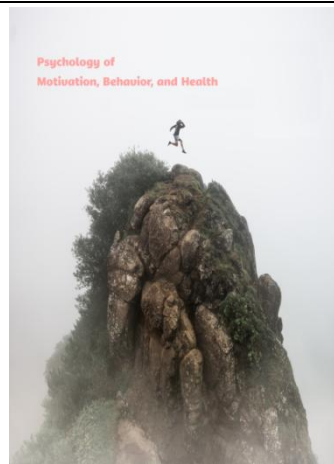


A Comparison of Anxiety Sensitivity, Experiential Avoidance, and Meta-Worry in Individuals With and Without Skin Problems

1. Maryam Raesi¹: Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
2. Fariba Tabe Bordbar^{2*}: Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: tabebordbar@pnu.ac.ir

Received: 2024-01-29 Revised: 2024-04-30 Accepted: 2024-05-07 Published: 2024-05-21



Abstract

Introduction and Aim: Skin disorders are not limited to physical symptoms and are frequently associated with significant psychological difficulties such as anxiety, chronic worry, and emotional avoidance, all of which may negatively affect quality of life and social functioning. The present study aimed to compare anxiety sensitivity, experiential avoidance, and meta-worry among individuals with severe skin problems, mild skin problems, and healthy individuals.

Methodology: This study employed a causal-comparative design. The statistical population included individuals referred to dermatology clinics in Shiraz in 2021. The sample consisted of 80 participants selected through convenience sampling and divided into three groups: individuals with severe skin problems (n=20), individuals with mild skin problems (n=20), and healthy individuals (n=40). Data were collected using the Experiential Avoidance Questionnaire (EAQ), the Revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR), and the Meta-Worry Questionnaire (MWQ). Data analysis was conducted using multivariate analysis of variance (MANOVA) and Scheffé post hoc tests in SPSS-20.

Findings: The results of multivariate analysis of variance indicated significant differences among the three groups in anxiety sensitivity, experiential avoidance, and meta-worry ($P < 0.001$). Univariate analyses further showed that individuals with skin disorders, particularly those with severe conditions, reported significantly higher levels of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and meta-worry compared to healthy individuals. In addition, individuals with severe skin disorders demonstrated significantly higher levels of meta-worry and experiential avoidance than those with mild skin disorders, whereas the difference in anxiety sensitivity between the two clinical groups was not statistically significant. The largest effect size was observed for experiential avoidance.

Conclusion: The findings suggest that skin disorders are significantly associated with maladaptive cognitive-emotional patterns, and affected individuals experience elevated levels of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and meta-worry. These results highlight the importance of integrating psychological interventions alongside medical treatments and emphasize the potential value of anxiety reduction, emotional acceptance, and metacognitive-based interventions for patients with skin disorders.

Keywords: Skin Disorders, Anxiety Sensitivity, Experiential Avoidance, Meta-Worry, Mental Health

How to Cite: Raesi, M., & Tabe Bordbar, F. (2024). A Comparison of Anxiety Sensitivity, Experiential Avoidance, and Meta-Worry in Individuals With and Without Skin Problems. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 2(1), 1-16.



Copyright: © 2024 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Skin disorders are not merely somatic conditions; they are closely intertwined with psychological, emotional, and social functioning. Because the skin is directly visible and plays a central role in physical appearance and interpersonal communication, dermatological problems may become a persistent source of distress, shame, fear of negative evaluation, and reduced quality of life (Beresford, 2013; Cortes et al., 2022). Previous studies have shown that patients with skin diseases experience higher levels of psychological symptoms than healthy individuals, including anxiety, depression, social withdrawal, and body-image concerns (Abdi et al., 2018; Balieva et al., 2023). In particular, chronic skin problems such as psoriasis, vitiligo, eczema, and acne may expose individuals to repeated experiences of social embarrassment and self-focused attention, thereby increasing their vulnerability to anxiety-related processes (Ansar et al., 2013; Vernwal, 2017). Anxiety sensitivity is one of the important psychological constructs in this regard. It refers to fear of anxiety-related bodily, cognitive, and social symptoms and has been shown to be associated with functional impairment among adults with skin disorders (Dixon et al., 2019; Ellison et al., 2021). Individuals with skin problems may interpret bodily sensations, visible symptoms, or signs of emotional arousal as threatening, uncontrollable, or socially damaging. This heightened sensitivity can intensify anxiety and contribute to maladaptive coping patterns (Aghaharis & Ramzani, 2017; Bernstein et al., 2019). Another important construct is experiential avoidance, which refers to attempts to suppress, escape, or control unpleasant thoughts, feelings, bodily sensations, or memories. Although avoidance may reduce distress temporarily, it often increases psychological inflexibility and maintains anxiety in the long term (Dymond, 2019; Sain et al., 2024). Research has shown that experiential avoidance is related to anxiety symptoms, emotion dysregulation, body-image preoccupation, and reduced psychological flexibility (Bajestan et al., 2026; Dosti et al., 2016). In addition, meta-worry, or worry about worry itself, may intensify distress by making individuals believe that their worries are uncontrollable or harmful. This process has been linked to body dysmorphic concerns and maladaptive metacognitive patterns (Rabiee, 2015; Yildirim & Bahtiyar, 2022). Since skin disorders may increase concerns about appearance, health, and social judgment, examining anxiety sensitivity, experiential

avoidance, and meta-worry together can provide a more comprehensive understanding of the psychological burden of dermatological conditions.

Methodology

This study was conducted using a causal-comparative design. The statistical population included adult men and women who referred to dermatology clinics in Shiraz in 2021. The sample consisted of 80 participants selected through convenience sampling. Participants were divided into three groups: 20 individuals with severe skin problems, 20 individuals with mild skin problems, and 40 healthy individuals. The clinical groups were selected from patients attending a dermatology clinic, and the severity of skin problems was determined based on the clinical evaluation of a dermatologist. The healthy group was selected from individuals without chronic skin problems. Inclusion criteria included adulthood, having chronic skin problems for at least one year in the clinical groups, and willingness to participate in the study. Exclusion criteria included incomplete questionnaires and unwillingness to continue participation. Ethical considerations were observed throughout the study. Participants were informed about the purpose of the research, voluntary participation, and confidentiality of their information.

Data were collected using three questionnaires. Experiential avoidance was measured using the Experiential Avoidance Questionnaire, which assesses acceptance, experiential avoidance, and psychological inflexibility. Higher scores indicate greater experiential avoidance and lower psychological flexibility. Anxiety sensitivity was measured using the Revised Anxiety Sensitivity Index, which includes components of fear of bodily concerns, fear of cognitive dyscontrol, and fear of publicly observable anxiety symptoms. Meta-worry was assessed using the Meta-Worry Questionnaire, which measures social anxiety, health anxiety, and meta-worry. Reliability coefficients in the present study were acceptable, with Cronbach's alpha values of 0.84 for experiential avoidance, 0.82 for anxiety sensitivity, and 0.85 for meta-worry. Data were analyzed using SPSS version 20. Descriptive statistics, including mean and standard deviation, were calculated. Multivariate analysis of variance was used to examine overall group differences, followed by univariate analyses and Scheffé post hoc tests for pairwise comparisons.

Findings

The descriptive findings showed that individuals with severe skin problems had the highest scores in all psychological variables, followed by individuals with mild skin problems and then healthy individuals. For experiential avoidance, the total mean score was 89.30 with a standard deviation of 11.48 in the severe skin-problem group, 77.00 with a standard deviation of 9.72 in the mild skin-problem group, and 61.70 with a standard deviation of 8.85 in the healthy group. In the acceptance component, the mean scores were 28.75, 24.90, and 19.85, respectively. In the experiential avoidance component, the mean scores were 30.65, 26.30, and 20.70, respectively. In psychological inflexibility, the mean scores were 29.90, 25.80, and 21.15, respectively.

For anxiety sensitivity, the total mean score was 45.80 with a standard deviation of 7.42 in the severe skin-problem group, 39.50 with a standard deviation of 6.13 in the mild skin-problem group, and 29.60 with a standard deviation of 5.58 in the healthy group. In fear of bodily concerns, the mean scores were 19.25, 16.80, and 12.60, respectively. In fear of cognitive dyscontrol, the mean scores were 12.70, 10.95, and 8.05, respectively. In fear of publicly observable anxiety symptoms, the mean scores were 13.85, 11.75, and 8.95, respectively.

