بدن است، از سوی دیگر به نظر می‌رسد اختلال خلق که می‌تواند بر روابط بین فردی اثرگذار باشد، در افراد دارای نقص جسمانی و یا روانی شایع باشد، بنابراین تنظیم موفق هیجان نیز می‌تواند با روابط بین فردی، در رابطه باشد. پژوهش‌های مختلف تأثیر تصویر بدنی و تنظیم هیجان را در روابط بین فردی نشان دادند؛ اما این رابطه به‌طور خاص در جامعه آماری ویتیلیگو پرداخته نشده و خلأ پژوهشی موجود در مورد بررسی رابطه‌ی بین مشکلات بین فردی با تنظیم هیجان و تصویر بدن در افراد دارای ویتیلیگو به‌خوبی احساس می‌شود. از طرفی در ایران (بنا به نظر محققین این پژوهش با بررسی موتورهای جستجوی قابل‌دستیابی)، پژوهشی به مطالعه مشکلات بین فردی به‌گونه‌ای اختصاصی در مبتلایان به ویتیلیگو نپرداخته است؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر به بررسی این موضوع می‌پردازد که آیا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه با نگرانی از تصویر بدن و مشکلات بین فردی در مبتلایان به ویتیلیگو نقش میانجی‌گرانه ایفا



شکل ۱- مدل مفهومی و پیشنهادی پژوهش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

می‌کند؟ مدل مفهومی این پـژوهش در شـکل ۱ نشـان داده شده است.

روش کار

پژوهش حاضر مقطعی و طـرح آن از نـوع توصـیفی- همبستگی است که در آن ترس از تصـویر بـدن متغیـر برونزا و مشکلات بـین فـردی متغیـر درونـزا بـوده و دو راهبرد سازش یافته و سـازش نایافتـه تنظـیم شـناختی هیجان، نقش میانجیگرانه را ایفا می‌کنند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلابه ویتیلیگو ثبت نـام شده در انجمن ویتیلیگوی ایران بودنـد کـه در گـروه و کانال پیام‌رسان تلگرام و هم‌چنـین صـفحه اینسـتاگرام این انجمن در فروردین سـال ۱۳۹۹ عضـویت داشـتند. ۳۹۰ نفر از مبتلایـان بـه ویتیلیگـو پرسشـنامه‌ها را بـه صـورت داوطلبانـه تکمیـل نمودنـد کـه تعـداد ۲۸۱ پاسخ‌نامه پـس از غربـالگری، واجـد ملاک‌هـای ورود و خروج بوده و اطلاعات آن‌هـا در پـژوهش مورداسـتفاده قرار گرفتند؛ بنابراین پژوهش حاضـر دارای یـک نمونـه ۲۸۱ نفری از مبتلایان به ویتیلیگـو اسـت کـه از نقـاط مختلـف ایـران به‌صـورت داوطلبانـه طـی مـدت‌زمان یک‌ماهـه (فـروردین ۱۳۹۹) و بـه روش نمونـه‌گیری هدفمند در این پژوهش شرکت کرده و سـه پرسشـنامه مشـکلات بـین فـردی (IIP-32) Barkham (۱۹۹۶)، نسـخه فارسـی پرسشـنامه تنظـیم شـناختی هیجـان Garnefski (CERQ-P) (۲۰۰۶) و ترس از تصویر بـدن Littleton (BICI) (۲۰۰۵) را پاسخ دادند.

بـرای تعیـین حجـم نمونـه مطلـوب در مدلسـازی معـادلات سـاختاری، نظـر Kline (۲۰۱۶) مـلاک تصمیم‌گیری برای تعیین تعداد افراد گـروه نمونـه قـرار گرفت. او معتقد است تعداد مناسب شـرکت‌کنندگان در نمونه، برای آزمون مدل معـادلات سـاختاری، ۲/۵ تـا ۵ برابر تعـداد ماده‌هـای پرسشـنامه اسـت (۱۴)؛ بنـابراین باتوجه به وجود ۶۹ ماده حجـم نمونـه مطلـوب در ایـن پژوهش بین ۱۷۳ تا ۳۴۵ نفر است. ملاک‌های ورود بـه پژوهش شامل موارد ذیل بود: ۱-قرار گـرفتن در طبقـه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال (به دلیـل این‌کـه در پژوهش‌هـای مختلـف، ازدواج و روابـط جنسـی ازجملـه مشـکلات مبتلایان به ویتیلیگو ذکرشـده؛ لـذا ایـن سـن بـه‌عنوان ملاک ورود در نظر گرفته‌شده است)؛ ۲- داشتن حداقل سواد جهت پاسخ دادن سؤالات پرسشنامه‌ها؛ ۳-داشـتن حداقل یک نوع از پست الکترونیـک یـا ID (آی‌دی) در فضای مجازی جهت ارسال پاسخ پرسشـنامه‌ها؛ ۴-ابـتلا به ویتیلیگو در نقاط قابل‌رؤیت بدن مثل دست، پا، سر و گردن و یا صورت (ایـن مـورد به‌صـورت خـود اظهـاری توسط پرسشنامه سنجیده می‌شـود)؛ ۵-از شـروع ابـتلا حداقل ۱ سـال گذشـته باشـد (در توجیـه ایـن علـت، می‌توان به این مطلب اشاره کرد که در شـروع ابـتلا بـه بیماری، شخص امیدوار به درمان است و به نظر می‌رسد به دلیل عدم وجود درمان قطعـی، هرچقـدر کـه زمـان سپری می‌شود، فرد مشکلات روان‌شـناختی بیشـتری را تجربـه می‌کنـد)؛ ۶-اعـلام رضـایت شـرکت‌کنندگان به‌صورت آگاهانه. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از ۱- چنان‌چه مبتلایان به ویتیلیگـو درگذشـته و یـا در حـال حاضـر از یـک آمـوزش و یـا درمـان روان‌شناختی استفاده کرده‌انـد، از نمونـه کنـار گذاشـته شدند؛ ۲- افراد شرکت‌کننده‌ای کـه حتـی یکـی از سـه پرسشنامه را تکمیل ننموده‌انـد، از شـرکت در پـژوهش کنار گذاشته شدند. ابزارهای موردنیاز بـرای انجـام ایـن پژوهش به شرح زیر هستند:

