



The Mediating Role of the Self-Regulatory Process in the Relationship between Perceived Stress on Depression, Shame and Guilt in Two Groups of Psoriasis Patients and patients' Companions

Fatemeh Afsahi¹, Nima Ghorbani^{2*}, Reza Rostami³

1. Msc. Student, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Corresponding Author, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: nghorbani@ut.ac.ir
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 22 Jul 2022
Revised: 24 Sep 2022
Accepted: 8 Oct 2021
Published Online: 31 Dec 2022

Keywords:
Depression,
Perceived Stress,
Psoriasis,
Shame,
Self-Regulation Process.

The purpose of the current study is to investigate the mediating role of self-regulation processes in the relationship between perceived stress, depression, shame, and remorse in patients with psoriasis and healthy individuals. This research has a practical orientation and employs a quantitative correlational methodology. Its statistical demographic included all psoriasis patients and healthy patients referred to the follow-up skin clinic at Tehran's Razi Hospital in 2016. Available sampling was used to select 168 patients (85 males and 83 females) and 121 healthy patients' companions (22 males and 99 females). The following questionnaires were completed: Integrative Self-Knowledge (ISK), Self-Control (SCS), Consciousness (MAAS), Perceived Stress (PSS), and Depression Scale (MMPI). The data were analyzed using SPSS-22. The data were analyzed using descriptive and inferential statistical techniques, such as Pearson's correlation coefficient, adjusted hierarchical regression, and the T-test. Integrated self-knowledge and shame were found to be greater in patients' companions than in psoriasis patients. In contrast, anxiety and depression were more prevalent in psoriasis patients than in their healthy counterparts. Integrated self-knowledge was also found to moderate the relationship between perceived stress, depression, and shame. Therefore, it is essential that mental health professionals, educational institutions, and parents cultivate the process of self-regulation in individuals.

Cite this article: Afsahi, F., Ghorbani, N., & Rostami, R. (2022). The Mediating Role of the Self-Regulatory Process in the Relationship between Perceived Stress on Depression, Shame and Guilt in Two Groups of Psoriasis Patients and patients' Companions. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(4), 71-89. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.346137.644326>



© The Author(s).
DOI: 10.22059/japr.2023.346137.644326

Publisher: University of Tehran Press



نقش واسطه‌ای فرایندهای خودنظم‌بخشی در رابطه استرس ادراک‌شده با افسردگی، شرم و گناه در دو گروه بیماران پسوریازیس و همراهان بیماران

فاطمه افصحی^۱، نیما قربانی^{۲*}، رضا رستمی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: nghorbani@ut.ac.ir
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۳۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۷/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

کلیدواژه:

افسردگی،

استرس ادراک‌شده،

پسوریازیس،

شرم،

فرایندهای خودنظم‌بخشی.

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای فرایندهای خودنظم‌بخشی در رابطه استرس ادراک‌شده با افسردگی، شرم و گناه در بیماران مبتلا به پسوریازیس و همراهان آن‌ها بود. پژوهش حاضر براساس هدف کاربردی و در چارچوب رویکرد کمی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به پسوریازیس و افراد سالم (همراهان بیماران) مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان پوست رازی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. ۱۶۸ بیمار (۸۵ مرد و ۸۳ زن) و ۱۲۱ همراه بیمار (۲۲ مرد و ۹۹ زن) به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های خودشناسی انسجامی (ISK)، خودمهارگری (SCS)، بهوشیاری (MAAS)، استرس ادراک‌شده (PSS) و مقیاس افسردگی (MMPI) در این تحقیق به‌کار گرفته شدند. داده‌ها با استفاده از SPSS-22 و به روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون سلسله‌مراتبی تعدیلی و آزمون T تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد خودشناسی انسجامی و شرم در همراهان بیماران، بیشتر از بیماران پسوریازیس است. در مقابل، اضطراب و افسردگی در گروه بیماران پسوریازیس بیشتر از همراهان آن‌ها بود. همچنین نتایج نشان داد رابطه بین استرس ادراک‌شده با افسردگی و شرم به‌وسیله خودشناسی انسجامی تعدیل می‌شود. در نتیجه ضرورت دارد متخصصان بهداشت روان، نهادهای آموزشی و والدین به پرورش فرایندهای خودنظم‌بخشی در افراد بپردازند.

استناد: افصحی، فاطمه، قربانی، نیما، رستمی، رضا. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای فرایندهای خودنظم‌بخشی در رابطه استرس ادراک‌شده با افسردگی، شرم و گناه در دو گروه بیماران پسوریازیس و همراهان بیماران. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۳(۴)، ۷۱-۸۹.

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: 10.22059/japr.2023.346137.644326

© نویسنده‌گان.



مقدمه

در میان بیماری‌های خودایمنی^۱، پسوریازیس^۲، صدفک یا داءالصدف، یکی از بیماری‌های نقص سیستم ایمنی و نوعی بیماری مزمن پوستی خودایمنی است (چیو، چنگ و تسای، ۲۰۱۲) که از واکنش‌های غیراختصاصی دستگاه ایمنی محسوب می‌شود (چیو، وانگ، چن، هسو و تسای، ۲۰۱۸). پسوریازیس یک بیماری شایع پوستی است که لزوماً خارش ندارد، اما با پلاک‌های قرمز همراه با پوسته‌پوسته شدن مشخص می‌شود (باندی، پیندر، باسی، ریوز و گریفیتز، ۲۰۱۳؛ برونی، الساندرینی، استاراس، اورلاندو و پیراکچینی، ۲۰۲۱) و شیوع آن تقریباً ۲ درصد است (رودریگز-زونیکا و گارسیا-پدروما، ۲۰۱۷؛ رولر و گوان، ۲۰۲۲). پسوریازیس در اثر مجموعه‌ای از عوامل بیرونی و درونی، از جمله استعداد ژنتیکی و ایمنی، رژیم غذایی، برخی داروها، عفونت‌ها، آسیب‌های مکانیکی، استرس روان‌شناختی و تجربیات آسیب‌زا ایجاد می‌شود (فریشکنخت، وسلیو و سلمی، ۲۰۱۹؛ دروار، ولاینیک، ملش، تورچیچ و چئوویچ، ۲۰۱۹). اختلالات سلامت روان، گروهی مهم و بسیار شایع از بیماری‌های جنبی در بیماران مبتلا به پسوریازیس است (فریرا، آبرئو، داس ریس، فیگوئیردو، ۲۰۱۶). برخی پژوهش‌ها حاکی از آن است که تجلی‌های مختلف تعارضات و مسیرهای اضطراب در بدن تا حد زیادی با بیماری‌های روان‌تنی مرتبط است که دربرگیرنده طیف وسیعی از بیماری‌ها می‌شود (عباس، لوی و پردی، ۲۰۰۸؛ نارمانداخ، روست، دی ج ۲۰۱۹ و نگ و اولدهینکل، ۲۰۲۱؛ فولتون، دکاری-اسپاین، فیورامونتی، گوئیارد و ناکاجیما، ۲۰۲۲).