For meta-worry, the findings also showed higher scores among individuals with severe skin problems. The mean score of social anxiety was 22.40 in the severe group, 19.60 in the mild group, and 15.80 in the healthy group. The mean score of health anxiety was 21.90 in the severe group, 18.75 in the mild group, and 14.60 in the healthy group. The mean score of meta-worry was 20.85 in the severe group, 17.90 in the mild group, and 13.70 in the healthy group.

Before inferential analysis, statistical assumptions were examined. Box's M test was not significant, Box's M = 18.42, $F(12, 6845.12) = 1.21$, $p = 0.143$, indicating equality of covariance matrices. Levene's test was also non-significant for all variables, $p > 0.05$, confirming homogeneity of variances. Shapiro-Wilk tests indicated no significant deviation from normality, $p > 0.05$. MANOVA showed a significant overall difference among the three groups, Wilks' Lambda = 0.54, $F(6,150) = 11.84$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.32. Univariate analyses showed significant group differences in anxiety sensitivity, $F(2,77) = 18.96$, $p < 0.001$, $\eta = 0.33$; experiential avoidance, $F(2,77) = 24.81$, $p < 0.001$, $\eta = 0.39$; and meta-worry, $F(2,77) = 17.43$, $p < 0.001$, $\eta = 0.31$.

The largest effect size belonged to experiential avoidance. Scheffé post hoc tests showed that healthy individuals scored significantly lower than both clinical groups in anxiety sensitivity, experiential avoidance, and meta-worry. The severe skin-problem group scored significantly higher than the mild group in experiential avoidance, mean difference = 12.30, standard error = 3.12, $p = 0.018$, and meta-worry, mean difference = 2.95, standard error = 0.94, $p = 0.011$. However, the difference between the severe and mild groups in anxiety sensitivity was not statistically significant, mean difference = 6.30, standard error = 2.18, $p = 0.071$.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that individuals with skin problems, especially those with severe conditions, experience higher levels of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and meta-worry than healthy individuals. These results suggest that skin disorders are associated with maladaptive cognitive-emotional processes and should not be understood only as physical conditions. The elevated anxiety sensitivity among affected individuals may reflect their heightened fear of bodily sensations, visible symptoms, and anxiety-related reactions in social contexts. Since skin problems are often visible, patients may become more attentive to bodily changes and more concerned about how others evaluate them. This can intensify anxiety and reinforce emotional vulnerability.

The findings also showed that experiential avoidance had the largest effect size among the studied variables. This suggests that avoidance of unpleasant internal experiences may be a central psychological mechanism differentiating individuals with skin problems from healthy individuals. Patients with severe skin problems may attempt to avoid distressing emotions, social situations, mirrors, conversations about appearance, or thoughts related to their illness. Although such avoidance may temporarily reduce discomfort, it can maintain anxiety, increase psychological inflexibility, and limit adaptive coping. The significant difference between severe and mild groups in experiential avoidance further indicates that as the severity of skin problems increases, avoidance-based coping may become more dominant.

The higher level of meta-worry among individuals with skin problems also suggests that these patients may be caught in repetitive cycles of worry about their appearance, health, social acceptance, and the uncontrollability of their own worries. This form of worry can intensify distress and reduce psychological

adjustment. The fact that both mild and severe clinical groups differed significantly from healthy individuals shows that even less severe skin problems may be associated with meaningful psychological burden. Overall, the results support the need for integrated dermatological and psychological care. Psychological interventions focused on reducing experiential avoidance, modifying anxiety-related beliefs,

improving emotional acceptance, and managing meta-worry may help improve adjustment and quality of life in patients with skin disorders. Therefore, treatment plans for dermatological patients should include not only medical management of symptoms but also psychological assessment and intervention targeting anxiety sensitivity, experiential avoidance, and meta-worry.

مقایسه حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به مشکلات پوستی

۱. مریم رئیسی استبرق^{ID}: کارشناسی ارشد روانشناسی، پیام نور، تهران، ایران
۲. فریبا تابع بردبار^{ID}: دانشیار، هیات علمی پیام نور، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: tabebordbar@pnu.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۹ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۱۱ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۸ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

چکیده

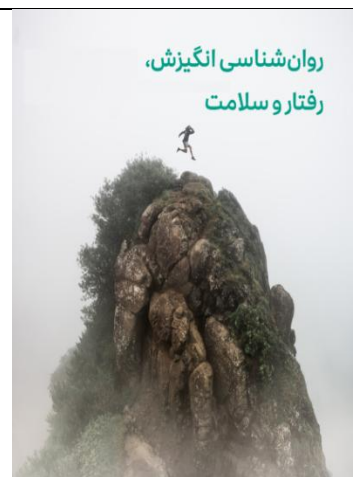
مقدمه و هدف: بیماری‌های پوستی علاوه بر پیامدهای جسمانی، با مشکلات روان‌شناختی گسترده‌ای همچون اضطراب، نگرانی مزمن و اجتناب هیجانی همراه هستند و می‌توانند کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی افراد را به شدت تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی در افراد مبتلا به مشکلات پوستی شدید، خفیف و افراد عادی انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش با طرح علی-مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری شامل مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های پوست شهر شیراز در سال ۲۰۲۱ بود. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر بود که در سه گروه افراد دارای مشکلات پوستی شدید (۲۰ نفر)، افراد دارای مشکلات پوستی خفیف (۲۰ نفر) و افراد عادی (۴۰ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای (EAQ)، مقیاس تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی (ASIR) و پرسشنامه فرانگرانی (MWQ) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی شفه در نرم‌افزار SPSS-۲۰ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد بین سه گروه مورد مطالعه از نظر حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج آزمون‌های تک‌متغیری نیز نشان داد افراد مبتلا به مشکلات پوستی، به‌ویژه گروه دارای مشکلات شدید، در مقایسه با افراد عادی سطوح بالاتری از حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی را گزارش کردند. همچنین فرانگرانی و اجتناب تجربه‌ای در گروه دارای مشکلات پوستی شدید به‌طور معناداری بیشتر از گروه دارای مشکلات خفیف بود، در حالی که تفاوت حساسیت اضطرابی بین دو گروه بالینی معنادار نبود. بیشترین اندازه اثر مربوط به متغیر اجتناب تجربه‌ای بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد مشکلات پوستی با الگوهای ناسازگار شناختی و هیجانی ارتباط معناداری دارند و افراد مبتلا به این مشکلات در معرض سطوح بالاتری از حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی قرار دارند. این نتایج بر ضرورت توجه همزمان به مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی و استفاده از رویکردهای مبتنی بر کاهش اضطراب، پذیرش هیجانی و اصلاح باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به مشکلات پوستی تأکید می‌کند.

کلیدواژه‌گان: مشکلات پوستی، حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای، فرانگرانی، سلامت روان



نحوه استناددهی: رئیسی استبرق، مریم، و تابع بردبار، فریبا. (۱۴۰۳). مقایسه حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به مشکلات پوستی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲(۱)، ۱۶-۱.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

ارتباط پیدا می‌کنند (Cortes et al., 2022). همچنین، مطالعه طولی مبتنی بر داده‌های ثبت ملی در نروژ نشان داده است که بیماران بزرگسال مبتلا به بیماری‌های پوستی در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی قرار دارند (Balieva et al., 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مشکلات پوستی باید در چارچوب مدل زیستی-روانی-اجتماعی بررسی شوند؛ مدلی که در آن نشانه جسمانی، هیجان، شناخت، رفتار و تعاملات اجتماعی به صورت متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند.

یکی از متغیرهای مهم در این زمینه، حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی به ترس از نشانه‌های اضطراب و پیامدهای احتمالی آن اشاره دارد؛ یعنی فرد نشانه‌هایی مانند تپش قلب، تنش بدنی، لرزش، آشفتگی شناختی یا دیده شدن اضطراب توسط دیگران را خطرناک، شرم‌آور یا غیرقابل کنترل تفسیر می‌کند. این سازه در بیماران پوستی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا افراد مبتلا ممکن است نشانه‌های بدنی و هیجانی خود را با شدت بیشتری رصد کنند و هر تغییر پوستی یا واکنش جسمانی را به عنوان علامتی نگران‌کننده تجربه نمایند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران دارای مشکلات پوستی، به ویژه بیماران مبتلا به پسوریازیس، در مقایسه با افراد عادی حساسیت اضطرابی و ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌پذیرتری دارند (Aghaharis & Ramzani, 2017). در همین راستا، مطالعه‌ای درباره بزرگسالان دارای بیماری پوستی نشان داد که اضطراب از طریق حساسیت اضطرابی می‌تواند به اختلال عملکرد بیشتر منجر شود (Dixon et al., 2019). همچنین، حساسیت اضطرابی با اضطراب اجتماعی در افراد دارای نشانه‌های روان‌پوستی ارتباط دارد و نگرانی درباره ظاهر و واکنش دیگران می‌تواند ترس از ارزیابی منفی را تشدید کند (Ellison et al., 2021). از این منظر، حساسیت اضطرابی ممکن است واسطه‌ای مهم میان تجربه جسمانی بیماری پوستی و پیامدهای روان‌شناختی آن باشد.