پرسش‌نامه مشکلات بین فردی (IIP-3): این ابزار برای اولین بار توسـط Barkham، Hardy و Startup در سـال ۱۹۹۴ اسـتفاده شـد (۱۵). فـرم کوتـاه شـده پرسشنامه مشـکلات بـین فـردی- ۱۲۷ سـؤالی توسـط Horowitz و همکاران (۱۹۸۸)، دارای شـش عامـل یـا مؤلفـه اسـت. گویـه‌ها بـر روی یـک مقیـاس لیکـرت پنج‌درجـه‌ای از صـفر (به‌هیچ‌وجـه) تـا پـنج (به‌شـدت) نمره‌گذاری می‌شوند. در ایران روایی این ابزار در مطالعه فتح و همکاران (۱۳۹۲) مورد تائیـد قرارگرفتـه اسـت و پایـایی ضـریب آلفـا کرونبـاخ بـرای عوامـل صـراحت و مردم‌آمیـزی، گشـودگی، در نظـر گـرفتن دیگـران، پرخاشگری، حمایـت‌گـری و مشـارکت و وابسـتگی بـه ترتیـــــــب ۰/۸۰، ۰/۷۰، ۰/۶۱، ۰/۸۸، ۰/۷۷، ۰/۶۱ گزارش‌شده است (۱۶). ضریب آلفا کرونبـاخ بـرای فـرم ۳۲ سؤالی در دامنـه ۰/۷۰ تـا ۰/۸۰ اسـت (۱۵). بـرای پـژوهش حاضـر نیـز ضـریب آلفـا محاسبه‌شـده ایـن پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسش‌نامه تـرس از تصـویر بـدن (BICI): ایـن پرسـش‌نامـه کـه توسـط Littelton، Axsom و Pury

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

(۲۰۰۵) ساخته شد، دارای نوزده سؤال است که به بررسی نگرانی و نارضایتی افراد در مورد ظاهرشان می‌پردازد. نمره‌گذاری توسط مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی به این صورت انجام می‌گیرد که فرد میزانی را که هر ماده احساسات یا رفتارش را نشان می‌دهد، روی مقیاس از ۱ تا ۵ درجه‌بندی می‌کند. نمره ۱ به معنی "هرگز این احساس را نداشته یا این کار را انجام نداده‌ام" و نمره ۵ به معنی "همیشه این احساس را داشته یا این کار را انجام می‌دهم". کل نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر است و کسب نمره بیشتر، گویای بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. علاوه بر این لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که این ابزار دارای روایی و اعتبار مطلوبی است. اعتبار این پرسشنامه، به روش همسانی درونی موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفا کرونباخ حاصل از آن ۰/۹۳ گزارش شد. روایی همگرایی این ابزار براساس محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشنامه وسواس اجباری پادوا و پرسشنامه اختلالات خوردن بررسی شد و ضرایب همبستگی آن با این ابزارها به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴۰ به دست آمد. ضریب آلفا کرونباخ عامل نارضایتی و عامل نگرانی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش‌شده است (۱۷). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران بر روی دانش آموزان دختر پایه دوم دبیرستان ناحیه دو آموزش‌وپرورش شیراز اجرا شد که شامل ۲۰۹ نفر بود و افراد به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. در بررسی روایی سازه نیز ضریب همبستگی عامل نارضایتی از ظاهر با نمره کل پرسشنامه ۰/۸۷، ضریب همبستگی عامل تداخل در عملکرد اجتماعی با نمره کل پرسشنامه ۰/۸۲ و ضریب همبستگی این دو عامل با یکدیگر ۰/۴۵ به دست آمد که به ضریب همبستگی این دو عامل با یکدیگر در فرم اصلی پرسشنامه (۰/۶۹) نزدیک است و حاکی از روایی مناسب ابزار است. با توجه به انطباق سؤالات بافرهنگ ایرانی، می‌توان از این ابزار در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی جهت بررسی نگرش فرد نسبت به‌ظاهر خود استفاده نمود (۱۸). هم‌چنین ضریب آلفا کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر، ۰/۹۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P): این پرسش‌نامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در واکنش به حوادث تهدیدکننده زندگی در مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد. حداقل نمره هر زیرمقیاس ۲ و حداکثر نمره ۱۰ و نمره بالاتر نشانگر استفاده بیشتر افراد از راهبردهای شناختی است. این پرسشنامه اولین‌بار در کشور هلند توسط Garnefski و Kraaij (۲۰۰۱) تدوین شد، که قادر به شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی پس از تجربه کردن وقایع منفی و ارزیابی افکار فرد پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا است. این ابزار دارای ۳۶ سؤال ۵ گزینه‌ای (هرگز، گاهی، مرتباً، اغلب، همیشه) است که در پژوهش حاضر از فرم کوتاه آن‌که ۱۸ ماده‌ای است، استفاده شد. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در این پرسشنامه به دودسته راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و غیر انطباقی (سازش نایافته) تقسیم‌شده است. راهبردهای سازش یافته شامل: کم‌اهمیت شماری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و راهبردهای سازش نایافته شامل: خود سرزنش گری، دیگر سرزنش گری، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری و فاجعه پنداری می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی CERQ در پژوهش‌های خارجی مورد تائید قرارگرفته است. این ابزار اولین بار در ایران، توسط بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) مورد استفاده قرار گرفت و پایایی بازآزمایی و همسانی درونی این پرسشنامه، تائید شد (۱۹). در ایران این ابزار توسط حسنی (۱۳۸۹) ترجمه و مورد هنجاریابی قرار گرفت و اعتبار به‌دست‌آمده با استفاده از روش آلفا کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۲ و برای عامل‌های تشکیل‌دهنده آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸، هم‌چنین با استفاده از روش باز آزمایی برای کل آزمون ۰/۷۷ به دست آمد. این ابزار برای سنین بالای ۱۲ سال (هم افراد عادی و هم جمعیت‌های بالینی) قابل‌استفاده است (۲۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ برای راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان و ضریب ۰/۷۹ برای راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان به دست آمد.