استرس^۳ از مهم‌ترین عواملی است که در شروع پسوریازیس نقش دارد (سارافینو و اسمیت، ۲۰۱۴؛ جواد و کادهیم، ۲۰۲۱؛ دوبریکا، کازما، گامان، وایسولسکو و گامان، ۲۰۲۲). گزارش شده است که ۴۴ درصد بیماران پسوریازیس، قبل از شروع بیماری و ۸۸ درصد بیماران در شروع عودهای مکرر پوستی، استرس را تجربه کرده‌اند (گریفیتز و ریچاردز، ۲۰۰۱). استرس واکنش غیرعادی فرد برای غلبه بر اثرات نامطلوب محیط است (کلیک، گالک، گال و گالک، ۲۰۰۸). استرس ادراک‌شده^۴ به میزان استرس تجربه‌شده توسط یک فرد و میزان تأثیر این ادراک بر توانایی فرد برای مقابله با رویدادهای استرس‌زا اشاره دارد (کوهن، کامارک و مرمشتاین، ۱۹۸۳). علاوه بر استرس، این بیماران واکنش‌های هیجانی مختلف دیگری از جمله اضطراب اجتماعی-جسمانی، افسردگی، احساس خجالت، شرم، گناه، درماندگی و اعتمادبه‌نفس پایین را تجربه می‌کنند (ولادوت و کالای، ۲۰۱۰؛ سلمان، کرت، توپچو اوغلو و دمیرچای، ۲۰۱۶). دیده‌شدن ضایعات پوستی و نگرانی افراد از مسری‌بودن آن ممکن است موجب ایجاد انزجار و خصومت نسبت به بیماران شود؛ در نتیجه بیماران از نظر اجتماعی طرد شوند و احساس بی‌ارزشی کنند یا از سوی دیگران به‌عنوان یک تهدید تلقی شوند (مارتینز اورتگا، نوگراس، مانزو-نگرو، گاتیرز-رجاز و گونزالز-دومینچ، ۲۰۱۹؛ زیل، دایریر، دوئینگر، کریستال و هارتر، ۲۰۱۸). علاوه‌براین قرارگرفتن در معرض استرس مداوم همراه با احساس بدنامی^۵، عدم تأیید ظاهر بیرونی و همچنین مزمن‌بودن ماهیت بیماری سبب کاهش شدید کیفیت زندگی این بیماران و پیامدهای منفی هیجانی و اختلالات خلقی در آن‌ها می‌شود (بوهم، استوک گیسندائر، بنگمن، اسنیتجر و رفل، ۲۰۱۳). بیماران پسوریازیس یک‌ونیم تا دو برابر جمعیت عمومی در معرض افسردگی هستند (لاکشمی، بالاسوندارام، سرکار، آودیا و سوپرامانیا، ۲۰۱۵). ۸۹ درصد از این بیماران احساس شرم و ۲۱ درصد یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند (روسو، ایلچف و کوپر، ۲۰۰۴). این بیماران از برخی فعالیت‌های اجتماعی مانند شناکردن یا استفاده از سونا به‌منظور کاهش موقعیت‌های بدنامی پرهیز می‌کنند (سامپوگنا، تابولی و آبنی، ۲۰۱۲). این رفتار اجتنابی ممکن است ناشی از شرم و انزجار مربوط به پوست باشد. گینسبرگ و لینک^۶ (۱۹۸۹) احساس گناه و شرم را یکی از مؤلفه‌های احساس بدنامی می‌دانند که از پیامدهای روان‌شناختی پسوریازیس است. احساس گناه نیز به‌عنوان یکی از جنبه‌های هیجانی مرتبط با خودارزیابی منفی در نظر گرفته می‌شود و از اعتقاد فرد مبنی بر اینکه به دیگران

1. autoimmune
2. psoriasis
3. stress
4. perceived stress
5. stigmatized
6. Ginsburg, I. H., & Link, B. G.

آسیب رسانده است، نشئت می‌گیرد (بوش^۱، ۱۹۸۹، ویز^۲، ۱۹۹۳، به نقل از اکانر، بری، ویس، بوش و سامپسون، ۱۹۹۷). اغلب شرم و گناه را به یک معنا به کار می‌برند؛ درحالی‌که این دو تجارب هیجانی متمایزی هستند (تانگنی، میلر، فلیکر و بارلو، ۱۹۹۶). در تجربه شرم تمرکز مستقیماً بر ارزیابی «خود» است؛ درحالی‌که در گناه تمرکز بر «رفتار» و کار انجام‌شده است (لوییز، ۱۹۷۱). اگرچه پسوریازیس با علائم و پیامدهای روانی متعددی همراه است، این جنبه از بیماری اغلب کمتر شناخته شده و برای درمان آن کمتر اقدامی صورت گرفته است (ون وورهایز و فرید، ۲۰۰۹). یکی از عواملی که می‌تواند بر کنترل این پیامدها مؤثر باشد، فرایندهای خودنظم‌بخشی است. به اعتقاد بوث و آشبریح (۱۹۹۲) می‌توان براساس فرضیه «همگونی غایی»^۳ این فرضیه را به میان آورد که فرایندهای خودهماهنگ‌کننده نظیر خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و کنترل خود در بیماران خودایمنی آسیب دیده‌اند. براساس فرضیه «همگونی غایی» شاهد یک هم‌شکلی^۴ در همه سیستم‌های یک ارگانسیم اعم از سیستم عصبی، ایمنی، غدد درون‌ریز و روان‌شناختی هستیم (بوث و آشبریح، ۱۹۹۲)؛ تمامی این سیستم‌ها می‌کوشند طی فرایند شکل‌گیری به هویت خود^۵ به‌عنوان هدفی غایی دست یابند و آن را حفظ کنند. همین هدف غایی است که ارتباط میان سیستم‌های مختلف ارگانسیم را روشن می‌کند.

خودشناسی انسجامی^۶ نوعی آگاهی لحظه‌به‌لحظه از حالات روان‌شناختی و توان تمایز و تحلیل محتوای تجارب کنونی محسوب می‌شود. خودشناسی انسجامی، مسئولیت پردازش شناختی فعال درمورد خود و رویدادهای گذشته را برعهده دارد و تجربه‌ها و صفات خود را در ترکیبی معنادار وحدت می‌بخشد. همچنین یکی از ظرفیت‌های اساسی است که در قالب ساختار شخصیتی بر فرایندهای خودتنظیمی تأثیر می‌گذارد و بهزیستی را ارتقا می‌دهد (ولیکانی و گودرزی، ۲۰۱۷)؛ قربانی، بینگ، واتسون، داویسون و لیبرتون، ۲۰۰۳). مشخص شده است که بیماران خودایمنی در مقایسه با سایر بیماران، کمترین سطح خودشناسی انسجامی را دارند که انعکاسی از ناهماهنگی روان‌شناختی این بیماران است (قربانی، موسوی، واتسون و چن، ۲۰۱۱). خودشناسی انسجامی با اضطراب، افسردگی، استرس ادراک‌شده، نشخوار ذهنی و تفکر وسواس‌گونه رابطه معکوس و با رضایت از زندگی و ارضای نیازهای بنیادی روان‌شناختی رابطه مستقیم دارد (قربانی و واتسون، ۲۰۰۶).

نوعی از پردازش خودشناسی، بهوشیاری^۷ است (براون و ریان، ۲۰۰۳). که به‌عنوان حالتی از متوجه‌بودن و آگاه‌بودن از آنچه در لحظه حال به وقوع می‌پیوندد، تعریف می‌شود؛ یعنی آگاهی روشن شخص به آنچه در درون و در تعادل با محیط بیرون در لحظات متوالی ادراک رخ می‌دهد (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها درباره بهوشیاری در سال‌های اخیر افزایش داشته است (پیت، وورتنز و زکریا، ۲۰۱۲) و به نقش و تأثیر آن بر تعدیل مواردی مانند فرسودگی^۸ (ون‌درلی و گارسن، ۲۰۱۲)، اختلال استرس پس از ضربه^۹ (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۱)، تکانشگری^{۱۰} (مورفی و مک‌کیلوپ، ۲۰۱۲)، اضطراب اجتماعی^{۱۱} (اشمرت، ماسودا و اندرسون، ۲۰۱۲)، استرس، اضطراب و افسردگی (جانسون و تاست، ۲۰۱۰؛ سانگ، ۲۰۱۱؛ ماسودا و تالی، ۲۰۱۲؛ مک مانوس، سوراوی، میوز، وازکز-مونتس و ویلیامز، ۲۰۱۲؛ مورن، لینچ، لوساسو، لیبه و گرکو، ۲۰۱۲) اشاره شده است.

خودمهارگری^{۱۲} یکی دیگر از فرایندهای خودنظم‌بخش است که به‌عنوان ظرفیت تغییر پاسخ‌ها به‌منظور قراردادن آن‌ها در جهت استانداردها، ارزش‌ها و اخلاقیات دنبال‌کننده اهداف درازمدت تعریف می‌شود (دوکورت و کرن، ۲۰۱۱). خودمهارگری با

1. Bush, M.

2. Weiss, J.

3. teleological coherence

4. isomorphism

5. self-identity

6. integrative self-knowledge

7. mindfulness

8. fatigue

9. posttraumatic stress disorder

10. impulsivity

11. social anxiety

12. self-control

توانایی مقاومت در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه در افراد پرخاشگر، موفقیت حرفه‌ای، کاهش رفتار مجرمانه و کاهش رفتار ضداجتماعی ارتباط دارد (دنسون، جانسون، وارد، داوسون و دنی، ۲۰۱۱؛ گینو، شوایتزر، مید و آریلی، ۲۰۱۱). به نقش خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و خودمهارگری در مقاومت در مقابل استرس از طریق فرایندهای خودتنظیمی اشاره شده است (قربانی، کانینگهام و واتسون، ۲۰۱۰). ارتقای خودشناسی با افزایش نظارت بر وقایع و حالت‌های درونی، این توانایی را در فرد ایجاد می‌کند تا بتواند با درک و تعبیر درست علائم تنیدگی و اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی مناسبی به کار گیرد (ویلیمز و پیکت، ۲۰۲۲). همچنین مشخص شده است که بهوشیاری در زمینه پاسخ‌دهی به استرس و نظم‌بخشی هیجانات مؤثر است (کرسول، وای، ایسنبرگر و لیبرمن، ۲۰۰۷). خودمهارگری نیز نقشی میانجی در رابطه بین استرس ادراک‌شده و رضایت از زندگی دارد (ژانگ، ژو، لیو، یانگ و فن، ۲۰۱۹).