اهمیت حساسیت اضطرابی تنها به حوزه پوست محدود نیست، بلکه در سایر بیماری‌های جسمانی نیز به عنوان یک عامل تشدیدکننده تجربه بیماری مطرح شده است. برای نمونه، یافته‌های پژوهشی درباره بیماران مبتلا به آرتریت التهابی نشان داده است که حساسیت اضطرابی می‌تواند در شاخص‌های شدت بیماری نقش مقطعی و

بیماری‌های پوستی از جمله مشکلات جسمانی شایعی هستند که پیامدهای آن‌ها به نشانه‌های بالینی محدود نمی‌شود، بلکه در بسیاری از موارد با آشفتگی‌های روان‌شناختی، کاهش کیفیت زندگی، اختلال در روابط اجتماعی و افزایش حساسیت نسبت به ارزیابی دیگران همراه است. پوست به دلیل نقش آشکار آن در ظاهر فرد، تعامل اجتماعی و ادراک بدنی، جایگاهی ویژه در تجربه روانی انسان دارد و هرگونه تغییر قابل مشاهده در آن می‌تواند موجب نگرانی، شرم، اجتناب اجتماعی و احساس تهدید نسبت به تصویر خود شود. بر همین اساس، اختلالات پوستی نه تنها به عنوان پدیده‌هایی زیستی، بلکه به عنوان شرایطی روان‌تی و اجتماعی قابل تحلیل هستند که در آن‌ها عوامل شناختی، هیجانی و رفتاری با شدت و تداوم نشانه‌های جسمانی درهم تنیده می‌شوند. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به مشکلات پوستی در مقایسه با افراد سالم، سطح بالاتری از نشانه‌های روان‌شناختی را تجربه می‌کنند و این نشانه‌ها می‌توانند در قالب اضطراب، افسردگی، نگرانی، حساسیت نسبت به قضاوت دیگران و کاهش سازگاری روانی ظاهر شوند (Abdi et al., 2018). از سوی دیگر، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس و سایر اختلالات پوستی به دلیل مزمن بودن بیماری، عود مکرر علائم، نگرانی از ظاهر و محدودیت‌های اجتماعی به طور معناداری کاهش می‌یابد (Ansar et al., 2013). بنابراین، بررسی متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با مشکلات پوستی می‌تواند در فهم بهتر تجربه زیسته بیماران و طراحی مداخلات جامع‌تر نقش مهمی داشته باشد.

در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی بر بار روانی و اجتماعی اختلالات پوستی تأکید کرده‌اند. گزارش‌های بالینی و پژوهشی نشان می‌دهد که بیماری‌های پوستی می‌توانند موجب احساس طرد، شرم، کناره‌گیری اجتماعی و کاهش اعتمادبه‌نفس شوند؛ زیرا فرد مبتلا همواره در معرض مشاهده و قضاوت دیگران قرار دارد و ممکن است ظاهر پوست خود را به عنوان منبع تهدید اجتماعی تجربه کند (Beresford, 2013). پژوهش‌های مروری نیز نشان داده‌اند که بیماران دارای اختلالات پوستی در معرض کاهش کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی و مشکلات سازگاری قرار دارند و این اختلالات در برخی موارد با شدت نشانه‌های پوستی و مدت ابتلا

طولی داشته باشد (Bernstein et al., 2019). این امر نشان می‌دهد که نحوه تفسیر فرد از نشانه‌های بدنی، به اندازه خود نشانه‌ها در تجربه بیماری اهمیت دارد. افزون بر این، حساسیت اضطرابی با تحمل پریشانی پایین و عدم تحمل ابهام ارتباط دارد و می‌تواند شدت اضطراب را در شرایط مختلف افزایش دهد (Laposa et al., 2015). در بیماران پوستی، این سازوکار می‌تواند به شکل نگرانی مداوم نسبت به تغییرات پوست، ترس از بدتر شدن نشانه‌ها، توجه بیش از حد به واکنش‌های بدنی و نگرانی از دیده شدن اضطراب توسط دیگران بروز یابد. به همین دلیل، بررسی حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به مشکلات پوستی، به ویژه در مقایسه با افراد عادی، می‌تواند به شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر در آسیب‌پذیری این گروه کمک کند.

متغیر مهم دیگر، اجتناب تجربه‌ای است. اجتناب تجربه‌ای به تلاش فرد برای فرار، سرکوب یا کنترل افکار، احساسات، خاطرات و تجربه‌های درونی ناخوشایند اشاره دارد؛ حتی زمانی که این تلاش‌ها به کاهش عملکرد و محدود شدن زندگی فرد منجر شوند. در بیماران پوستی، اجتناب تجربه‌ای ممکن است به شکل اجتناب از حضور در جمع، پنهان کردن ضایعات پوستی، خودداری از تماس اجتماعی، اجتناب از موقعیت‌هایی که احتمال مشاهده بدن وجود دارد، یا سرکوب افکار مربوط به ظاهر بدن بروز کند. پژوهش‌های حوزه پذیرش و تعهد نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند نقش مهمی در تداوم آشفتگی روانی داشته باشند؛ از این رو، ابزارهای سنجش پذیرش و عمل برای ارزیابی این سازه‌ها در نمونه‌های ایرانی نیز مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفته‌اند (Abbasi et al., 2011). همچنین، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش پذیرش هیجانی تأکید دارند، در کاهش اشتغال ذهنی با بدریختی بدن و ترس از تصویر بدنی مؤثر گزارش شده‌اند (Dosti et al., 2016). این یافته‌ها اهمیت اجتناب تجربه‌ای را در حوزه اختلالات مرتبط با تصویر بدنی و مشکلات پوستی برجسته می‌سازد.

اجتناب تجربه‌ای در پژوهش‌های جدید به عنوان یکی از سازوکارهای فراتشخیصی اضطراب نیز مطرح شده است. مطالعه‌ای نشان داده است که اجتناب تجربه‌ای لحظه‌ای با نشانه‌های اضطرابی

رابطه دارد و افزایش اجتناب از تجربه‌های درونی می‌تواند شدت نشانه‌های اضطراب را در زمان‌های مختلف افزایش دهد (Sain et al., 2024). همچنین، پژوهش‌های نظری و تجربی درباره خاموشی اجتناب در اختلالات اضطرابی نشان داده‌اند که رفتارهای اجتنابی اگرچه در کوتاه‌مدت موجب کاهش تنش می‌شوند، اما در بلندمدت با حفظ اضطراب و جلوگیری از یادگیری اصلاحی همراه‌اند (Dymond, 2019). مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای و حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی اضطراب سلامت نقش دارند (Wheaton et al., 2010). این موضوع برای بیماران پوستی اهمیت دارد، زیرا اضطراب سلامت، نگرانی از تغییرات بدنی و تلاش برای کنترل تجربه‌های ناخوشایند می‌تواند به چرخه‌ای از توجه افراطی، نگرانی، اجتناب و تشدید آشفتگی منجر شود. در همین امتداد، پژوهش‌های جدیدتر نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای در حوزه‌های گوناگون روان‌شناختی، از جمله شدت بی‌خوابی در نوجوانان دارای نشانه‌های ADHD و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین، نقش میانجی یا تبیین‌کننده دارد (Bajestan et al., 2026; Y. Zhang & X. Fan, 2025). همچنین، اجتناب تجربه‌ای در رضایت رابطه‌ای از طریق ارتباط هیجانی نیز نقش دارد و این نشان می‌دهد که این سازه نه تنها با اضطراب فردی، بلکه با عملکرد بین‌فردی نیز در ارتباط است (B. Zhang & C. Fan, 2025).