روش اجرا: در مراحل اجرا تحقیق، در قدم نخست سه پرسشنامه مشکلات بین فردی، ترس از تصویر بدن و تنظیم شناختی هیجان به همراه پرسشنامه جمعیت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

شناختی، جهت ارائه به آزمودنی‌ها به‌صورت اینترنتی، توسط محققین در پلت‌فرم سایت کافه پردازش (به آدرس http://www.cafepardazesh.ir/) یکپارچه‌سازی شد. سپس جهت به اشتراک گذاشتن لینک پرسشنامه در گروه تلگرامی و صفحه اینستاگرامی با مدیر انجمن مجازی ویتیلیگو ایران هماهنگی صورت گرفت تا همه اعضا بتوانند به‌صورت داوطلبانه در این پژوهش به‌عنوان آزمودنی شرکت کرده و پاسخ‌ها را ارسال کنند. سازوکار پرسشنامه‌ها ازاین‌قرار بود که به‌محض این‌که گزینه ارسال که در انتهای پرسشنامه تعبیه‌شده بود، توسط شرکت‌کنندگان انتخاب می‌شد، فرم تکمیل‌شده به‌صورت خودکار به‌حساب کاربری محقق ارسال می‌شد و خروجی پاسخ‌ها به شکل فایل Excel قابل‌مشاهده بود. پس از اجرای این مرحله، به‌منظور بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، به‌منظور توصیف یافته‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و هم‌چنین جهت بررسی رابطه بین متغیرها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جهت برازش مدل پیشنهادی از تکنیک مدلسازی معادلات ساختاری و از تحلیل بوت استرپ در برنامه ماکرو Preacher و Hayes (۲۰۰۸)، جهت آزمودن روابط میانجیگرانه استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴، انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: شامل آگاهی دادن به شرکت کنندگان از روند پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات لحاظ گردید. هم‌چنین پیشنهاده تحقیق در کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بررسی و با کد IR.GUMS.REC.1399.069 تایید شد.

یافته‌ها

تعداد ۳۹۰ آزمودنی در فرصت یک‌ماهه‌ای که برای پاسخ به پرسشنامه‌ها در نظر گرفته‌شده بود، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، اما ۸۹ نفر به دلیل این‌که بیش از ۲۰ درصد از سوالات را بدون پاسخ رها کرده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. از ۳۰۱ آزمودنی باقیمانده ۷ نفر گزینه رضایت آگاهانه را بدون علامت باقی گذاشته بودند و چون رضایت آگاهانه جز

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به ویتیلیگو (n=۲۸۱)

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۱۱۸	۴۲
مرد	۱۵۶	۵۵/۵
گزارش نشده	۷	۲/۵
وضعیت زناشویی		
مجرد	۱۱۷	۴۱/۶
متأهل	۱۵۹	۵۶/۶
مطلقه	۰	۰
بیوه	۰	۰
گزارش نشده	۵	۱/۸
طول مدت ابتلا		
کمتر از ۱ سال	۸	۲/۸
۱ تا ۵ سال	۴۶	۱۶/۴
۵ تا ۱۰ سال	۵۰	۱۷/۸
بیش از ۱۰ سال	۱۷۷	۶۳
شدت ویتیلیگو		
بیش از ۵ درصد	۱۲۸	۴۵/۶
۱ تا ۵ درصد	۱۰۹	۳۸/۸
تا ۱ درصد	۴۴	۱۵/۷
درصد نواحی قابل‌مشاهده		
کمتر از ۱ درصد	۵۵	۱۹/۶
۱ درصد	۷۷	۲۷/۴
بیش از ۱ درصد	۱۴۹	۵۳

معیارهای ورود بود این تعداد نیز کنار گذاشته شدند. از ۲۹۴ نفر باقیمانده نیز ۱۰ نفر خارج از بازه سنی موردنیاز این پژوهش قرار داشتند و ۳ نفر نیز فاقد ویتیلیگو در نواحی قابل‌رؤیت بودند، همه موارد مذکور حذف شدند و درنهایت تحلیل آماری داده‌ها با ۲۸۱ نمونه ادامه یافت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵/۵۰±۳۱/۲۰سال و میانگین تعداد سال‌هایی که به تحصیل پرداخته بودند ۳/۶۵±۱۴/۹۷ سال گزارش‌شد. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت نمونه‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای ترس از تصویر بدن، راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان و مشکلات بین فردی گزارش‌شده است.

جدول ۳ اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون را بین متغیرهای ترس از تصویر بدنی، مشکلات بین

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

فردی، راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان نشان می‌دهد. با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین ترس از تصویر بدنی با مشکلات بین فردی و راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). همچنین بین ترس از تصویر بدنی با راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان، رابطه منفی و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). بین مشکلات بین‌فردی با راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱) و درنهایت بین مشکلات بین فردی با راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان، رابطه منفی و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱)؛ اما بر اساس جدول ۳، بین راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان، رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد.