با توجه به آنچه بیان شد، پژوهش‌های چندانی در زمینه بررسی سازوکارهای خاص اثرگذاری متقابل سیستم ایمنی و روان‌شناختی و تبیین چرایی این اثرگذاری در بیماران پسوریازیس انجام نشده است. از منظر دیدگاه یکپارچه‌نگر، پاسخ نابهنجار ایمنی‌شناسی در این بیماران باید با پاسخ‌های نابهنجار در سطح روانی همراه باشد. به عبارت دیگر این افراد در سطح روان‌شناختی دارای کج‌کاری‌های شخصیتی و هیجانی هستند و مدیریت هیجاناتی مانند شرم و گناه در بروز و تخفیف و تشدید این بیماری مؤثر است. به‌طور خلاصه از یک طرف بیماری پسوریازیس یک بیماری ناشناخته و خطرناک است و پژوهش‌های بیشتری در مورد نقش مهیاساز و آشکارساز عوامل روان‌شناختی از جمله استرس ادراک‌شده در این بیماری مورد نیاز است. از طرف دیگر، به‌نظر می‌رسد فرایندهای خودنظم‌بخشی^۱ شامل خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و خودمهارگری می‌تواند هیجانات ناخوشایند همراه این بیماری را تحت تأثیر قرار دهند؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای فرایندهای خودنظم‌بخشی در رابطه استرس ادراک‌شده با شرم، گناه و افسردگی در بیماران پسوریازیس و همراهان این بیماران است. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- استرس ادراک‌شده، افسردگی، گناه و شرم در بیماران پسوریازیس بیشتر از همراهان سالم آن‌ها است.
- فرایندهای خودنظم‌بخشی در همراهان سالم بیماران بیشتر از بیماران پسوریازیس است.
- فرایندهای خودنظم‌بخش رابطه بین استرس ادراک‌شده و افسردگی، شرم و گناه را تعدیل می‌کند.

روش

جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر با توجه به نوع متغیرها و اهداف مورد نظر از نوع توصیفی و همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان مبتلا به بیماری پسوریازیس و همه زنان و مردان فاقد بیماری پسوریازیس است که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران مراجعه کرده بودند. تعداد ۱۶۸ زن و مرد مبتلا به پسوریازیس و تعداد ۱۲۱ زن و مرد سالم به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. از همراهان بیماران به‌عنوان گروه کنترل استفاده شد و ملاک انتخاب آن‌ها این بود که بیماری پسوریازیس نداشته باشند. همراهان بیماران با اینکه بیماری پسوریازیس ندارند، به‌علت رابطه با فرد بیمار در معرض استرس و فشارهای ناشی از بیماری قرار دارند. با توجه به اندازه‌گیری سلامت همراهان بیماران به‌عنوان گروه کنترل، این مسئله کنترل شد. معیار ورود به پژوهش، قرارگرفتن در زمره مراجعه‌کنندگان به درمانگاه به‌عنوان بیمار پسوریازیس یا همراه یک بیمار پسوریازیس و همچنین داشتن رضایت و تمایل به شرکت در پژوهش بود و معیار خروج، نداشتن این دو شرط بود. با توجه به استفاده از انسان‌ها به‌عنوان آزمودنی‌های پژوهش، چندین اصل اخلاقی درباره شرکت‌کنندگان در پژوهش مورد توجه قرار گرفت که شامل رضایت آگاهانه داوطلبان، حق انصراف از پژوهش، حفظ حریم خصوصی و رازداری، اجتناب از آسیب‌رساندن و اجتناب از هرگونه تبعیض بود (افشار، حسینی و عباسی، ۱۳۹۰).

1. self- regulation process

شیوه اجرای پژوهش

گردآوری داده‌ها در یک بازه چهارماهه انجام شد. بدین صورت که پس از دریافت مجوز و انجام هماهنگی‌های لازم برای ورود به درمانگاه، پژوهشگر در درمانگاه حضور یافت و با همکاری پزشک، به بیماران و همراهان آن‌ها معرفی شد. بعد از ارائه توضیحات لازم، پرسشنامه در میان علاقه‌مندان به همکاری توزیع شد. پرسشنامه از یک بسته ۱۶۲ سؤالی تشکیل شده بود. برای شرکت کنندگان توضیح داده شد که به سؤالات، صادقانه و بر مبنای افکار و احساسات خود پاسخ دهند و به دنبال پاسخ درست یا غلط نباشند. همچنین به آن‌ها در مورد محرمانه بودن پاسخ‌ها و ناشناس ماندن آن‌ها برای پژوهشگر اطمینان داده شد. ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شد که ۱۱ پرسشنامه مخدوش بود و در نهایت ۲۸۹ پرسشنامه کامل جمع‌آوری شدند.

ابزارها

مقیاس خودشناسی انسجامی^۱ (ISK)

این مقیاس که توسط قربانی، واتسن و هریس (۲۰۰۸)، ساخته شده است؛ محصول بازنگری در نظریه خودشناسی تجربه‌ای^۲ و تأملی^۳ است که دو وجه یادشده را به صورت منسجم با ۱۲ گویه می‌سنجد. این ۱۲ گویه بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (الف = عمدتاً نادرست، ب = عمدتاً درست) پاسخ داده می‌شود. در نمره‌گذاری این مقیاس، موارد ۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی^۴ مقیاس با روش آلفای کرونباخ در ایران در مطالعه امیدییگی، غلامعلی لواسانی و قربانی (۱۳۹۳) برابر با ۰/۷۷ بود. افزون بر این، همبستگی میان دو وجه آن ۰/۷۴ بود. پایایی بازآزمایی این مقیاس پس از ۷ تا ۸ هفته فاصله زمانی با یک نمونه ۴۴ نفری سنجیده شد؛ پایایی برای خودشناسی تجربه‌ای ۰/۷۶ و برای خودشناسی تأملی ۰/۶۸ بود (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). روایی همگرا^۵ و واگرای^۶ این مقیاس در پژوهش‌های مختلف بررسی شده است که همبستگی‌های به‌دست‌آمده نشان از روایی ملاکی^۷ آن دارد (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). روایی این مقیاس در پژوهش‌هایی که سلامت روان^۸ (قربانی، موسوی، واتسون و چن، ۲۰۱۱)، شخصیت^۹ (قربانی، واتسون، حمزوی و وتینگتون، ۲۰۱۰) و مقابله^{۱۰} و خودتنظیمی^{۱۱} (قربانی، کانینگهام و واتسون، ۲۰۱۰) را بررسی کرده‌اند، تأیید شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در گروه بیماران ۰/۸۱ و در همراهان سالم آن‌ها ۰/۸۴ به‌دست آمد.

مقیاس بهوشیاری^{۱۲} (MAAS)

این مقیاس توسط براون و ریان (۲۰۰۳) ساخته شده است و برای سنجش بهوشیاری به‌کار می‌رود. این مقیاس از پایایی خوبی برخوردار است؛ به طوری که روی هفت گروه نمونه اجراشده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (براون و ریان، ۲۰۰۳). روایی این مقیاس نیز تا حد بالایی گزارش شده است؛ به طوری که همبستگی بسیار زیادی ($p < 0.001$) با تعدادی از متغیرهای سلامت روان نشان داده است (براون و ریان، ۲۰۰۳). نمرات بالا در مقیاس بهوشیاری با آشفتگی پایین و نشانه‌های استرس کم مرتبط است (کارلسون و براون، ۲۰۰۵). روایی سازه^{۱۳}، همگرا و واگرای این مقیاس تأیید شده است (براون و ریان، ۲۰۰۳). آلفای کرونباخ این مقیاس در ایران برای افراد سالم ۰/۷۸ و بیماران قلبی ۰/۷۳ به‌دست آمده است (قاسمی‌پور و قربانی، ۲۰۰۳).

1. Integrated Self-Knowledge Scale (ISK)
2. experiential
3. reflective
4. reliability
5. convergent validity
6. divergent validity
7. criterion validity
8. mental health
9. personality
10. coping
11. self-regulation
12. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
13. construct validity

۱۳۸۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در بیماران پسوریازیس ۰/۸۴ و در همراهان سالم آن‌ها ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس خودمهارگری^۱ (SCS)

تانگنی، بامیستر و بون (۲۰۰۴) این مقیاس را برای سنجش صفت خودمهارگری ساخته‌اند. این مقیاس ۳۶ گویه دارد و مؤلفه‌های انضباط شخصی^۲، گرایش به اعمال هدفمند و غیرتکانشی^۳، عادات سالم^۴، خودتنظیمی به منظور حفظ اخلاق شغلی^۵ و قابلیت اعتماد^۶ را شامل می‌شود. پرسشنامه فوق در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً=۱، بسیار زیاد=۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۳۶ تا ۱۸۰ است. برای تعیین اعتبار، این مقیاس روی دو گروه دانشجویان اجرا شد که در هر دو پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (تانگنی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴). اعتبار درونی این مقیاس در پژوهش قربانی، واتسون، رضازاده و کانینگهام (۲۰۱۰) ۰/۸۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ در بیماران ۰/۷۹ و در همراهان سالم آن‌ها ۰/۶۴ محاسبه شد.