فرانگرانی نیز از دیگر متغیرهای مهم در فهم مشکلات روان‌شناختی بیماران پوستی است. فرانگرانی به نگرانی درباره خود نگرانی اشاره دارد؛ یعنی فرد نه تنها درباره رویدادها یا نشانه‌های جسمانی نگران می‌شود، بلکه درباره پیامدهای نگرانی خود نیز دچار نگرانی ثانویه می‌گردد. این فرایند می‌تواند چرخه نگرانی را پایدارتر کند و کنترل ذهنی فرد را کاهش دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مؤلفه‌های فراشناختی، فرانگرانی و آمیختگی فکر با اختلال بدریخت‌انگاری بدن ارتباط دارند (Rabiee, 2015). در بیماران پوستی، نگرانی درباره ظاهر، احتمال بدتر شدن ضایعات، برداشت دیگران، درمان‌پذیری بیماری و آینده اجتماعی فرد می‌تواند با فرانگرانی ترکیب شود و به پریشانی پایدارتر منجر گردد. از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای اجتناب تجربه‌ای می‌توانند در رابطه میان فراشناخت‌ها و نگرانی نقش میانجی داشته باشند (Yildirim & Bahtiyar, 2022). بنابراین، در افراد مبتلا به مشکلات پوستی، اجتناب تجربه‌ای و

اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درمانیت آتوپیک می‌توانند سودمند باشند (Hartono et al., 2024). همچنین، بار روانی و اجتماعی پسوریازیس بر سلامت روان و بهزیستی بیماران تأثیر معناداری دارد و این وضعیت می‌تواند احساس ناتوانی، نگرانی از آینده و کاهش مشارکت اجتماعی را افزایش دهد (Kapur et al., 2024). این شواهد نشان می‌دهند که تمرکز صرف بر درمان جسمانی برای بیماران پوستی کافی نیست و لازم است متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با بیماری نیز به صورت علمی بررسی شوند.

در سطح نظری، پیوند میان بیماری پوستی و متغیرهای روان‌شناختی را می‌توان از منظر فرایندهای شناختی-هیجانی تبیین کرد. هنگامی که فرد نشانه‌های پوستی را تهدیدکننده، شرم‌آور یا کنترل‌ناپذیر ارزیابی می‌کند، احتمال تجربه اضطراب افزایش می‌یابد. این اضطراب، حساسیت فرد نسبت به نشانه‌های بدنی را بیشتر می‌کند و موجب می‌شود فرد به کوچک‌ترین تغییر در پوست یا واکنش دیگران توجه افراطی نشان دهد. در ادامه، فرد برای کاهش تنش ممکن است از موقعیت‌های اجتماعی یا تجربه‌های هیجانی ناخوشایند اجتناب کند؛ اما همین اجتناب، فرصت تجربه اصلاحی و کاهش ترس را از بین می‌برد. در نهایت، نگرانی درباره نگرانی و اشتغال ذهنی با پیامدهای احتمالی بیماری، فرانگرانی را تقویت می‌کند و چرخه‌ای از اضطراب، اجتناب و نگرانی شکل می‌گیرد. پژوهش‌های مرتبط با شناخت‌های بیماری، آمیختگی شناختی، اجتناب و کیفیت زندگی نشان داده‌اند که این فرایندها می‌توانند پیش‌بین پریشانی و کیفیت زندگی باشند (Gillanders et al., 2015). همچنین، شواهد مربوط به آگزمای آتوپیک در بزرگسالی نشان داده است که بیماری‌های پوستی با افزایش خطر افسردگی و اضطراب همراه‌اند (Schonmann et al., 2020). بنابراین، بررسی همزمان حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی در بیماران پوستی می‌تواند تصویری منسجم‌تر از سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با این بیماری‌ها ارائه دهد.

با وجود اهمیت این متغیرها، در بسیاری از مطالعات داخلی و خارجی هر یک از این سازه‌ها به صورت جداگانه بررسی شده‌اند و پژوهش‌های کمتری به مقایسه همزمان حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی در سطوح مختلف شدت مشکلات پوستی پرداخته‌اند. چنین مقایسه‌ای می‌تواند نشان دهد که آیا شدت بیماری

فرانگرانی ممکن است به صورت متقابل عمل کنند؛ یعنی فرد برای رهایی از نگرانی‌های ظاهری و جسمانی از تجربه‌های درونی و موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کند و همین اجتناب به تداوم نگرانی و افزایش کنترل‌ناپذیری ذهنی بینجامد.

اضطراب اجتماعی و نگرانی از ارزیابی دیگران نیز در بیماران پوستی اهمیت ویژه‌ای دارد. تغییرات ظاهری ناشی از بیماری‌های پوستی می‌تواند توجه فرد را بیش از حد به خود جلب کند و موجب شود فرد در تعاملات اجتماعی همواره نگران نگاه، قضاوت یا طرد دیگران باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارزیابی اجتماعی و تهدید قریب‌الوقوع می‌تواند سوگیری توجه به خود و اضطراب اجتماعی را افزایش دهند (Haikal & Hong, 2010). در حوزه پوست، نگرانی از آنچه دیگران درباره ظاهر فرد فکر می‌کنند، خود می‌تواند منبع استرس مضاعف باشد و فراتر از علائم جسمانی، رنج روانی قابل توجهی ایجاد کند (Thompson & Montgomery, 2018). مطالعه‌ای در زمینه پسوریازیس نیز نشان داده است که نگرانی نسبت به تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی در بیماران پوستی بالاتر از افراد عادی است (Conti et al., 2015). در بیماران مبتلا به ویتیلیگو نیز سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی گزارش شده و این یافته ضرورت توجه به ابعاد روان‌شناختی بیماری را نشان می‌دهد (Vernwal, 2017). بنابراین، مشکلات پوستی می‌توانند از طریق نگرانی درباره ظاهر و ارزیابی اجتماعی، به حساسیت اضطرابی، اجتناب و فرانگرانی دامن بزنند.

از سوی دیگر، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که استرسورها و شیوه‌های مقابله‌ای بیماران پوستی با افراد عادی تفاوت دارد و افراد مبتلا ممکن است در مواجهه با فشارهای روانی از راهبردهای کمتر سازگارانه استفاده کنند (Nasri & Yelan, 2014). این مسئله از آن جهت اهمیت دارد که نحوه مقابله با بیماری می‌تواند بر مسیر سازگاری روانی و حتی ادراک شدت نشانه‌ها اثر بگذارد. راهنماهای بالینی نیز بر ضرورت مدیریت همبودی‌های روان‌شناختی در شرایط پوستی تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که درمانگران و متخصصان پوست باید به اضطراب، افسردگی، شرم، اجتناب و کیفیت زندگی بیماران توجه داشته باشند (Connor, 2017). در همین راستا، مرورها و فراتحلیل‌های جدید نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی برای

زنان و ۵۰ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. همچنین از نظر سنی، ۳۵ درصد در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، ۴۰ درصد در دامنه ۳۰ تا ۴۰ سال و ۲۵ درصد بالاتر از ۴۰ سال قرار داشتند و از نظر تحصیلات نیز شرکت‌کنندگان دارای سطوح مختلف تحصیلی از زیر دیپلم تا تحصیلات دانشگاهی بودند.

برای سنجش اجتناب تجربه‌ای از پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای (EAQ) استفاده شد که توسط باند و همکاران طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۰ گویه با طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای بوده و مؤلفه‌هایی همچون پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را ارزیابی می‌کند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر است. این پرسشنامه برای سنجش نحوه مواجهه افراد با افکار، هیجان‌ها و تجربه‌های ناخوشایند طراحی شده و در پژوهش‌های مختلف از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده است. در نسخه فارسی نیز ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۸۴ به دست آمد و نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه بود.

به منظور ارزیابی حساسیت اضطرابی از مقیاس تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی (ASIR) استفاده شد که توسط فلویید و همکاران تدوین شده است. این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۶ گویه‌ای است که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و سه مؤلفه ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران را می‌سنجد. نمرات بالاتر بیانگر حساسیت بیشتر نسبت به نشانه‌های اضطرابی و پیامدهای ادراک‌شده آن است. این پرسشنامه در مطالعات مختلف از ثبات درونی و اعتبار مطلوبی برخوردار بوده و در نمونه ایرانی نیز روایی و پایایی آن تأیید شده است. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب ابزار بود.