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه بین ترس از تصویر بدن و مشکلات بین فردی در بیماران ویتیلیگو با میانجیگری راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته، از روش الگو یابی معادلات ساختاری استفاده شد. ازجمله شاخص‌های برازندگی مجذور خی است که تحت عنوان شاخص برازندگی مطلق در جدول ۴ گزارش‌شده است. برازندگی مدل هر مقدار که مجذور خی از صفر بزرگ‌تر باشد، کمتر می‌شود. زمانی که مجذور خی معنادار شود، تفاوت معناداری را بین کوواریانس‌های مشاهده‌شده و مفروض نشان می‌دهد؛ اما بااین‌وجود، ازآن‌جایی‌که فرمول مجذور خی دربرگیرنده‌ی حجم نمونه هست، مقدارش در نمونه‌های بزرگ متورّم گشته و اغلب به لحاظ آماری معنادار می‌شود. برای حل این مشکل بسیاری از پژوهشگران مجذور خی را نسبت به درجه آزادی آن تحت عنوان مجذور خی نسبی (CMIN/DF) موردبررسی قرار می‌دهند (۲۱). در شاخص مجذور خی نسبی مقادیر کمتر از ۳ به‌عنوان ملاک برازندگی مدل محسوب می‌گردد. جهت بررسی شاخص‌های برازش مدل از چندین شاخص دیگر ازجمله شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) ، شاخص برازش مقایسه‌ای مقتصد (PCFI) ، شاخص برازش افزایشی (IFI) ، شاخص اطلاعات آکائیک (AIC) و ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) استفاده (۲۲) و در جدول ۴ گزارش‌شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در بیماران مبتلابه ویتیلیگو (n=۲۸۱)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	دامنه تغییرات
ترس از تصویر بدن	۵۴/۸۹	۱۹/۱۴	۰/۲۷۸	-۰/۷۸۹	۱۹-۹۵
راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان	۳۳/۱۱	۸/۵۲	-۰/۲۴۱	-۰/۴۱۶	۱۰-۵۰
راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان	۲۲/۶۲	۶/۴۰	۰/۱۵۵	-۰/۴۳۶	۸-۳۸
مشکلات بین فردی	۹۳/۷۴	۱۹/۳۶	-۰/۰۴۱	-۰/۰۷۱	۴۲-۱۵۰

جدول ۳- ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین، میانجی و وابسته (n=۲۸۱)

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- ترس از تصویر بدن	۱			
۲-مشکلات بین فردی	**۰/۶۳۹	۱		
۳-راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان	**۰/۲۹۶	**۰/۳۵۸	۱	
۴-راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان	**-۰/۲۰۴	**-۰/۲۱۴	۰/۰۷۴	۱

** p< :۰/۰۱

جدول ٤- شاخص‌های پرازندگی الگوی پیشنهادی و الگوی نهایی پژوهش

الگوها	شاخص برازندگی	$\chi 2$	df	P-value	χ/df	RMSEA	PNFI	CFI	IFI	PCFI	AIC
الگوی پیشنهادی		۳۲۱/۴۱۱	۱۱۴	۰/۰۰۰	۲/۸۱۹	۰/۰۸۱	۰/۶۸۴	۰/۸۷۲	۰/۸۷۳	۰/۷۳۱	۴۳۳/۴۱۱
الگوی اصلاح‌شده نهایی		۱۹۵/۵۹۱	۹۸	۰/۰۰۰	۱/۹۹۶	۰/۰۶۰	۰/۶۴۰	۰/۹۴۰	۰/۹۴۱	۰/۶۷۷	۳۳۹/۵۹۱

*میزان قابل‌قبول شاخص‌ها: PCFI, PNFI >۰/۵ ، CFI, IFI > ۰/۹ ، RMSEA < ۰/۰۸

۳ > CMIN/Df: خوب، ۵ > CMIN/Df : قابل‌قبول، ۲ > CMIN/Df: ایده‌آل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

قبل از برازندن مدل ساختاری پژوهش، جهت بررسی عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری، شاخص d2 ماهالانوبیس، مورد ملاحظه قرار گرفت که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵، حاکی از وجود داده‌های پرت است. بر این اساس ۳۴ نمره پرت وجود داشت که این تعداد نمره از تحلیل‌های آماری حذف شدند. جهت بررسی نرمال بودن تک متغیری، وضعیت توزیع متغیرهای مشاهده موجود در مدل (مؤلفه‌های متغیرهای اصلی پژوهش)، با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی موردبررسی قرار گرفت و طبق نظر kline (۲۰۱۶)، قدر مطلق کجی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق کشیدگی کمتر از ۱۰، حکایت از عدم وجود مشکل داده‌ها ازنظر نرمال بودن تک متغیری هست. همان‌طور که در جدول۲ مشاهده می‌شود، برای همه متغیرها، مقدار کجی بین محدوده ۳ و ۳- و مقدار کشیدگی نیز در محدوده بین ۱۰ و ۱۰- قرارگرفته‌اند؛ بنابراین بر اساس نظر kline (۲۰۱۶)، می‌توان گفت انجام تحلیل داده‌ها بلامانع است.

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، علی‌رغم این‌که برخی از شاخص‌های برازندگی دارای مقادیر برازش قابل‌قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها هستند، جهت ارتقاء برازندگی الگوی پیشنهادی، در گام بعدی، پس از اصلاح مدل، کوواریانس بین مؤلفه‌های یک ابزار، تحلیل دیگری روی داده‌ها صورت گرفت. شاخص برازندگی این الگوها در جدول۴ آمده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد اگرچه الگوی پیشنهادی در برخی از شاخص‌ها از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است، اما برازش بهتر از طریق آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس (الگوی نهایی) حاصل شد. شاخص R2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درونزا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر مشکلات بین فردی ۰/۵۶۳ بوده و حاکی از آن است که تمامی متغیرهای مستقل و میانجی یعنی ترس از تصویر بدنی و راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان می‌توانند ۵۶ درصد از تغییرات مشکلات بین فردی را در بیماران مبتلابه ویتیلیگو تبیین کنند که این مقدار در حد متوسط است (شکل۲)؛ هم‌چنین مشاهده می‌شود ضریب تعیین متغیر راهبردهای سازش یافته ۰/۰۶۱ و سازش نایافته ۰/۱۵۴ است که به ترتیب ۶ و ۱۵ درصد بوده است. علاوه بر این، جدول ۵ ضرایب استاندارد مسیرها در الگوی نهایی را نشان می‌دهد.