مقیاس استرس ادراک شده^۷ (PSS)

این مقیاس که توسط کوهن، کاماراک و مرمل اشتاین (۱۹۸۳) ایجاد شده است، شامل ۱۴ سؤال است که در مقیاس پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱، عمدتاً موافق=۵) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس از دو خرده‌مقیاس ادراک منفی از استرس^۸ و ادراک مثبت از استرس^۹ تشکیل شده است (مثال: طی چند ماه گذشته چند بار احساس کرده‌اید که بر اوضاع و امور مسلط هستید). کوهن، کاماراک و مرملشتاین (۱۹۸۳) میزان آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۶ بیان کرده‌اند. در مطالعه قربانی، بینگ، واتسون، دیویسون و مک (۲۰۰۲) نیز آلفای کرونباخ در جامعه آمریکا ۰/۸۶ و در نمونه ایرانی ۰/۸۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ در بیماران ۰/۷۰ و در همراهان سالم آن‌ها ۰/۶۵ به دست آمد.

مقیاس افسردگی^{۱۰} (CCDAA)

این مقیاس که توسط کاستلو و کومری (۱۹۶۷) ایجاد شده است شامل ۲۳ ماده است که ۹ ماده آن میزان اضطراب را به عنوان صفت و ۱۴ ماده آن میزان افسردگی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها باید میزان موافقت خود را با هریک از ماده‌های مقیاس طبق درجه‌بندی پنج‌درجه‌ای لیکرت (عمدتاً مخالف=۱، عمدتاً موافق=۵) مشخص کنند. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش قربانی، واتسن و هریس (۲۰۰۸) تأیید شده است. مقیاس افسردگی، ضریب آلفای ۰/۹۲ برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۹۳ برای آزمودنی‌های آمریکایی نشان داده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای بیماران و ۰/۹۰ برای همراهان سالم آن‌ها به دست آمد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

1. Self Control Scale (SCS)
2. self-discipline
3. deliberative/no impulsive action
4. healthy habits
5. work ethic
6. reliability
7. Perceived Stress Scale (PSS)
8. negative perception of stress
9. positive perception of stress
10. Costello-Comrey Depression. And Anxiety Scales (CCDAA)

در پژوهش حاضر، برای نمایش و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و در بخش آمار استنباطی نیز آزمون‌های T مستقل، همبستگی، و مجموعه آزمون‌های تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی بررسی شد. همچنین اندازه‌گیری صحت و دقت در تحلیل داده‌ها، به کمک نرم‌افزار SPSS-22 صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

تعداد شرکت‌کنندگان این پژوهش ۲۸۹ نفر بود که از این تعداد، ۱۶۸ نفر بیمار پسوریازیس با دامنه سنی ۱۳ تا ۸۰ سال (میانگین=۳۶/۷۲، انحراف معیار=۱۲/۴۸) و ۱۲۱ نفر همراهان سالم بیماران با دامنه سنی ۱۴ تا ۵۸ سال (میانگین=۳۰، انحراف معیار=۹/۰۳) بودند. ۱۰۶ نفر (۶۲/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان بیمار متأهل، ۵۸ نفر (۳۵/۴ درصد) مجرد و ۴ نفر (۱/۸ درصد) مطلقه هستند. در گروه بیماران ۸۵ نفر (۵۰/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان مرد و ۸۳ نفر (۴۹/۴ درصد) زن هستند. در گروه شرکت‌کنندگان سالم، ۶۵ نفر (۵۳/۷ درصد) متأهل و ۵۶ نفر (۴۶/۳ درصد) مجرد هستند. همچنین ۲۲ نفر (۱۸/۲ درصد) مرد و ۹۹ نفر (۸۱/۸ درصد) زن هستند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک برای دو گروه بیمار و سالم در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه بیماران پسوریازیس و همراهان سالم آن‌ها

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	آلفای کرونباخ
استرس ادراک‌شده	سالم	۲/۹۱	۰/۴۱	۰/۱۲	-۰/۰۴
	بیمار	۲/۹۴	۰/۵۱	۰/۴۰	-۰/۵۰
خودشناسی انسجامی	سالم	۳/۴۳	۰/۶۹	-۰/۵۷	۱/۱۵
	بیمار	۳/۲۸	۰/۶۹	-۰/۱۳	-۰/۵۸
خودمهارگری	سالم	۳/۲۷	۰/۵۸	۰/۳۷	-۰/۰۱
	بیمار	۳/۳۴	۰/۷۳	۰/۰۲	-۰/۲۰
بهوشیاری	سالم	۴/۳۰	۰/۶۰	-۰/۸۸	۲/۲۰
	بیمار	۴/۱۳	۰/۷۶	-۰/۲۶	-۰/۴۹
شرم	سالم	۲/۳۸	۰/۵۴	۰/۲۸	-۰/۶۷
	بیمار	۲/۲۱	۰/۶۴	۰/۵۲	۱/۵۷
گناه	سالم	۳/۰۵	۰/۸۱	-۰/۱۰	-۰/۶۱
	بیمار	۲/۹۱	۰/۸۶	-۰/۴۰	-۰/۲۱
افسردگی	سالم	۲/۳۹	۰/۷۸	۰/۳۸	-۰/۳۸
	بیمار	۲/۶۵	۰/۹۱	۰/۲۷	-۰/۰۳

همان‌طور که در جدول ۱ گزارش شده است، ضرایب کجی^۱ و کشیدگی^۲ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها محاسبه و بررسی شد (کلاین، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه ضریب کجی و کشیدگی تمام متغیرها بین -۳ و +۳ قرار دارد، نتیجه می‌گیریم که داده‌ها دارای توزیع نرمال هستند (لی و یام، ۲۰۱۳). ضریب آلفای کرونباخ متغیرها و مؤلفه‌های مورد بررسی در پژوهش بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۱ است که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزارهای اندازه‌گیری است. به‌منظور بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش در دو گروه بیماران و همراهان سالم آن‌ها از همبستگی پیرسون استفاده شد. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در گروه بیماران پسوریازیس در جدول ۲ و گروه افراد سالم در جدول ۳ گزارش شده است.

1. skewness
2. kurtosis

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش در گروه بیماران پسوریازیس

افسردگی	گناه	شرم	بهوشیاری	خودمهارگری	خودشناسی انسجامی	استرس ادراک‌شده
						۱
					۱	۰/۴۵**
				۱	۰/۳۷**	۰/۴۵**
			۱	۰/۳۵**	۰/۵۹**	۰/۴۱**
		۱	-۰/۳۳**	-۰/۱۳	-۰/۳۴**	۰/۲۴**
	۱	۰/۵۳**	-۰/۱۶*	۰/۲۳**	-۰/۰۵	-۰/۰۹
۱	-۰/۱۴	۰/۱۷*	-۰/۴۷**	-۰/۴۳**	-۰/۴۵**	۰/۶۴**

جدول ۳. ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش در گروه همراهان سالم بیماران

افسردگی	گناه	شرم	بهوشیاری	خودمهارگری	خودشناسی انسجامی	استرس ادراک‌شده
						۱
					۱	-۰/۳۶**
				۱	۰/۳۵**	-۰/۳۱**
			۱	۰/۲۸**	۰/۵۶**	-۰/۲۸**
		۱	-۰/۳۶**	۰/۲۴**	-۰/۴۴**	۰/۳۲**
	۱	۰/۴۰**	-۰/۰۲	۰/۰۸	-۰/۰۹	-۰/۱۲
۱	-۰/۰۵	۰/۴۹**	-۰/۴۸**	-۰/۳۲**	-۰/۵۴**	۰/۶۲**

در ماتریس همبستگی متغیرها در دو گروه بیمار و سالم، الگوی ارتباطی برخی متغیرها متفاوت است. برای پاسخ به سؤالات پژوهش در این ارتباط، از آمار استنباطی و تحلیل رگرسیون استفاده شد. با توجه به اینکه گناه ارتباط معناداری با متغیر پیش‌بین نداشت، به‌عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل نشد. به‌منظور پاسخ به این سؤال که خودشناسی انسجامی در رابطه بین استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر پیش‌بین و شرم و افسردگی به‌عنوان متغیرهای ملاک چه نقشی در افراد دو گروه بیمار و سالم ایفا می‌کند، از رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد (جدول ۴). رگرسیون چندگانه پیش‌فرض‌هایی نظیر نرمال بودن توزیع متغیرها، خطی بودن رابطه، نبود هم‌خطی چندگانه^۱ بین متغیرهای پیش‌بین، همگنی پراکنش باقیمانده‌ها و خطی بودن رابطه باقی‌مانده‌ها با متغیر وابسته دارد. دو مفروضه^۲ اول، قبل‌تر بررسی شدند.