برای سنجش فرآیندهای روان‌شناختی از پرسشنامه فرآیندهای (MWQ) استفاده شد که توسط آدرین ولز طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه با مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای بوده و سه بعد فرآیندهای

پوستی با افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی همراه است یا صرفاً مبتلا به مشکل پوستی برای ایجاد تفاوت معنادار با افراد عادی کافی است. همچنین، تفکیک بیماران به گروه‌های دارای مشکلات شدید و خفیف می‌تواند به فهم دقیق‌تر رابطه میان شدت نشانه‌های پوستی و شدت فرایندهای شناختی-هیجانی کمک کند. این موضوع از نظر بالینی نیز اهمیت دارد، زیرا اگر مشخص شود بیماران دارای مشکلات پوستی شدید سطوح بالاتری از اجتناب تجربه‌ای و فرآیندهای مداخلات روان‌شناختی باید متناسب با شدت بیماری و الگوی آسیب‌پذیری روانی طراحی شوند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرآیندهای در افراد مبتلا به مشکلات پوستی شدید، افراد مبتلا به مشکلات پوستی خفیف و افراد عادی انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود و با هدف مقایسه حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرآیندهای در افراد مبتلا و غیرمبتلا به مشکلات پوستی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراجعه‌کنندگان زن و مرد به کلینیک‌های پوست شهر شیراز در سال ۲۰۲۱ بود. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در سه گروه افراد دارای مشکلات پوستی شدید، افراد دارای مشکلات پوستی خفیف و افراد عادی قرار گرفتند. گروه‌های بالینی از میان مراجعه‌کنندگان کلینیک پوست رویان شیراز و با تشخیص پزشک متخصص پوست انتخاب شدند و شدت بیماری بر اساس ارزیابی بالینی پزشک مشخص گردید. گروه عادی نیز از میان افراد سالم و فاقد سابقه بیماری پوستی مزمن انتخاب شد. معیار ورود شامل داشتن سن بزرگسالی، ابتلا به مشکلات پوستی مزمن حداقل به مدت یک سال و رضایت برای مشارکت در پژوهش بود و معیارهای خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و یا عدم تمایل به ادامه همکاری در نظر گرفته شد. پیش از اجرای پژوهش، اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه به صورت شفاهی از آنان اخذ گردید. همچنین به تمامی افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و صرفاً در راستای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ۵۰ درصد نمونه را

در این پژوهش، متغیرهای حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی به عنوان متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفتند و تفاوت آن‌ها در گروه‌های دارای مشکلات پوستی شدید، مشکلات پوستی خفیف و افراد عادی مقایسه شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف معیار محاسبه شد و در بخش آمار استنباطی، به منظور بررسی تفاوت همزمان متغیرهای پژوهش میان گروه‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. همچنین پس از معنادار شدن نتایج، برای بررسی تفاوت‌های دو به دو میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه بهره گرفته شد. پیش از اجرای تحلیل‌ها نیز مفروضه‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همسانی ماتریس‌های کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری برقرار است.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل اجتناب تجربه‌ای، حساسیت اضطرابی و فرانگرانی همراه با مؤلفه‌های هر یک در سه گروه افراد مبتلا به مشکلات پوستی شدید، افراد مبتلا به مشکلات پوستی خفیف و افراد عادی گزارش شده است. سپس مفروضه‌های آماری تحلیل بررسی و در ادامه نتایج تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی شفه ارائه شده است.

اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار با هدف سنجش نگرانی درباره نگرانی و اشتغال ذهنی مداوم نسبت به پیامدهای منفی احتمالی طراحی شده است. در نسخه فارسی این مقیاس، شاخص‌های روایی و پایایی مطلوبی گزارش شده و همسانی درونی ابعاد مختلف آن در سطح قابل قبولی قرار دارد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه فرانگرانی بود.

پس از هماهنگی با کلینیک پوست و اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر با مراجعه به کلینیک پوست رویان شیراز اقدام به شناسایی و انتخاب افراد واجد شرایط نمود. شرکت‌کنندگان پس از آگاهی از اهداف پژوهش و اعلام رضایت برای مشارکت، وارد مطالعه شدند. گروه بالینی شامل افراد مبتلا به مشکلات پوستی خفیف و شدید بود که شدت بیماری آنان توسط پزشک متخصص پوست تعیین و در فرم ارزیابی ثبت شده بود. گروه عادی نیز از میان افراد سالم و عمدتاً همراهمان بیماران انتخاب شد. پس از تشکیل گروه‌ها، پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و از آنان خواسته شد به تمامی سؤالات با دقت پاسخ دهند. پژوهشگر در طول تکمیل پرسشنامه‌ها حضور داشت تا در صورت نیاز توضیحات لازم را ارائه دهد و از کامل بودن پاسخ‌ها اطمینان حاصل کند. تمامی مراحل اجرا در محیطی آرام و با رعایت اصول اخلاق پژوهش انجام شد تا شرایط پاسخ‌دهی برای همه افراد یکسان باشد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرها و مؤلفه‌های پژوهش در سه گروه

متغیر	مؤلفه	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	پذیرش	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۲۸.۷۵	۴.۶۲
اجتناب تجربه‌ای	پذیرش	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۲۴.۹۰	۴.۱۵
اجتناب تجربه‌ای	پذیرش	افراد عادی	۴۰	۱۹.۸۵	۳.۸۸
اجتناب تجربه‌ای	اجتناب تجربه‌ای	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۳۰.۶۵	۵.۱۰
اجتناب تجربه‌ای	اجتناب تجربه‌ای	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۲۶.۳۰	۴.۵۴
اجتناب تجربه‌ای	اجتناب تجربه‌ای	افراد عادی	۴۰	۲۰.۷۰	۴.۰۳
اجتناب تجربه‌ای	عدم انعطاف‌پذیری روانی	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۲۹.۹۰	۵.۲۵
اجتناب تجربه‌ای	عدم انعطاف‌پذیری روانی	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۲۵.۸۰	۴.۶۱
اجتناب تجربه‌ای	عدم انعطاف‌پذیری روانی	افراد عادی	۴۰	۲۱.۱۵	۳.۹۵
اجتناب تجربه‌ای	نمره کل	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۸۹.۳۰	۱۱.۴۸

متغیر	مؤلفه	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	نمره کل	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۷۷.۰۰	۹.۷۲
اجتناب تجربه‌ای	نمره کل	افراد عادی	۴۰	۶۱.۷۰	۸.۸۵
حساسیت اضطرابی	ترس از نگرانی‌های بدنی	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۱۹.۲۵	۳.۸۱
حساسیت اضطرابی	ترس از نگرانی‌های بدنی	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۱۶.۸۰	۳.۲۴
حساسیت اضطرابی	ترس از نگرانی‌های بدنی	افراد عادی	۴۰	۱۲.۶۰	۲.۹۵
حساسیت اضطرابی	ترس از عدم کنترل شناختی	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۱۲.۷۰	۲.۸۴
حساسیت اضطرابی	ترس از عدم کنترل شناختی	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۱۰.۹۵	۲.۴۷
حساسیت اضطرابی	ترس از عدم کنترل شناختی	افراد عادی	۴۰	۸.۰۵	۲.۲۱
حساسیت اضطرابی	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۱۳.۸۵	۲.۷۳
حساسیت اضطرابی	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۱۱.۷۵	۲.۳۰
حساسیت اضطرابی	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	افراد عادی	۴۰	۸.۹۵	۱.۹۶
حساسیت اضطرابی	نمره کل	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۴۵.۸۰	۷.۴۲
حساسیت اضطرابی	نمره کل	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۳۹.۵۰	۶.۱۳
حساسیت اضطرابی	نمره کل	افراد عادی	۴۰	۲۹.۶۰	۵.۵۸
فرانگرانی	اضطراب اجتماعی	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۲۲.۴۰	۳.۹۶
فرانگرانی	اضطراب اجتماعی	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۱۹.۶۰	۳.۳۴
فرانگرانی	اضطراب اجتماعی	افراد عادی	۴۰	۱۵.۸۰	۲.۹۱
فرانگرانی	اضطراب سلامتی	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۲۱.۹۰	۳.۷۴
فرانگرانی	اضطراب سلامتی	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۱۸.۷۵	۳.۱۶
فرانگرانی	اضطراب سلامتی	افراد عادی	۴۰	۱۴.۶۰	۲.۸۰
فرانگرانی	فرانگرانی	مشکلات پوستی شدید	۲۰	۲۰.۸۵	۳.۵۲
فرانگرانی	فرانگرانی	مشکلات پوستی خفیف	۲۰	۱۷.۹۰	۳.۰۸
فرانگرانی	فرانگرانی	افراد عادی	۴۰	۱۳.۷۰	۲.۶۵

پیش از اجرای تحلیل واریانس، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد تفاوت معناداری میان ماتریس‌های واریانس-کوواریانس گروه‌ها وجود ندارد؛ بنابراین فرض همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار بود، $(Box's M = ۱۸.۴۲)$ $(F(۱۲, ۶۸۴۵.۱۲) = ۱.۲۱, p = ۰.۱۴۳)$. همه متغیرها غیرمعنادار بود $(p > ۰.۰۵)$ و در نتیجه فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی تأیید شد. افزون بر این، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌ها انحراف معناداری از نرمال بودن ندارد $(p > ۰.۰۵)$ بر این اساس، شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس برقرار بود.