با توجه به شاخص‌های برآورد شده برای الگوی اصلاح شده در جدول ۴، نشان داده شد که رابطه ساختاری ترس از تصویر بدن با مشکلات بین فردی از طریق میانجیگری راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلابه ویتیلیگو برازش دارد. در شکل۲، اعداد موجود بر روی مسیرها

جدول ۵- ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی یا اصلاح شده

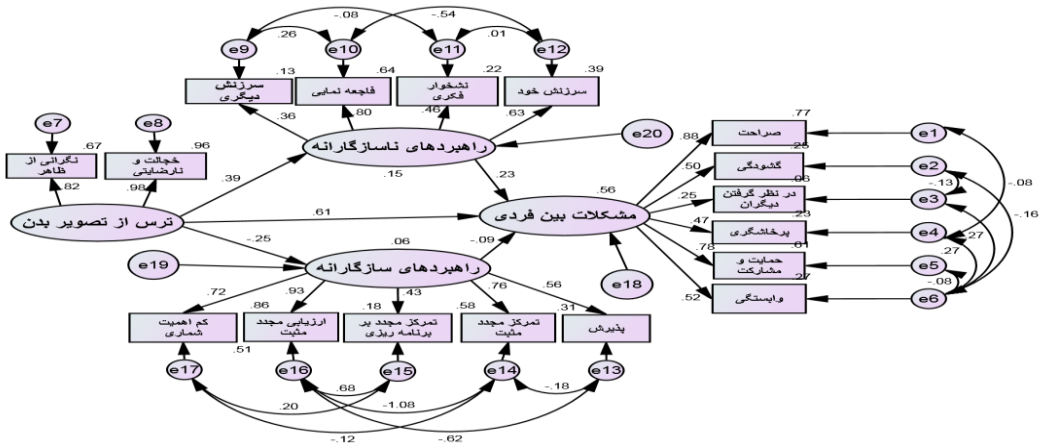
مسیرها	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	p-value
ترس از تصویر بدنی---> مشکلات بین فردی	۰/۶۱	۰/۰۵۸	۹/۲۵۶	۰/۰۰۰۱
ترس از تصویر بدنی---> راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان	-۰/۲۵	۰/۰۱۲	-۳/۷۸۱	۰/۰۰۰۱
ترس از تصویر بدنی---> راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان	۰/۳۹	۰/۰۱۶	۳/۱۴۳	۰/۰۰۲
راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان---> مشکلات بین فردی	-۰/۰۹	۰/۲۵۴	-۱/۶۸۳	۰/۰۹۲
راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان---> مشکلات بین فردی	۰/۲۳	۰/۵۶۶	۲/۷۷۷	۰/۰۰۵

جدول٦- نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم الگوی ساختاری پژوهش

مسیرها	داده	بوت	سوگیری	خطا	حدپایین	حد بالا	p-value
ترس از تصویر بدنی به مشکلات بین فردی از طریق راهبردهای سازش یافته	۰/۰۲۴۲	۰/۰۲۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۱۳۸	۰/۰۰۴۵	۰/۰۵۹۶	۰/۰۳۱۵
ترس از تصویر بدنی به مشکلات بین فردی از طریق راهبردهای سازش نایافته	۰/۰۵۸۶	۰/۰۵۹۲	۰/۰۰۰۶	۰/۰۲۱۵	۰/۰۲۲۵	۰/۱۰۶۸	۰/۰۰۰۷

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]



شکل ۲- ضرایب استاندارد مدل پیشنهادیِ اصلاح شده در مورد رابطه ساختاری ترس از تصویر بدن با مشکلات بین فردی از طریق میانجیگری راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلابه ویتیلیگو

مربوط به وزن‌های مسیر یا بتاها هستند. از بین این ضرایب، بالاترین ضریب (۰/۶۱) به مسیر ترس از تصویر بدنی با مشکلات بین فردی اختصاص داشته و ضعیف‌ترین ضریب (۰/۰۹-) مربوط به مسیر راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان با مشکلات بین فردی است.

نتایجی که از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی حاصل شد، نشانگر آن است که در کل نمونه تمامی ضرایب مسیر بین متغیرها به‌جز مسیر راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان با مشکلات بین فردی، ازلحاظ آماری معنادار بوده‌اند. در مدل نهایی یا اصلاح شدهٔ پژوهش رابطه بین ترس از تصویر بدنی با مشکلات بین فردی و با راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان مثبت و معنادار و با راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان منفی و معنادار بود و همچنین رابطه متغیرهای میانجی، یعنی راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان با مشکلات بین فردی مثبت و معنادار و رابطه راهبردهای سازش یافته با مشکلات بین فردی منفی و غیر معنادار بود. با استناد به جدول ۵، ضرایب استاندارد کلیه‌ی مسیرها در الگوی نهایی قابل‌مشاهده است.

بر اساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه‌شده در جدول۵، همه‌ی مسیرهای مستقیم با (P<۰/۰۰۱)، معنادار هستند و طبق این جدول، به‌جز مسیر راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان به سمتِ مشکلات بین فردی، تمامی مسیرهای مستقیم معنادار هستند. در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر، دو مسیر غیرمستقیم یا میانجی وجود دارد. برای تعیین معناداری هر یک از روابط میانجی و اثر غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق میانجی، از روش بوت استرپ در برنامه MACRO استفاده شد. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای میانجی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را می‌توان در جدول ۶ مشاهده نمود.