جدول ۴. آزمون معناداری رگرسیون سلسله‌مراتبی استرس ادراک‌شده و تعامل آن با خودشناسی انسجامی در پیش‌بینی شرم

گروه	مدل	متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل‌شده	تغییرات R ²	مقدار F	P
بیمار	۱	استرس ادراک‌شده	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۶	۹/۴۰	۰/۰۰۳
	۲	استرس ادراک‌شده، خودشناسی انسجامی	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۰۷	۱۱/۳۲	۰/۰۰۱
همراهان سالم	۱	استرس ادراک‌شده	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۱۰	۱۲/۸۷	۰/۰۰۰
	۲	استرس ادراک‌شده، خودشناسی انسجامی	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۲۱	۰/۱۱	۱۶/۰۱	۰/۰۰۰

همچنین هم‌خطی چندگانه با استفاده از دو شاخص تحمل^۲ و عامل تورم واریانس^۳ (VIF) بررسی شد که نشان داد این مفروضه رعایت شده است. رابطه خطی باقیمانده‌ها با متغیر وابسته و نرمال بودن توزیع باقیمانده‌ها با نمودارهای p-p و Scatter ارزیابی شد که رعایت مفروضات را نشان دادند. همان‌طور که در جدول ۴ گزارش شده است، در مدل اول نمره شرم به‌عنوان متغیر ملاک و نمره استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل رگرسیون و تحلیل شد و در مدل دوم علاوه بر استرس ادراک‌شده، خودشناسی انسجامی نیز به‌عنوان متغیر پیش‌بین به تحلیل اضافه شد. براساس نتایج، در گروه بیماران، با اضافه‌شدن

1. multicollinearity
2. tolerance
3. Variance Inflation Factor (VIF)

خودشناسی انسجامی به مدل، درصد تبیین واریانس از ۰/۰۵ به ۰/۱۱ افزایش یافته است. در گروه همراهان سالم، با اضافه شدن خودشناسی انسجامی به مدل، درصد تبیین واریانس از ۰/۰۹ به ۰/۲۱ افزایش یافت. در گروه بیماران، اندازه اثر مدل کامل ۰/۱۲ و در گروه همراهان سالم اندازه اثر مدل کامل ۰/۲۷ بود که نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط است. به منظور بررسی نقش تعدیل‌گری خودشناسی انسجامی، داده‌های جدول ۵ را بررسی می‌کنیم.

جدول ۵. جدول ضرایب (شاخص‌ها) رگرسیون

گروه	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	B	SE	BETA	T	P
		استرس ادراک‌شده	۰/۳۱	۰/۱۰	۰/۲۴	۳/۰۷	۰/۰۰۳
بیمار	شرم	استرس ادراک‌شده	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۱۱	۱/۲۷	۰/۲۰۵
		خودشناسی انسجامی	-۰/۲۷	۰/۰۸	-۰/۲۹	-۳/۳۶	۰/۰۰۱
		استرس ادراک‌شده	۰/۴۲	۰/۱۲	۰/۳۲	۳/۵۹	۰/۰۰۰
همراهان سالم	شرم	استرس ادراک‌شده	۰/۲۴	۰/۱۲	۰/۱۸	۲/۰۱	۰/۰۴۷
		خودشناسی انسجامی	-۰/۲۹	۰/۰۷	-۰/۳۷	-۴/۱۶	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در گروه بیماران، با مقایسه مقادیر سطح معناداری در دو مدل رگرسیون با اضافه شدن متغیر خودشناسی انسجامی به استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر پیش‌بین، تأثیر استرس ادراک‌شده ($t=۱/۲۷$, $p>۰/۰۵$) خنثی شده و فقط ضریب بتای خودشناسی انسجامی معنادار است ($t=-۳/۳۶$, $p<۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر، تأثیر استرس ادراک‌شده بر شرم از طریق خودشناسی انسجامی اعمال می‌شود. در گروه همراهان سالم، با ورود خودشناسی انسجامی ($t=-۴/۱۶$, $p<۰/۰۱$) به مدل، اگرچه مقدار بتای استرس ادراک‌شده ($t=۲/۰۱$, $p<۰/۰۵$) کاهش می‌یابد، همچنان سطح معناداری آن نشان‌دهنده اثر معنادار مستقیم آن بر شرم است؛ بنابراین در افراد سالم، بخشی از تأثیر استرس ادراک‌شده بر شرم از طریق خودشناسی انسجامی اعمال می‌شود. به عبارت دیگر، استرس ادراک‌شده در بیماران، در صورت داشتن خودشناسی انسجامی قادر به پیش‌بینی شرم نیست، اما خودشناسی انسجامی در افراد سالم بیشتر نقشی تعدیل‌کننده در رابطه استرس ادراک‌شده و شرم ایفا می‌کند.

جدول ۶. آزمون معناداری رگرسیون سلسله‌مراتبی استرس ادراک‌شده و تعامل آن با فرایندهای خودنظم‌بخشی در پیش‌بینی افسردگی

گروه	مدل	متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل‌شده	تغییرات R ²	مقدار F	P
	۱	استرس ادراک‌شده	۰/۶۴	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۴۰	۱۰۳/۳۹	۰/۰۰۱
		استرس ادراک‌شده						
بیمار	۲	خودشناسی انسجامی خودمهارگری بهوشیاری	۰/۶۹	۰/۴۷	۰/۴۶	۰/۰۷	۳۳/۵۵	۰/۰۰۱
	۱	استرس ادراک‌شده	۰/۶۲	۰/۳۸	۰/۳۷	۰/۳۸	۷۰/۷۹	۰/۰۰۱
		استرس ادراک‌شده						
همراهان سالم	۲	خودشناسی انسجامی خودمهارگری بهوشیاری	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۵۱	۰/۱۵	۳۱/۵۲	۰/۰۰۱

نتایج رگرسیون سلسله‌مراتبی پیش‌بینی افسردگی از روی استرس ادراک‌شده و فرایندهای خودنظم‌بخشی در جدول ۶ گزارش شده است. در مدل اول، نمره استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر پیش‌بین و نمره افسردگی به‌عنوان متغیر ملاک و در مدل دوم علاوه بر استرس ادراک‌شده، فرایندهای خودنظم‌بخشی نیز به‌عنوان متغیر پیش‌بین به تحلیل اضافه شد. در گروه بیماران با اضافه شدن فرایندهای خودنظم‌بخشی به مدل، درصد تبیین واریانس از ۰/۴۰ به ۰/۴۷ افزایش یافت. در گروه بیماران اندازه اثر مدل کامل ۰/۸۵ و در گروه همراهان سالم اندازه اثر مدل کامل ۱/۰۴ بود که نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ است. در گروه همراهان سالم، با اضافه شدن فرایندهای خودنظم‌بخشی به مدل، درصد تبیین واریانس از ۰/۳۸ به ۰/۵۳ افزایش یافت.

جدول ۷. ضرایب (شاخص‌ها) رگرسیون

گروه	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	B	SE	BETA	T	P
بیمار	افسردگی	استرس ادراک‌شده	۱/۱۳	۰/۱۱	۰/۶۴	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱
		استرس ادراک‌شده	۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۴۷	۶/۴۹	۰/۰۰۱
		خودشناسی انسجامی	-۰/۱۲	۰/۱۰	-۰/۰۹	-۱/۱۹	۰/۳۴
		خودمهارگری	-۰/۱۵	۰/۰۸	-۰/۱۲	-۱/۷۵	۰/۰۸
سالم	افسردگی	بهبوشیاری	-۰/۲۱	۰/۰۹	-۰/۱۸	-۲/۳۷	۰/۰۲
		استرس ادراک‌شده	۱/۱۷	۰/۱۴	۰/۶۲	۸/۴۱	۰/۰۰۱
		استرس ادراک‌شده	۰/۸۸	۰/۱۳	۰/۴۶	۶/۴۸	۰/۰۰۱
		خودشناسی انسجامی	-۰/۲۸	۰/۰۹	-۰/۲۵	-۳/۰۲	۰/۰۰۳
		خودمهارگری	-۰/۰۴	۰/۰۹	-۰/۰۳	-۰/۳۸	۰/۷۰۲
		بهبوشیاری	-۰/۲۷	۰/۱۰	-۰/۲۱	-۲/۶۸	۰/۰۰۸