بر اساس نتایج جدول ۱، در همه متغیرها و مؤلفه‌ها، افراد مبتلا به مشکلات پوستی شدید بالاترین میانگین را گزارش کرده‌اند و پس از آن افراد دارای مشکلات پوستی خفیف و سپس افراد عادی قرار گرفته‌اند. این الگو نشان می‌دهد که با افزایش شدت مشکلات پوستی، میزان اجتناب تجربه‌ای، عدم انعطاف‌پذیری روانی، حساسیت اضطرابی، نگرانی‌های بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران، اضطراب اجتماعی، اضطراب سلامتی و فرانگرانی افزایش می‌یابد. بنابراین، داده‌های توصیفی بیانگر آن است که افراد دارای مشکلات پوستی شدید از نظر شاخص‌های شناختی، هیجانی و رفتاری وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به دو گروه دیگر دارند.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	Eta
حساسیت اضطرابی	۴۶۲۸.۳۱	۲	۲۳۱۴.۱۵	۱۸.۹۶	<۰.۰۰۱	۰.۳۳
اجتناب تجربه‌ای	۷۳۵۴.۷۲	۲	۳۶۷۷.۳۶	۲۴.۸۱	<۰.۰۰۱	۰.۳۹
فرانگرانی	۳۹۸۱.۴۴	۲	۱۹۹۰.۷۲	۱۷.۴۳	<۰.۰۰۱	۰.۳۱

معناداری با یکدیگر دارند ($F(2,77) = 17.43, p < 0.001, \eta^2 = 0.31$). مقایسه اندازه اثرها نشان می‌دهد که اجتناب تجربه‌ای با مقدار Eta برابر با ۰.۳۹ بیشترین سهم را در تمایز میان گروه‌ها داشته است و پس از آن حساسیت اضطرابی و فرانگرانی قرار دارند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین سه گروه مورد مطالعه از نظر حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود دارد ($F(2,77) = 18.96, p < 0.001, \eta^2 = 0.33$). همچنین تفاوت گروه‌ها از نظر اجتناب تجربه‌ای نیز معنادار بود ($F(2,77) = 24.81, p < 0.001, \eta^2 = 0.39$). علاوه بر این، نتایج نشان داد که سه گروه از نظر فرانگرانی نیز تفاوت جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
حساسیت اضطرابی	مشکلات پوستی شدید - مشکلات پوستی خفیف	۶.۳۰	۲.۱۸	۰.۰۷۱
حساسیت اضطرابی	مشکلات پوستی شدید - افراد عادی	۱۶.۲۰	۱.۹۶	<۰.۰۰۱
حساسیت اضطرابی	مشکلات پوستی خفیف - افراد عادی	۹.۹۰	۱.۸۸	<۰.۰۰۱
اجتناب تجربه‌ای	مشکلات پوستی شدید - مشکلات پوستی خفیف	۱۲.۳۰	۳.۱۲	۰.۰۱۸
اجتناب تجربه‌ای	مشکلات پوستی شدید - افراد عادی	۲۷.۶۰	۲.۷۴	<۰.۰۰۱
اجتناب تجربه‌ای	مشکلات پوستی خفیف - افراد عادی	۱۵.۳۰	۲.۶۱	<۰.۰۰۱
فرانگرانی	مشکلات پوستی شدید - مشکلات پوستی خفیف	۲.۹۵	۰.۹۴	۰.۰۱۱
فرانگرانی	مشکلات پوستی شدید - افراد عادی	۷.۱۵	۰.۸۸	<۰.۰۰۱
فرانگرانی	مشکلات پوستی خفیف - افراد عادی	۴.۲۰	۰.۸۱	<۰.۰۰۱

مبتلا به مشکلات پوستی در مقایسه با افراد عادی از نظر متغیرهای روان‌شناختی وضعیت آسیب‌پذیرتری دارند.

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی شفه در جدول ۳، حساسیت اضطرابی در افراد عادی به‌طور معناداری کمتر از افراد دارای مشکلات پوستی شدید و خفیف بود، اما تفاوت بین دو گروه دارای مشکلات پوستی شدید و خفیف از نظر حساسیت اضطرابی معنادار نبود ($p = 0.071$). در متغیر اجتناب تجربه‌ای، هر سه مقایسه زوجی معنادار بود؛ به این معنا که افراد دارای مشکلات پوستی شدید بیشترین اجتناب تجربه‌ای، افراد دارای مشکلات پوستی خفیف متوسط و افراد عادی کمترین میزان اجتناب تجربه‌ای را داشتند. همچنین در متغیر فرانگرانی نیز همه مقایسه‌های زوجی معنادار بود و افراد دارای مشکلات پوستی شدید بالاترین سطح فرانگرانی را نسبت به دو گروه دیگر گزارش کردند. در مجموع، نتایج نشان داد شدت مشکلات پوستی با افزایش اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی همراه است و افراد

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی در افراد مبتلا به مشکلات پوستی شدید، افراد مبتلا به مشکلات پوستی خفیف و افراد عادی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به مشکلات پوستی، به‌ویژه افراد دارای مشکلات شدید، در مقایسه با افراد عادی سطوح بالاتری از حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی را تجربه می‌کنند. همچنین نتایج نشان داد که شدت مشکلات پوستی با افزایش این متغیرهای روان‌شناختی همراه است؛ به‌گونه‌ای که افراد دارای مشکلات پوستی شدید در اغلب متغیرها وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به افراد دارای مشکلات

سرکوب کند و از مواجهه با آن‌ها بگریزد. در بیماران پوستی، این اجتناب ممکن است به شکل دوری از حضور در جمع، اجتناب از روابط اجتماعی، پنهان کردن بدن یا اجتناب از صحبت درباره بیماری بروز کند. اگرچه این رفتارها در کوتاه‌مدت ممکن است اضطراب را کاهش دهند، اما در بلندمدت به تداوم ترس، کاهش انعطاف‌پذیری روانی و افزایش آشفتگی منجر می‌شوند (Dymond, 2019). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که با افزایش شدت مشکلات پوستی، میزان اجتناب تجربه‌ای افزایش پیدا می‌کند؛ موضوعی که می‌تواند نشان‌دهنده تلاش بیشتر این افراد برای کنترل یا فرار از تجربه‌های درونی ناخوشایند باشد.

در تبیین رابطه میان مشکلات پوستی و اجتناب تجربه‌ای می‌توان به نقش تصویر بدنی و ترس از ارزیابی اجتماعی اشاره کرد. افرادی که دچار مشکلات پوستی هستند، اغلب نسبت به ظاهر خود حساسیت بیشتری دارند و ممکن است بدن خود را منبع شرم، تهدید یا طرد اجتماعی تلقی کنند. این وضعیت می‌تواند منجر به کاهش تعاملات اجتماعی و افزایش رفتارهای اجتنابی شود (Conti et al., 2015). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرانی از قضاوت دیگران و توجه بیش از حد به واکنش‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی را در این بیماران تشدید می‌کند (Haikal & Hong, 2010; Thompson & Montgomery, 2018). در نتیجه، اجتناب تجربه‌ای در این بیماران نه تنها به دلیل ترس از هیجان‌های ناخوشایند، بلکه به دلیل نگرانی از دیده شدن و ارزیابی منفی دیگران تقویت می‌شود. این یافته‌ها اهمیت توجه به فرایندهای شناختی-اجتماعی را در درمان بیماران پوستی نشان می‌دهد.

از دیگر یافته‌های مهم پژوهش حاضر، بالاتر بودن فرانگرانی در بیماران مبتلا به مشکلات پوستی، به‌ویژه افراد دارای مشکلات شدید بود. این یافته با نتایج مطالعات پیشین درباره نقش فراشناخت‌ها و نگرانی در اختلالات مرتبط با تصویر بدنی و اضطراب همسو است (Rabiee, 2015; Yildirim & Bahtiyar, 2022). فرانگرانی به معنای نگرانی درباره نگرانی است؛ یعنی فرد نه تنها درباره بیماری، ظاهر یا آینده خود نگران می‌شود، بلکه درباره کنترل‌ناپذیری نگرانی‌هایش نیز نگرانی پیدا می‌کند. این وضعیت موجب می‌شود چرخه نگرانی پایدارتر شود و فرد احساس کند توانایی کنترل ذهن و هیجان‌های

خفیف نشان دادند. این یافته‌ها بیانگر آن است که بیماری‌های پوستی صرفاً مشکلاتی جسمانی نیستند، بلکه با طیفی از فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری در تعامل قرار دارند و می‌توانند به شکل‌گیری چرخه‌ای از اضطراب، نگرانی و اجتناب منجر شوند. به طور کلی، نتایج این پژوهش از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی در تبیین بیماری‌های پوستی حمایت می‌کند و نشان می‌دهد که تجربه این بیماری‌ها با آشفتگی روان‌شناختی قابل توجهی همراه است (Balieva et al., 2023; Cortes et al., 2022).