در تحلیل بوت استرپ فواصل اطمینان ۹۵ درصد و تعداد نمونه‌گیری مجدد ۵۰۰۰ درنظر گرفته شد. با توجه به مقادیر حد پایین و بالا در جدول ۶ و اینکه عدد صفر خارج از این فاصله قرار گرفته است، نقش میانجیگرانه راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ترس از تصویر بدنی و مشکلات بین فردی بیماران ویتیلیگو تایید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجیگرانه‌ی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه ی ترس از تصویر بدن با مشکلات بین فردی در بیماران ویتیلیگو انجام شد. براساس نتایج، رابطه بین ترس از تصویر بدنی و مشکلات بین فردی در بیمارن مبتلا به ویتیلیگو

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

معنادار است. این نتیجه با نتایج پـژوهش‌هـای موجـود همسو است (۲،۷ و ۸) و در تبیین باید اشـاره کـرد کـه تصویر بدنی دارای ساختاری چندبُعدی و پیچیده اسـت و سه مؤلفـه‌ی ادراکـی، ذهنـی و رفتـاری را در بـردارد؛ همچنین تصویر بدن ازجمله مفاهیم محوری برای خـود پنداره است و تلویحات مهمی را درزمینه هـای مختلـف عملکرد روان‌شناختی و کیفیت زندگی داراسـت. تصـویر بدن پدیـده‌ای اسـت دارای سـاختار اجتمـاعی، کـه بـه تجربه‌ی فرد در تعاملات خود با دیگر افراد نیـز مـرتبط است (۲۳)؛ بنابراین بـه‌نظـر مـی‌رسـد در مبتلایـان بـه ویتیلیگو و به‌ویژه افـرادی کـه ایـن تغییـر را در پوسـتِ نواحی قابل‌رؤیت بدن از قبیل دست، پا، صورت و گردن دارند، نه‌تنها مؤلفـه‌ی ذهنـی و ادراکـی، بلکـه مؤلفـه‌ی رفتاری تصویر بدنی نیز دچـار آسـیب شـده و درنتیجـه موجـب اخـتلال در ارتباطـات بـین فـردی می‌شـود. تجربیات زیسته‌ی پژوهشگر بیانگر آن است که این افراد نگران ماهیت بیماری خود نیستند؛ چراکه درد جسمانی را متحمـل نمی‌شـوند، امـا همـواره دنبـال راهکارهـایی ازجمله آرایش، جراحـی زیبـایی و یـا انتخـاب پوشـش مناسب جهت بهبود ظـاهری خـود و بـه‌نوعی پوشـاندن این تضاد رنگ در پوست خود، هستند. به دنبـال نقـص در ظاهر و به‌ویژه چهره افراد، اغلب حرمـت خـود آن‌هـا کاهش می‌یابد و در اغلب موارد دچار استرس، اضـطراب و تـرس ناشـی از ارزیـابی منفـی و قضـاوت دیگـران می‌شوند.

پر واضح اسـت کـه وجـود تـرس از تصـویر بـدنی بـا راهبردهای سازش‌یافته رابطه معکـوس خواهـد داشـت؛ نتیجه‌ای که در پژوهش‌های دیگر نیز تاییـد شـد (۲۴). در تبیین این یافته می‌توان به این مطلب اشاره نمود که برخی از محققین بر این باورند که ضـایعات پوسـتی در بیماران، موجـب درمانـدگی ناشـی از سـتیز درونـی در خویشتن می‌گردد (۲۵)؛ بنابراین باید از راهبردی جهت کاهش تجربه‌ی این احسـاس اسـتفاده کـرد و براسـاس نتایج، بین ترس از تصویر بدنی بـا راهبردهـای سـازش-نایافته رابطـه مسـتقیم و معنـادار دارد. در تبیـین ایـن یافته، همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۶)، می‌توان به این مطلب اشاره کرد کـه برخـی از بیمـاران پوسـتی اظهار می‌کنند، اگرچه تصویر بدن منفی را در ظاهر بروز نمی‌دهند؛ اما احساسات جدی عصبی و یا انزجار از خود یا شرم درونی را تجربـه می‌کننـد. بیماری‌هـای پوسـتی می‌توانند بهزیستی بیمار را تحت تأثیر خود قرار دهنـد، به‌خصوص در صـورت بـروز بیمـاری در قسـمت‌های در معرض دید بدن، بیمـاران احسـاس فرومـایگی، ننـگ و تبعیض می‌کنند (۲۵). با تأمل در این مطالعات بـه نظـر می‌رسد ویتیلیگو تأثیر مهمی در زنـدگی و روان روزانـه یک فرد دارد؛ بنابراین فرد مبتلا با تصویر ذهنـی منفـی ناشی از نشخوار فکریِ هر چه بیشتر، که بـه‌طور مـداوم درزمینه‌ی ویتیلیگو و آثارش در زندگی خـود دارد، ایـن بیماری را فاجعه تصور نموده، در وهله‌ی اول با سـرزنش خود و در گام بعدی با سرزنش دیگران ارزیابی منفـی از خود به عمل می‌آورد.

درمورد بررسی رابطـه بـین مشـکلات بـین فـردی بـا راهبردهـای تنظـیم شـناختی هیجـان، نتـایج پـژوهش حاضر نشان داد بین مشکلات بین فردی با راهبردهـای سازش‌نایافته رابطه مستقیم و معنادار دارد. این یافته بـا نتایج سایر پژوهش‌ها همسو است (۲۷). در تبیـین ایـن یافته اشاره به این نکته ضروری است کـه هیجان‌هـا در ایجاد، حفظ و یا قطع روابط بین فردی نقـش مهمـی را ایفا می‌کنند. این مسئله قابل‌درک است زمانی کـه فـرد مبتلا از راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان استفاده می‌کند، کمتر می‌توانـد بـه روابـط مطلـوب بـا دیگـران بپردازد و مشکلات بیشتری را در روابط خود با دیگـران تجربه می‌کند. بین استرس و پیشرفت ویتیلیگو شـدیداً رابطه وجود دارد. در تحقیقات پیشـین نشـان داده شـد که ویتیلیگو به‌وضوح پتانسیل ایجاد فشـار روانـی را دارا است؛ اما این رابطه یک‌طرفه نیست و خود استرس نیـز درواقع می‌تواند منجر به بروز یا تشدید ویتیلیگـو شـود. یکـی از موردقبـول‌ترین مکانیسـم‌های بیمـاری‌زا در ویتیلیگو این باور است که تجمـع پراکسـید هیـدروژن، ناشی از استرس اکسیداتیو، منجر به آسـیب ملانوسـیت در لایه اپیدرم پوسـت می‌شـود. اسـترس روان‌شـناختی سطح هورمون‌های عصبی خاص و نوروپپتیدهای خـاص را افزایش می‌دهد و هنگامی‌که سـطح آن‌هـا نامتناسـب باشد، می‌تواند موجب ایجاد یک واکنش التهـابی گـردد (۲۸). با توجه به عدم وجود درمان مـؤثر در ویتیلیگـو و وجود بسیاری از بیماری‌های روانی که بـا آن در ارتبـاط هستند، اخیراً نشان داده‌شد کـه جهـت بهبـود کیفیـت زنـــدگی بیمـــاران مبتلابـــه ویتیلیگـــو، مـــداخلات