با توجه به نتایج گزارش‌شده در جدول ۷، با مقایسه مقادیر سطح معناداری در دو مدل رگرسیون با اضافه‌شدن فرایندهای خودنظم‌بخشی (خودشناسی انسجامی، خودمهارگری و بهوشیاری) به استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر پیش‌بین در گروه بیماران، اگرچه مقدار ضریب بتای آن کاهش یافته، همچنان معنادار است ($t=۶/۴۹, p<۰/۰۱$). همان‌طور که مشاهده می‌شود، ضریب بتای خودشناسی انسجامی ($t=-۱/۱۹, p>۰/۰۵$) و خودمهارگری ($t=-۱/۷۵, p>۰/۰۵$) معنادار نیست، اما ضریب بتای بهوشیاری ($t=-۲/۳۷, p<۰/۰۵$) معنادار است؛ بنابراین بهوشیاری در رابطه استرس ادراک‌شده و افسردگی نقش تعدیل‌کننده دارد. به عبارت دیگر، در گروه بیماران، استرس ادراک‌شده در افرادی که بهوشیاری بیشتری دارند، کمتر می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند. در گروه افراد سالم، با ورود فرایندهای خودنظم‌بخشی به مدل، اگرچه مقدار بتای استرس ادراک‌شده کاهش می‌یابد، همچنان سطح معناداری آن نشان‌دهنده اثر معنادار مستقیم آن بر افسردگی است ($t=۶/۴۸, p<۰/۰۱$). در مدل دوم، بتای خودشناسی انسجامی ($t=۳/۰۲, p<۰/۰۱$) و بهوشیاری ($t=-۲/۶۸, p<۰/۰۱$) منفی و معنادار است، اما بتای خودمهارگری ($t=-۰/۳۸, p>۰/۰۵$) معنادار نیست؛ بنابراین در افراد سالم نیز بخشی از تأثیر استرس ادراک‌شده بر افسردگی از طریق خودشناسی انسجامی و بهوشیاری اعمال می‌شود. به عبارت دیگر، در افرادی که خودشناسی انسجامی و بهوشیاری بیشتری دارند، استرس ادراک‌شده، کمتر افسردگی را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۸. نتایج آزمون t برای مقایسه متغیرها در دو گروه پسوریازیس و همراهان آن‌ها

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	Df	P	اختلاف میانگین
شرم	پسوریازیس	۲/۲۱	۰/۶۴	-۲/۲۶	۲۶۷	۰/۰۲	-۰/۱۷
	همراهان سالم	۲/۳۸	۰/۵۴				
گناه	پسوریازیس	۲/۹۱	۰/۸۶	-۱/۳۹	۲۶۷	۰/۱۶	-۰/۱۴
	همراهان سالم	۳/۰۵	۰/۸۱				
استرس ادراک‌شده	پسوریازیس	۲/۹۳	۰/۵۱	۰/۲۶۳	۲۷۰	۰/۷۹	۰/۰۲
	همراهان سالم	۲/۹۲	۰/۴۱				
خودشناسی انسجامی	پسوریازیس	۳/۲۵	۰/۶۹	-۲/۲۱	۲۷۹	۰/۰۳	-۰/۱۸
	همراهان سالم	۳/۴۴	۰/۶۹				
خودمهارگری	پسوریازیس	۳/۳۳	۰/۷۳	-۱/۶۴	۲۷۶	۰/۵۲	۰/۰۵
	همراهان سالم	۳/۲۸	۰/۵۸				
بهبوشیاری	پسوریازیس	۴/۱۳	۰/۷۶	-۲/۰۳	۲۷۱	۰/۰۴	-۰/۱۷
	همراهان سالم	۴/۳۰	۰/۶۰				
افسردگی	پسوریازیس	۲/۶۵	۰/۹۱	۲/۵۱	۲۷۰	۰/۰۱۴	۰/۲۶
	همراهان سالم	۲/۳۹	۰/۷۸				

به‌منظور بررسی تفاوت‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه بیماران پسوریازیس و همراهان سالم آن‌ها آزمون t مستقل انجام

شد. با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۸، شرم به‌طور معناداری در گروه افراد سالم بیشتر از بیماران است ($t=-2/26$, $p=0/02$). همچنین خودشناسی انسجامی ($t=-2/21$, $p=0/03$) و بهوشیاری ($t=-2/03$, $p=0/04$) به‌طور معناداری در افراد سالم بیشتر از گروه بیماران است. افسردگی ($t=2/51$, $p<0/05$) نیز در گروه بیماران به‌طور معناداری بیشتر از گروه افراد سالم است. متغیرهای گناه، استرس ادراک‌شده و خودمهارگری در بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین فرایندهای خودنظم‌بخشی بیماران پسوریازیس و همراهان سالم آن‌ها تفاوت وجود دارد. خودشناسی انسجامی و بهوشیاری در همراهان سالم بیماران بیشتر از بیماران پسوریازیس است. این نتیجه با پژوهش‌های قربانی و واتسون (۲۰۰۶) قربانی و همکاران (۲۰۱۱)، سانگ (۲۰۱۱)، ماسودا و تالی (۲۰۱۲)، مک‌مانوس و همکاران (۲۰۱۲)، مورن و همکاران (۲۰۱۲)، دیویدسون، کابات-زین، شوماخر، روزنکرانز و مولر (۲۰۰۳)، همسو است. در پژوهش شاه‌محمدی، قربانی، بشارت و نصرت‌آبادی (۱۳۸۸) نیز نتایج نشان داد فرایندهای خودنظم‌بخشی به‌صورت منفی یا بیماری و سبک‌های دفاعی ناسالم، و به‌صورت مثبت با سلامت و سبک‌های دفاعی سالم مرتبط است و فقط خودشناسی انسجامی توانایی پیش‌بینی میزان سرزندگی افراد را طی شرایط پر استرس دارد. یافته‌های موسوی و قربانی (۱۳۸۵)، نیز نتایج نشان داد خودشناسی انسجامی با آسیب‌های شخصیتی و نشانه‌های آسیب روان‌شناختی ارتباط منفی دارد. در پژوهش تیبیک، قربانی و رضازاده (۱۳۹۲)، مشخص شد فضایل اخلاقی با خودمهارگری و خودشناسی انسجامی همبستگی مثبت دارد. نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر آموزش بهوشیاری در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی مثل اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وحشت‌زدگی مؤثر بوده است (جانسون و تاست، ۲۰۱۰؛ سانگ، ۲۰۱۱؛ ماسودا و تالی، ۲۰۱۲؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، تجربه شرم در همراهان بیماران به‌طور معناداری بیشتر از بیماران است، اما تجربه احساس گناه در دو گروه یکسان است. این یافته با نتایج پژوهش‌های میلز (۲۰۰۵)، استیوویگ و تانگنی (۲۰۰۷)، نبورسکی (۲۰۰۳) ناهمسو است. در پژوهش تانگنی و دیرینگ (۲۰۰۲) نیز نشان داده شد بین آمادگی برای شرم و تمام نشانه‌های روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب، علائم اختلال خوردن، نشانه‌های پیش‌بالینی ضداجتماعی و ارزش خود پایین رابطه مثبت وجود دارد. پژوهش کونستام، چرنوف و دوینی (۲۰۰۱) بیانگر این امر است که احساس گناه به جبران منجر می‌شود و با سلامت روان رابطه مثبت دارد. یکی از دلایلی که سبب یکسان‌بودن احساس گناه در دو گروه و بیشتربودن تجربه شرم در افراد سالم شده است، ممکن است این باشد که در این پژوهش، از همراهان بیماران به‌عنوان افراد سالم استفاده شده است. همچنین نتایج نشان داد افسردگی در همراهان سالم بیماران به‌طور معناداری از بیماران پسوریازیس کمتر است. این نتیجه در تأیید یافته‌های پژوهش‌های پیشین است (لاکشمی و همکاران، ۲۰۱۵؛ دولتشاهی، واک، آرنزد و نیجستن، ۲۰۱۴). در مورد علت شیوع افسردگی در بیماران پسوریازیس بیان شده است که افسردگی و پسوریازیس یکدیگر را تقویت می‌کنند. شواهدی برای سازوکار مشابه میان این دو وجود دارد. از طرفی ترس از طردشدن از طرف اجتماع و خودبرچسب‌زنی به‌عنوان عاملی برای تقویت افسردگی در این بیماران عمل می‌کند (ساهی، مسعود، داناوار، میکائیل و مالک، ۲۰۲۰). افراد دارای پسوریازیس به‌دلیل داشتن استرس و اضطراب بالا و کمبود اعتمادبه‌نفس ناشی از بیماری و همچنین مشکلات ایجادشده به‌دلیل بیماری، در روابط زناشویی و روابط اجتماعی، افسردگی بیشتری نشان می‌دهند.