یکی از یافته‌های اصلی پژوهش حاضر، بالاتر بودن حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به مشکلات پوستی نسبت به افراد عادی بود. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان داده‌اند بیماران پوستی در مقایسه با افراد سالم، سطوح بالاتری از اضطراب، نگرانی نسبت به نشانه‌های جسمانی و ترس از ارزیابی منفی دیگران را تجربه می‌کنند (Aghaharis & Ramzani, 2017; Ellison et al., 2021). در تبیین این یافته می‌توان گفت که مشکلات پوستی به دلیل آشکار بودن و ارتباط مستقیم با ظاهر فرد، توجه بیمار را به نشانه‌های بدنی افزایش می‌دهد. در چنین شرایطی، فرد ممکن است هر تغییر پوستی، خارش، التهاب یا واکنش جسمانی را به صورت اغراق‌آمیز و تهدیدکننده تفسیر کند. این فرایند موجب می‌شود حساسیت نسبت به نشانه‌های اضطراب افزایش یابد و فرد نسبت به پیامدهای روانی و اجتماعی آن نگرانی بیشتری پیدا کند. بر اساس مدل‌های شناختی اضطراب، هنگامی که فرد نشانه‌های جسمانی را خطرناک یا غیرقابل کنترل ارزیابی می‌کند، چرخه اضطراب تقویت می‌شود و این امر به تشدید نگرانی و آشفتگی روانی منجر خواهد شد (Bernstein et al., 2019). در بیماران پوستی، این چرخه می‌تواند به دلیل نگرانی مداوم درباره ظاهر، احتمال قضاوت شدن و بدتر شدن بیماری شدیدتر باشد. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که افراد مبتلا به مشکلات پوستی شدید نسبت به افراد عادی و حتی بیماران دارای مشکلات خفیف، سطوح بالاتری از اجتناب تجربه‌ای دارند. این نتیجه با پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل‌های اجتناب هیجانی همخوانی دارد (Dosti et al., 2016; Hayes-Skelton, 2013). اجتناب تجربه‌ای زمانی شکل می‌گیرد که فرد تلاش می‌کند افکار، هیجان‌ها و تجربه‌های ناخوشایند را کنترل یا

نگرانی نگه دارد. این موضوع با یافته‌های پژوهش‌هایی که نقش اجتناب تجربه‌ای را در رضایت رابطه‌ای، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مشکلات هیجانی نشان داده‌اند نیز همسو است (B. Zhang & C. Fan, 2025; Y. Zhang & X. Fan, 2025). بنابراین، اجتناب تجربه‌ای می‌تواند به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی در فهم و درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران پوستی در نظر گرفته شود.

از منظر بالینی، یافته‌های این پژوهش اهمیت توجه به عوامل روان‌شناختی در درمان بیماری‌های پوستی را برجسته می‌کند. بسیاری از درمان‌های پزشکی بر کنترل علائم جسمانی متمرکز هستند، در حالی که اضطراب، نگرانی، اجتناب و مشکلات شناختی بیماران ممکن است بدون مداخله باقی بمانند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مشکلات پوستی مؤثر باشند (Hartono et al., 2024). همچنین، بار روانی-اجتماعی بیماری‌هایی مانند پسوریازیس می‌تواند به شدت بر سلامت روان و بهزیستی فرد اثر بگذارد (Kapur et al., 2024). از این رو، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات فراشناختی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و برنامه‌های کاهش اضطراب می‌توانند در کنار درمان‌های دارویی به بهبود وضعیت بیماران کمک کنند. این رویکردها به بیماران کمک می‌کنند تا به جای اجتناب از تجربه‌های درونی، انعطاف‌پذیری روانی بیشتری پیدا کنند و نگرانی‌های خود را به شیوه‌ای سازگارانه‌تر مدیریت نمایند.

یافته‌های پژوهش حاضر در مجموع نشان می‌دهد که مشکلات پوستی با مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی-هیجانی ناسازگار همراه هستند و هرچه شدت بیماری بیشتر باشد، میزان حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی نیز افزایش می‌یابد. این نتایج از این دیدگاه حمایت می‌کند که بیماری‌های پوستی را نمی‌توان صرفاً بر اساس نشانه‌های جسمانی تبیین کرد، بلکه لازم است ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی آن‌ها نیز مورد توجه قرار گیرد. همچنین، این یافته‌ها نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی نه تنها پیامد بیماری پوستی هستند، بلکه ممکن است در تداوم و تشدید آن نیز نقش داشته باشند. بنابراین، رویکردهای درمانی چندبعدی که همزمان به

خود را از دست داده است. در بیماران پوستی، نگرانی درباره پیشرفت بیماری، واکنش دیگران، تأثیر بیماری بر روابط اجتماعی و کیفیت زندگی می‌تواند به شکل فرانگرانی ظاهر شود. در چنین شرایطی، فرد به طور مداوم افکار منفی را مرور می‌کند و همین اشتغال ذهنی باعث افزایش اضطراب و کاهش سازگاری روانی می‌شود.

پژوهش حاضر نشان داد که شدت مشکلات پوستی با افزایش اضطراب اجتماعی، اضطراب سلامتی و فرانگرانی همراه است. این نتیجه با پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند بیماران مبتلا به مشکلات پوستی در معرض اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند، همخوانی دارد (Ansar et al., 2013; Schonmann et al., 2020). در واقع، تجربه مزمن بیماری پوستی می‌تواند فرد را در وضعیت هشدار روانی دائمی قرار دهد. نگرانی از عود بیماری، بدتر شدن ضایعات، ناکارآمدی درمان یا طرد اجتماعی موجب می‌شود فرد همواره در حالت انتظار تهدید قرار گیرد. این وضعیت به تدریج می‌تواند احساس ناایمنی روانی را افزایش دهد و زمینه را برای شکل‌گیری نگرانی‌های مداوم فراهم سازد. مطالعه‌ای درباره بیماران مبتلا به ویتیلیگو نیز نشان داده است که این افراد در مقایسه با سایر گروه‌ها سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (Verwal, 2017). بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب نقش نگرانی مزمن و حساسیت روان‌شناختی در بیماری‌های پوستی تفسیر کرد.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که اجتناب تجربه‌ای بیشترین سهم را در تمایز میان گروه‌ها داشته است. این یافته از نظر نظری اهمیت زیادی دارد، زیرا نشان می‌دهد که نحوه مواجهه فرد با تجربه‌های درونی می‌تواند نقش اساسی‌تری نسبت به سایر متغیرها در تداوم آشفتگی روانی بیماران پوستی داشته باشد. در سال‌های اخیر، اجتناب تجربه‌ای به عنوان یکی از فرایندهای فراتشخیصی در اختلالات روان‌شناختی شناخته شده است؛ فرایندی که در طیف گسترده‌ای از مشکلات هیجانی و رفتاری مشاهده می‌شود (Sain et al., 2024). در بیماران پوستی نیز اجتناب از تجربه هیجان‌های ناخوشایند، مواجهه اجتماعی یا پذیرش وضعیت بدنی می‌تواند انعطاف‌پذیری روانی را کاهش دهد و فرد را در چرخه اضطراب و