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

روان‌شناختی متعدد در برنامه درمانی انواع بیماری‌های پوستی مؤثر است (۲۹).

هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان داد که راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین ترس از تصویر بدن و مشکلات بین فردی، نقش میانجیگرانه دارند؛ در تبیین این یافته ها می‌توان به نتایج پژوهش‌هایی اشاره کرد که مدعی هستند برخی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نسبت به بقیه راهبردها به‌گونه‌ای نیرومندتر با آسیب‌های روانی مرتبط هستند. به طوری که، تأثیر نشخوار فکری بسیار زیاد، تأثیر اجتناب و سرکوب متوسط و تأثیر بازاریابی و پذیرش کم است (۳۰). همان گونه که نتایج پژوهش Nolen-Hoeksema و همکاران (۲۰۰۸) نشان می دهد، ارتباط راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان با آسیب‌های روانی در مقایسه با راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان بسیار بیشتر است (۳۱). ممکن است این نتیجه روشن‌کننده‌ی این مطلب باشد که وجود راهبردهای سازش‌نایافته، آسیب‌زننده‌تر و مخرب‌تر از عدم وجود راهبردهای سازش‌یافته است. از دیگر سو ممکن است عدم وجود راهبردهای سازش‌یافته تأثیر منفی بر بهزیستی روان‌شناختی داشته و مسیر تحول راهبردهای سازش‌نایافته‌ای همچون نشخوار فکری را هموار کند. همچنین همسو با نتایج پژوهش حاضر، پژوهشی در جامعه آماری پسوریازیس باهدف مقایسه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا و غیر مبتلا به پسوریازیس انجام شد و نتایج نشان داد بین بیماران مبتلا و افراد غیر مبتلا ازنظر استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نایافته) تفاوت معنادار وجود دارد و مبتلایان در مقایسه با افراد غیر مبتلا از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته کمتر و در مقابل، از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازش نایافته بیشتر استفاده می‌کنند. هم‌چنین نقش مشکلات در تنظیم شناختی هیجان را در تشدید پسوریازیس، محتمل دانسته و عنوان شد که این بیماران نیز مانند دیگر بیماران پوستی بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی سازش نایافته استفاده می‌کنند (۳۲).

به‌طور خلاصه می‌توان اظهار داشت چنان چه قادر باشیم ترس از تصویر بدن را در بیماران مبتلا به ویتیلیگو کاهش دهیم، می‌توانیم شاهد حداکثر کاهش مشکلات بین فردی باشیم. از سویی دیگر براساس یافته‌های این پژوهش از بین دو متغیر میانجی، ارتقاء راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان در کاهش مشکلات بین فردی چندان یاری‌رسان نیست؛ در مقابل، مداخله روانشناسان و روان‌درمانگران درخصوص شناسایی و کاهش راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان، به نحو چشم‌گیری منجر به کاهش مشکلات بین فردی خواهد شد.

باتوجه به هدف و تأکید پژوهش حاضر بر نقش میانجیگرانه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ترس از تصویر بدن و مشکلات بین فردی در افراد مبتلابه ویتیلیگو، بر اساس یافته‌های حاصل‌شده از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصین پوست در کنار انواع درمان‌های دارویی، نوردرمانی، لیزر، سلول درمانی و سایر درمان‌ها، توجه ویژه‌ای را از منظر روان‌شناختی نسبت به این بیماری داشته و از متخصصین بهداشت روان و روانشناسان سلامت در خصوص مداخلات روان‌شناختی مانند برگزاری دوره‌های آموزشی – روانی به‌صورت فردی یا گروهی برای مبتلایان به ویتیلیگو کمک بگیرند. بی‌شک درمان بیماری ویتیلیگو نیازمند درمان تیمی و چند بعدی توسط متخصصین است.

حسب اهمیت موضوع و کاربست نتایج، محدودیت‌های پژوهش حاضر را نباید از دور داشت. پژوهش حاضر از جهت جنسیت نمونه‌های مورد بررسی زنان و مردان را مورد بررسی قرار دارد، اما به مقایسه روان‌شناختی زنان و مردان نپرداخت. با توجه به احتمال تفاوت‌های روان‌شناختی زنانه و مردانه در متغیرهای مورد بررسی پژوهش، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود این مساله را در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار دهند. نمونه مورد بررسی را بیماران ویتیلیگو عضو انجمن تشکیل دادند که تعمیم نتایج را به همه بیماران ویتیلیگو با احتیاط مواجه می‌کند. ابزارهای به کار گرفته در پژوهش حاضر، از نوع خودگزارش‌دهی بود که پیشنهاد می‌شود جهت ارزیابی‌های تکمیلی از سایر روش‌ها مانند مصاحبه بالینی نیز استفاده شود. در آخر آن‌که طرح تحقیقی پژوهش حاضر از نوع توصیفی و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

همبستگی است که استنتاج‌های علّی را در برنمی‌گیرد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که به منظور کمک روان‌شناختی و برای کاهش مشکلات بین فردی در بیماران ویتیلیگو می‌توان از طریق کاستن از ترس از تصویر بدن و تصحیح راهبردهای سازش-نایافته و تقویت راهبردهای سازش‌یافته اقدام کرد؛ چراکه ترس از تصویر بدن ممکن است از طریق راه اندازی سازوکارهای سازش نایافته به مشکلات بین فردی دامن بزند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان-شناسی عمومی (نویسنده اول) و مصوب دانشگاه گیلان است؛ نویسندگان این پژوهش برخود لازم می‌دانند که از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه گیلان و نیز از اعضا و مدیر محترم انجمن مجازی ویتیلیگو ایران که در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی کنند.