بر اساس نتایج، در گروه بیماران با اضافه‌شدن متغیر خودشناسی انسجامی به استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیر پیش‌بین شرم، تأثیر استرس ادراک‌شده خنثی شد و تنها ضریب بتای خودشناسی انسجامی معنادار بود. به عبارت دیگر، تأثیر استرس ادراک‌شده بر شرم از طریق خودشناسی انسجامی اعمال شد. همچنین در گروه بیماران، بهوشیاری در رابطه بین استرس ادراک‌شده و افسردگی نقش تعدیل‌کننده داشت؛ یعنی در گروه بیماران، استرس ادراک‌شده در افرادی که بهوشیاری بیشتری داشتند، کمتر توانست افسردگی را پیش‌بینی کند. در راستای این یافته‌ها، نتایج پژوهش قربانی، واتسن و کازنینگهام (۲۰۱۰) نشان داد خودمهارگری در صورتی توانایی پیشگیری از پیامدهای مخرب استرس را دارد که همراه با خودشناسی انسجامی باشد؛ در غیر این صورت نه‌تنها از عوارض مخرب استرس جلوگیری نمی‌کند، بلکه موجب تشدید آن می‌شود؛ به‌طوری‌که افراد مبتلا به

پسوربازیس به‌واسطه خودشناسی انسجامی کمتر، بیشتر تحت تأثیر پیامدهای مخرب استرس قرار می‌گیرند. درباره نقش تعدیل‌کنندگی بهوشیاری در پیش‌بینی افسردگی از طریق استرس ادراک‌شده، می‌توان گفت افزایش بهوشیاری توانایی دیدن چیزها را همان‌طور که هستند بهبود می‌دهد. این توانایی به فرد کمک می‌کند تا در نگرستن به خود و تجربیات درونی خود مانند باورها، عواطف، خاطرات و موارد دیگر قضاوت نداشته باشد. در نتیجه می‌تواند روایت منسجمی از زندگی خود داشته باشد و در تجربیات خود معنا پیدا کند که در نهایت سبب کاهش افسردگی می‌شود (عباسی، قربانی، ایمانی، طاهباز حسین‌زاده، ۲۰۲۱). در این پژوهش، جدید بودن حوزه مورد مطالعه در زمینه فرایندهای خودنظم‌بخشی و حوزه استرس ادراک‌شده، هیجان شرم و گناه، نتیجه‌گیری قطعی درباره یافته‌ها را با دشواری همراه کرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به زیاد بودن تعداد سؤالات و مخدوش شدن تعدادی از پرسشنامه‌ها، کمبود اطلاعات در مورد تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی بیماران و استفاده از پرسشنامه و نبود امکان مصاحبه با هریک از آزمودنی‌ها اشاره کرد. از آنجا که افزایش هیجان شرم و گناه در طول زندگی اتفاق می‌افتد و نه در مقطعی خاص، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی متغیر شرم و گناه از طریق پژوهش طولی پرداخته شود. شایسته است روان‌شناسان بالینی و مشاوران، دانشجویان را با فرایندهای خودنظم‌بخشی آشنا کنند و چگونگی به‌کارگیری مناسب این فرایندها را در موقعیت‌های مختلف به آن‌ها آموزش دهند. همچنین به بیماران و به‌طور کلی همه افراد جامعه، آموزش‌هایی در خصوص تنظیم هیجان‌ات، مقابله با خلق منفی و کنترل استرس داده شود.

سپاسگزاری

این مقاله از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مصوب و دفاع‌شده در دانشگاه تهران استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کارکنان بیمارستان رازی و شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، اعلام کنند.

منابع

- امیدیگی، م.، خلیلی، ش.، غلامعلی لواسانی، م.، و قربانی، ن. (۱۳۹۳). رابطه ذهن‌آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایتمندی زناشویی. *مجله روان‌شناسی*. ۱۸(۳)، ۳۳۷-۳۴۱.
- تیبیک، م. ت.، قربانی، ن.، و رضازاده، س. م. ر. (۱۳۹۲). نقش فرایندهای خودشناختی و عوامل بزرگ شخصیت در فضایل اخلاقی، *فصلنامه روان‌شناسی و دین*. ۶(۳)، ۷۱-۸۰.
- شاه‌محمدی، خ.، قربانی، ن.، بشارت، م.، و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۸). تأثیر پیش‌بین خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و سبک‌های دفاعی بر سلامت. *روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۳۹(۳)، ۹۹-۱۱۹.
- قاسمی‌پور، ی.، و قربانی، ن. (۱۳۸۹). بهوشیاری و نیازهای بنیادی روان‌شناختی در بیماران قلبی-عروقی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۶(۲)، ۱۶۲-۱۵۴.
- موسوی، آ. س.، و قربانی، ن. (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*. ۲(۸ و ۹)، ۷۵-۹۲.
- Abbasi, M., Ghorbani, N., Imani, A. H., & Tahbaz Hoseinzadeh, S. (2021). Exploring the mediating role of integrative self-knowledge in the relationship between mindfulness and well-being in the context of a mindfulness-based stress reduction program. *International Journal of Psychology*, 56(2), 249-256. <http://dx.doi.org/10.1002/ijop.12705>
- Abbass, A., Lovas, D., & Purdy, A. (2008). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia*, 28(12), 1305-1314. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01680.x>
- Afshar, L., Hosseini, M., & Abbasi, M. (2011). Ethical considerations in educational research. *The Journal of Medical History*, 3(8), 65-91. <https://doi.org/10.22037/mhj.v3i8.5783>
- Böhm, D., Stock Gissendanner, S., Bangemann, K., Snitjer, I., Werfel, T., Weyergraf, A., Schulz, W., Jager, G., & Schmid-Ott, G. (2013). Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(2), 220-226. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04451.x>

- Booth, R. J., & Ashbridge, K. R. (1992). Teleological coherence: Exploring the dimensions of the immune system. *Scandinavian Journal of Immunology*, 36(6), 751-759. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3083.1992.tb03136.x>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Bruni, F., Alessandrini, A., Starace, M., Orlando, G., & Piraccini, B. M. (2021). Clinical and trichoscopic features in various forms of scalp psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35(9), 1830-1837. <https://doi.org/10.1111/jdv.17354>
- Bundy, C., Pinder, B., Bucci, S., Reeves, D., Griffiths, C. E. M., & Tarrier, N. (2013). A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic Targeted Intervention for Psoriasis (e TIP s) study. *British Journal of Dermatology*, 169(2), 329-336. <https://doi.org/10.1111/bjd.12350>
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
- Chiu, H. Y., Cheng, Y. P., & Tsai, T. F. (2012). T helper type 17 in psoriasis: From basic immunology to clinical practice. *Dermatologica Sinica*, 30(4), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.dsi.2012.08.002>
- Chiu, H. Y., Wang, T. S., Chen, P. H., Hsu, S. H., Tsai, Y. C., & Tsai, T. F. (2018). Psoriasis in Taiwan: From epidemiology to new treatments. *Dermatologica Sinica*, 36(3), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.dsi.2018.06.001>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Costello, C. G., & Comrey, A. L. (1967). Scales for measuring depression and anxiety. *The Journal of Psychology*, 66(2), 303-313. <https://doi.org/10.1080/00223980.1967.10544910>
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560-565. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180f6171f>
- Danson, S. J., Johnson, P., Ward, T. H., Dawson, M., Denny, O., Dickinson, G., Aarons, L., Watson, A., Jowle, D., Cummings, J., Robson, L., Ranson, M. (2011). Phase I pharmacokinetic and pharmacodynamics study of the bio reductive drug RH1. *Annals of Oncology*, 22(7), 1653-1660. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq638>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbonowski, F., Harington, A., Bouns, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3>
- Dobrică, E. C., Cozma, M. A., Găman, M. A., Voiculescu, V. M., & Găman, A. M. (2022). The Involvement of Oxidative Stress in Psoriasis: A Systematic Review. *Antioxidants*, 11(2), 282-288. <https://doi.org/10.3390/antiox11020282>
- Dowlatshahi, E. A., Wakkee, M., Arends, L. R., & Nijsten, T. (2014). The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, 134(6), 1542-1551. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.508>
- Duckworth, A. L., & Kern, M. L. (2011). A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *Journal of Research in Personality*, 45(3), 259-268. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.02.004>
- Ferreira, B. I. R. C., Abreu, J. L. P. D. C., Dos Reis, J. P. G., & Figueiredo, A. M. D. C. (2016). Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 9(6), 36-43.