جنبه‌های جسمانی و روان‌شناختی توجه دارند، می‌توانند اثربخشی بیشتری در درمان بیماران مبتلا به مشکلات پوستی داشته باشند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. همچنین، داده‌های پژوهش بر اساس ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شد و این مسئله ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی یا تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه تصویر مطلوب از خود قرار گرفته باشد. از سوی دیگر، پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود و بنابراین امکان نتیجه‌گیری قطعی درباره روابط علی میان متغیرها وجود ندارد. علاوه بر این، نوع بیماری پوستی، مدت زمان ابتلا، شدت واقعی علائم بالینی و مصرف داروهای روان‌پزشکی یا پوستی به صورت دقیق کنترل نشد که این عوامل می‌توانند بر نتایج اثرگذار باشند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی و تجربی استفاده شود تا امکان بررسی روابط علی میان مشکلات پوستی و متغیرهای روان‌شناختی فراهم گردد. همچنین، بررسی نقش متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، شفقت به خود، تصویر بدنی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در بیماران پوستی می‌تواند به توسعه مدل‌های جامع‌تر کمک کند. پیشنهاد دیگر، مقایسه انواع مختلف بیماری‌های پوستی از نظر متغیرهای شناختی-هیجانی و نیز بررسی تفاوت‌های جنسیتی و سنی در این حوزه است. استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر و بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی کمی و کیفی نیز می‌تواند درک عمیق‌تری از تجربه روان‌شناختی بیماران فراهم سازد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، توصیه می‌شود در کنار درمان‌های پزشکی، خدمات روان‌شناختی نیز برای بیماران مبتلا به مشکلات پوستی در نظر گرفته شود. برگزاری کارگاه‌های آموزش مدیریت اضطراب، مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش پذیرش روان‌شناختی می‌تواند به کاهش اجتناب تجربه‌ای و فرانگرانی کمک کند. همچنین، همکاری نزدیک میان متخصصان پوست، روان‌شناسان و مشاوران می‌تواند به طراحی برنامه‌های درمانی جامع‌تر و مؤثرتر منجر شود. آموزش خانواده‌ها و افزایش آگاهی عمومی درباره پیامدهای روان‌شناختی بیماری‌های پوستی نیز می‌تواند از انگ اجتماعی و احساس طرد در این بیماران بکاهد و زمینه را برای سازگاری بهتر آنان فراهم سازد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Abbasi, I., Fati, L., Moloudi, R., & Zarrabi, H. (2011). Psychometric Adequacy of the Persian Version of the Acceptance and Action Questionnaire: The Second Version. *Scientific-Research Quarterly of Psychological Methods and Models*, 3(10), 65-80.
- Abdi, Z. M., Besharat, M., & Davoudi, S. M. (2018). Comparison of Psychological Symptoms Severity in Patients Suffering from Skin Diseases with Healthy Individuals. *JDC*, 9(1), 13-27.
- Aghaharis, M., & Ramzani, N. (2017). Comparison of Personality Traits and Sensitivity to Anxiety in People with and without Psoriasis. *Scientific-Research Quarterly of Health Psychology*(28), 67-82.
- Ansar, A., Jahangard, L., & Pahlavani, P. (2013). Quality of Life of Patients with Psoriasis Vulgaris: A Case-Control Study. *Journal of Skin and Beauty*, 4(3), 113-119.
- Bajestan, S. A., Rasouli, A., Sørensen, L., & Doosalivand, H. (2026). The Impact of ADHD Symptoms on Insomnia Severity in Adolescents: The Mediating Role of Emotion Dysregulation, Self-Compassion, and Experiential Avoidance. *BMC psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-026-07834-3>
- Balieva, F., Abebe, D., Dalgard, F. J., & Lien, L. (2023). Risk of Developing Psychiatric Disease among Adult Patients with Skin Disease: A 9-Year National Register Follow-Up Study in Norway. *Skin Health and Disease*, 3(6), e294. <https://doi.org/10.1002/ski2.294>
- Beresford, S. P. (2013). *The Psychological and Social Impact of Skin Disorders*.
- Bernstein, M., Mackenzie, C., Sareen, J., Dufault, B., & El-Gabalawy, R. (2019). Examining the Cross-Sectional and

- Nasri, S., & Yelan, M. (2014). Comparison of Stressors and Coping Methods in Patients with Skin Diseases and Normal People. *Scientific-Research Quarterly Journal of Health Psychology*, 4(15), 11-101.
- Rabiee, M. (2015). The Investigation of Correlation between Metacognitive Subscales, Meta-Worry and Thought-Fusion with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Nurse and Physician Within War*, 2(4), 162-167.
- Sain, K. S., Lord, K. A., Knowles, K. A., Everhardt, K., & Tolin, D. F. (2024). The Relationship between Momentary Experiential Avoidance and Anxiety Symptoms. *Anxiety, Stress, and Coping*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/10615806.2024.2383769>
- Schonnann, Y., Mansfield, K. E., Hayes, J. F., Abuabara, K., Roberts, A., Smeeth, L., & Langan, S. M. (2020). Atopic Eczema in Adulthood and Risk of Depression and Anxiety: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(1), 248-257. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.08.030>
- Thompson, A., & Montgomery, K. (2018). Stress and More Stress: The Importance in Skin Disease of Worrying about What Others Think. *British Journal of Dermatology*, 178(4), 821-822. <https://doi.org/10.1111/bjd.16469>
- Vernwal, D. (2017). A Study of Anxiety and Depression in Vitiligo Patients: New Challenges to Treat. *European Psychiatry*, 41(1), 321. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.242>
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2010). The Contribution of Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity in the Prediction of Health Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 229-239. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.3.229>
- Yildirim, J. C., & Bahtiyar, B. (2022). The Association between Metacognitions and Worry: The Mediator Role of Experiential Avoidance Strategies. *The Journal of psychology*, 156(8), 552-567. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2107977>
- Zhang, B., & Fan, C. (2025). The Effect of Marital Satisfaction and Experiential Avoidance on Parental Psychological Flexibility among Mothers of Preschool Children. *POL Scientific*, e81240010. <https://doi.org/10.14440/hpr.2597803>
- Zhang, Y., & Fan, X. (2025). Experiential Avoidance and Relationship Satisfaction: The Mediating Role of Emotional Communication in Couples. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 102-110.
- Longitudinal Effects of Anxiety Sensitivity on Indicators of Disease Severity among Patients with Inflammatory Arthritis. *Journal of anxiety disorders*, 67(20), 10-21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102117>
- Connor, C. (2017). Management of the Psychological Comorbidities of Dermatological Conditions: Practitioners' Guidelines. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 10, 117-132. <https://doi.org/10.2147/CCID.S111041>
- Conti, R. M., Berndt, E. R., & Frank, H. G. (2015). The Comparison of Body Image Concern and Social Anxiety in the Skin Disorder Psoriasis with Normal Individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 456-467.
- Cortes, H., Rojas-Marquez, M., Del Prado-Audelo, M. L., Reyes-Hernandez, O. D., Gonzalez-Del Carmen, M., & Leyva-Gomez, G. (2022). Alterations in Mental Health and Quality of Life in Patients with Skin Disorders: A Narrative Review. *International Journal of Dermatology*, 61(7), 783-791. <https://doi.org/10.1111/ijd.15852>
- Dixon, L. J., Witcraft, S. M., & Perry, M. M. (2019). How Does Anxiety Affect Adults with Skin Disease? Examining the Indirect Effect of Anxiety Symptoms on Impairment through Anxiety Sensitivity. *Cognitive therapy and research*, 43(1), 14-23. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9942-5>
- Dosti, P., Hosseini Nia, N., Dosti, S., & Dosti, P. (2016). The Effectiveness of Online Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Mental Preoccupation with Body Deformity and Fear of Body Image. *Development of Psychology*, 10(4), 25-32.
- Dymond, S. (2019). Overcoming Avoidance in Anxiety Disorders: The Contributions of Pavlovian and Operant Avoidance Extinction Methods. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 98, 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.01.007>
- Ellison, L., Witcraft, S. M., Dixon, L. J., & Dixon, L. J. (2021). Anxiety Sensitivity and Social Anxiety in Adults with Psychodermatological Symptoms. *Archives of Dermatological Research*, 313(7), 531-537. <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02130-w>
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness Cognitions, Cognitive Fusion, Avoidance and Self-Compassion as Predictors of Distress and Quality of Life in a Heterogeneous Sample of Adults after Cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003>
- Haikal, M., & Hong, R. Y. (2010). The Effects of Social Evaluation and Looming Threat on Self-Attentional Biases and Social Anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 24(3), 345-352. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.007>
- Hartono, S. P., Chatrath, S., & Aktas, O. (2024). Interventions for Anxiety and Depression in Patients with Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Scientific reports*, 14, 8844. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59162-9>
- Hayes-Skelton, S. A. (2013). An Acceptance-Based Behavioral Therapy for Individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 264-281. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.005>
- Kapur, S. K., Koka, S. S. A., Kancharla, P., Houdi, M., Shah, S., Fickert, A., & Burkhart, C. (2024). The Psychosocial Burden of Psoriasis: Understanding the Impact on Mental Health and Well-Being. 2(2). <https://doi.org/10.61853/m4cvhr51>
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L., & Rector, N. A. (2015). Distress Tolerance in OCD and Anxiety Disorders, and Its Relationship with Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 33, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.003>