References

1. Kossakowska M, Cieścińska C. My Skin, a self-questionnaire for assessment of the emotional-cognitive representation of skin. Health Psychol Rep. 2016;4(3):272-280.

2. Hamzavi I, Jain H, McLean D, Shapiro J, Zeng H, Lui H. Parametric modeling of narrowband UV-B phototherapy for vitiligo using a novel quantitative tool: The Vitiligo Area Scoring Index. Arch Dermatol. 2004;140(6):677-683.

3. Hammam MA, Yasien H A, Algharably AF. Effect of Vitiligo Area Scoring Index on the quality of life in patients with vitiligo. Menoufia Med J. 2019;32(1):244.

4. Cupertino F, Niemeyer-Corbellini JP, Ramos-e-Silva M. Psychosomatic aspects of vitiligo. Clin Dermatol. 2017;35(3):292-297.

5. Shah RB. Impact of collaboration between psychologists and dermatologists: UK hospital system example. Int J Womens Dermatol. 2018;4(1):8-11.

6. Ahmed A, Steed L, Burden-Teh E, Shah R, Sanyal S, Tour S, Bewley AP. Identifying key components for a psychological intervention for people with vitiligo–a quantitative and qualitative study in the United Kingdom using web-based questionnaires of people with vitiligo and healthcare professionals. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(12):2275-2283.

7. Kostyła M, Stecz P, Wrzesińska M. Location of lesions versus intensity of psychopathological symptoms in patients with skin diseases. Psychiatr Pol. 2018;52(6):1101-1112.

8. Porter JR, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J. Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with “normal” control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. J Am Acad Dermatol. 1986;15(2):220-224.

9. Sharma, VK, Bhatia R. Vitiligo and the psyche. Br J Dermatol. 2017;177(3):612-613.

10. Rumsey N. Psychosocial adjustment to skin conditions resulting in visible difference (disfigurement): What do we know? Why don’t we know more? How shall we move forward? Int J Womens Dermatol. 2018;4(1):2-7.

11. Basharpoor S, Abasi A, Ghorbani F, Atadokht A, Almardi Someh S. [Assessing the Relation of Body Image Dissatisfaction and Social Anxiety by the using of Cosmetics]. Wom Dev Pol. 2014;12(2):251-264 (Persian).

12. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van Den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. Pers Individ Dif. 2004;36(2):267-276.

13. Zhang Y, Cai Y, Shi M, Jiang S, Cui S, Wu Y, Chen HD. (2016). The prevalence of vitiligo: a meta-analysis. PloS One. 2016;11(9):e163806.

14. Kline RB. Data preparation and psychometrics review. Principles and practice of structural equation modeling (4th ed., pp. 64-96). New York, NY: Guilford. 2016.

15. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. Br J Clin Psychol. 1996;35(1):21-35.

16. Fath N, Azadfallah P, Rasoolzadeh-Tabatabaee SK, Rahimi Ch. [Validity and reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). J Clin Psychol. 2013;5(3):69-80 (Persian).

17. Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. Behav Res Ther. 2005;43(2):229-41.

18. Mohammadi N, Sajadinezhad MS. [The relationship among body image concern, fear of negative evaluation and self-esteem with social anxiety]. J Psychol (Tabriz University). 2007;2(5):60-75 (Persian).

19. Besharat MA, Bazzazian S. [Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population]. Adv Nurs Midwif. 2014;24(84):61-70 (Persian).

20. Hassani J. [The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]

(CERQ)]. J Clin Psychol. 2010;3:73-84 (Persian).
21. Colquitt JA. On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. J Appl Psychol. 2001;86(3):386.
22. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Sage publications. 2006: p-559.
23. Fardouly J, Diedrichs PC, Vartanian LR, Halliwell E. "Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood". Body Image. 2015;13:38-45.
24. Roosta S, Mollazade J, Aflakseir A A, Goodarzi M A. [The Prediction of Body Image Based on Mindfulness and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Infertile Couples]. Jour Guilan Uni Med Sci. 2019;28(109):38-46 (Persian).
25. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Physician. 2006;73(1):83-86.
26. Hasanvand M, Dabbaghi P, Rabiei M. [Assessment of relationship between negative emotion and non-suicidal self-injury behavior: with emphasis on the mediator role of body image and emotion regulation among soldiers]. Ebnesina. 2016;18(3):56-60 (Persian).
27. Besharat M A, Ofoghi Z, Aghaei Sabet S, Habibnejad M, Pournaghd Ali A, Geranmayehpour S. [Moderating Effect of Cognitive Emotion Regulation Strategies on the Relationship Between Alexithymia and Interpersonal Problems]. Adv Cogn Sci. 2014;15(4):43-52 (Persian).
28. Gurpinar A, Gunadyn SD, Kilic C, Karaduman A. Association of serum cortisol and dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) levels with psychological stress in patients with vitiligo. Turk J Med Sci. 2019;49(3):832-837.
29. Silvan M. The psychological aspects of vitiligo. Cutis-New York. 2004;73(3):163-167.
30. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30:217–237.
31. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspect Psycholo Sci. 2008;3(5):400-424.
32. Salami asl K, Maraashi S, Hamid N, Mehrabizadeh Honarmand M. [Emotional Regulation Cognitive Strategies in Psoriasis Patients and Non-Psoriasis Individuals]. Thoughts Behav Clin Psychol. 2018;13(48):47-56 (Persian).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.4.0]