- Frischknecht, L., Vecellio, M., & Selmi, C. (2019). The role of epigenetics and immunological imbalance in the etiopathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 11(3), 1-8. <https://doi.org/10.1177/1759720X19886505>
- Fulton, S., Décarie-Spain, L., Fioramonti, X., Guiard, B., & Nakajima, S. (2022). The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 33(1), 18-35. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2021.10.005>
- Ghorbani, N., & Watson, P. J. (2004). Two facets of self-knowledge, the five-factor model, and promotions among Iranian managers. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 32(8), 769-776. <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.8.769>
- Ghorbani, N., & Watson, P. J. (2006). Religious orientation types in Iranian Muslims: Differences in alexithymia, emotional intelligence, self-consciousness, and psychological adjustment. *Review of Religious Research*, 47(3), 303-310.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & LeBreton, D. L. (2003). Individualist and collectivist values: Evidence of compatibility in Iran and the United States. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 431-447. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00205-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00205-2)
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308. <https://doi.org/10.1080/00207590244000098>
- Ghorbani, N., Cunningham, C. J., & Watson, P. J. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 45(2), 147-154. <https://doi.org/10.1080/00207590903473768>
- Ghorbani, N., Mousavi, A., Watson, P. J., & Chen, Z. (2011). Integrative self-knowledge and the harmony of purpose model in Iranian autoimmune patients. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(2), 1-8.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology*, 142(4), 395-412. <https://doi.org/10.3200/JRPL.142.4.395-412>
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Hamzavy, F., & Weathington, B. L. (2010). Self-knowledge and narcissism in Iranians: Relationships with empathy and self-esteem. *Current Psychology*, 29(2), 135-143. <https://doi.org/10.1007/s12144-010-9079-5>
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Rezazadeh, Z., & Cunningham, C. J. L. (2011). Dialogical Validity of Religious Measures in Iran: Relationships with Integrative Self-Knowledge and Self-Control of the Perfect Man (Ensan-e-Kamel). *Archive for the Psychology of Religion*, 33, 93-113. <https://doi.org/10.1163/157361211X552209>
- Gino, F., Schweitzer, M. E., Mead, N. L., & Ariely, D. (2011). Unable to resist temptation: How self-control depletion promotes unethical behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 115(2), 191-203. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2011.03.001>
- Ginsburg, I. H., & Link, B. G. (1989). Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 20(1), 53-63. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(89\)70007-4](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(89)70007-4)
- Griffiths, C. E., & Richards, H. L. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26(4), 338-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2001.00834.x>
- Jawad, M. A., & Kadhim, A. J. (2021). Psoriasis-cell Mediated Autoimmune Disease: A Review. *Journal of Pharmaceutical Quality Assurance*, 12(3), 306-310. <https://doi.org/10.25258/ijpqa.12.3.27>
- Jonason, P. K., & Tost, J. (2010). I just cannot control myself: The Dark Triad and self-control. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 611-615. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.031>
- Kılıç, A., Güleç, M. Y., Gül, Ü. & Güleç, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(5), 537-542. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2007.02460.x>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications: New York.

- Konstam, V., Chernoff, M., & Deveney, S. (2001). Toward forgiveness: The role of shame, guilt, anger, and empathy. *Counseling and Values, 46*(1), 26-39. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2001.tb00204.x>
- Lakshmy, S., Balasundaram, S., Sarkar, S., Audhya, M., & Subramaniam, E. (2015). A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian Journal of Psychological Medicine, 37*(4), 434-440. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.168587>
- Ledić Drvar, D. L., Vlahinić, T., Maleš, Ž., Turčić, P., & Čeović, R. (2019). A modern approach to the treatment of plaque psoriasis. *Acta Pharmaceutica, 69*(4), 511-523. <https://doi.org/10.2478/acph-2019-0047>
- Lee, G. S., & Yom, Y. H. (2013). Structural equation modeling on life-world integration in people with severe burns. *Asian Nursing Research, 7*(3), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.06.003>
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review, 58*(3), 419-438.
- Martínez-Ortega, J. M., Noguera, P., Muñoz-Negro, J. E., Gutiérrez-Rojas, L., González-Domenech, P., & Gurpegui, M. (2019). Quality of life, anxiety and depressive symptoms in patients with psoriasis: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research, 124*(8), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109780>
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 17*(1), 66-71. <https://doi.org/10.1177/2156587211423400>
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J. M. G. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 817-828. <https://doi.org/10.1037/a0028782>
- Mills, R. S. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review, 25*(1), 26-63. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2004.08.001>
- Morone, N. E., Lynch, C. P., Losasso, V. J., Liebe, K., & Greco, C. M. (2012). Mindfulness to reduce psychosocial stress. *Mindfulness, 3*(1), 22-29. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0076-z>
- Murphy, C., & MacKillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology, 219*(2), 527-536. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2573-0>
- Narmandakh, A., Roest, A. M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30*(12), 1969-1982. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3>
- Neborsky, R. J. (2003). Shame and guilt from a developmental neuroscience perspective: Implications for technique in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy, 7*(1), 54-75.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 73-89. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199701\)53:1<73::AID-JCLP10>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199701)53:1<73::AID-JCLP10>3.0.CO;2-I)
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 1007-1020. <https://doi.org/10.1037/a0028329>
- Rodríguez-Zúñiga, M. J. M., & García-Perdomo, H. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome. *Journal of the American Academy of Dermatology, 77*(4), 657-666. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.04.1133>
- Roller, L., & Gowan, J. (2022). Disease state management: Psoriasis. *AJP: The Australian Journal of Pharmacy, 103*(1213), 76-85.
- Russo, P. A., Ilchef, R., & Cooper, A. J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian Journal of Dermatology, 45*(3), 155-161. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2004.00078.x>

- Sahi, F. M., Masood, A., Danawar, N. A., Mekaiel, A., & Malik, B. H. (2020). Association between psoriasis and depression: a traditional review. *Cureus*, 12(8), e9708. <https://doi.org/10.7759/cureus.9708>
- Salman, A., Kurt, E., Topcuoglu, V., & Demircay, Z. (2016). Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional controlled study. *American Journal of Clinical Dermatology*, 17(3), 305-311. <https://doi.org/10.1007/s40257-016-0172-x>
- Sampogna, F., Tabolli, S., & Abeni, D. (2012). Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(3), 299-303. <https://doi.org/10.2340/00015555-1273>
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons: New York.
- Schmertz, S. K., Masuda, A., & Anderson, P. L. (2012). Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(3), 362-371. <https://doi.org/10.1002/jclp.20861>
- Sloman, S. A. (1996). The empirical case for two systems of reasoning. *Psychological Bulletin*, 119(1), 3-22. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.3>
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., Montoya, J. D., & Bernard, M. L. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 613-617. <https://doi.org/10.1037/a0025189>
- Song, Y. S. (2011). Depression, stress, anxiety and mindfulness in nursing students. *Korean Journal of Adult Nursing*, 23(4), 397-402.
- Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2007). Shame and guilt in antisocial and risky behaviors. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 371-388). New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1256-1269. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1256>
- Valikhani, A., & Goodarzi, M. A. (2017). Contingencies of self-worth and psychological distress in Iranian patients seeking cosmetic surgery: Integrative self-knowledge as mediator. *Aesthetic plastic surgery*, 41(4), 955-963. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0853-8>
- Van Der Lee, M. L., & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology*, 21(3), 264-272. <https://doi.org/10.1002/pon.1890>
- Van Voorhees, A. S., & Fried, R. (2009). Depression and quality of life in psoriasis. *Postgraduate medicine*, 121(4), 154-161. <https://doi.org/10.3810/pgm.2009.07.2040>
- Vladut, C. I., & Kállay, É. (2010). Psychosocial implications of psoriasis: theoretical review. *Cognition, Brain, Behavior*, 14(1), 23-35.
- Wang, X., Lin, J., Liu, Q., Lv, X., Wang, G., Wei, J., Zhu, G., Chen, Q., Tian, H., Zhang, K., Wang, X., Zhang, N., Yu, X., Su, Y. A., & Si, T. (2022). Major depressive disorder comorbid with general anxiety disorder: Associations among neuroticism, adult stress, and the inflammatory index. *Journal of psychiatric research*, 148(Apr), 307-314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.013>
- Williams, J. E., & Pykett, J. (2022). Mental health monitoring apps for depression and anxiety in children and young people: A scoping review and critical ecological analysis. *Social Science & Medicine*, 29(Mar), 114802. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114802>
- Zheng, Y., Zhou, Z., Liu, Q., Yang, X., & Fan, C. (2019). Perceived stress and life satisfaction: a multiple mediation model of self-control and rumination. *Journal of Child and Family Studies*, 28(Jun), 3091-3097. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01486-6>

- Zill, J. M., Dirmaier, J., Augustin, M., Dwinger, S., Christalle, E., Härter, M., & Mrowietz, U. (2018). Psychosocial distress of patients with psoriasis: protocol for an assessment of care needs and the development of a supportive intervention. *JMIR Research Protocols*, 7(2), e22. <https://doi.org/10.2196/resprot.8490>