ORIGINAL ARTICLE
Received:2025/12/06 *Accepted:2026/02/09*

A Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance among Women with Anxiety Symptoms

Azam Akbari (Ph .D. Candidate)[1], Ali Mohammadzadeh Ebrahimi (Ph .D.)[2], Fateme Esmaili (Ph .D.)[3]
1.Ph.D. Candidate in Psychology,Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran
2.Corresponding Author :Associate Professor Department of Psychology, University of Bojnord, Bojnord, Iran
E-mail:a.mohammadzadeh@ub.ac.ir. Tel: 09151872157
3.Assistant Professor Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

Abstract

Introduction: Distress tolerance, as a transdiagnostic construct, plays a pivotal role in the persistence of anxiety disorders. The present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on distress tolerance among women with anxiety symptoms.

Methods: This was a quasi-experimental study employing a pretest–posttest control group design. The statistical population consisted of all women with anxiety symptoms referred to counseling centers in Bojnord, Iran, during 2025. A total of 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: ACT, CFT, and control (n=15 per group). The research instruments comprised the Beck Anxiety Inventory and the Distress Tolerance Scale. The experimental groups each received eight 90-minute weekly sessions of ACT and CFT, respectively, while the control group received no intervention.

Results: Analysis of covariance revealed statistically significant between-group differences in the distress tolerance (F=73/64, p=0/001) and all subscales (p<0/001). Effect sizes ranged from 0/32 to 0/78. Post-hoc comparisons indicated that both ACT and CFT produced significant improvements in the total score and all subscales of distress tolerance relative to the control group (p<0/001); however, no statistically significant difference was found between the two interventions (p>0/05).

Conclusion: ACT and CFT are equally effective and clinically viable transdiagnostic interventions for improving multiple dimensions of distress tolerance in women with anxiety symptoms. Clinicians may draw upon either protocol to enhance distress tolerance capacity in comparable clinical populations.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, Women, Anxiety, Distress Tolerance

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

This Paper Should be Cited as:
Author: Azam Akbari, Ali Mohammadzadeh Ebrahimi, Fateme Esmaili. Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance among Women with Anxiety Symptoms …..…….Tolooebehdasht Journal. 2026;24(6)16-30.[Persian]

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانیِ زنان دارای علائم اضطراب

نویسندگان: اعظم اکبری[۱]، علی محمدزاده ابراهیمی[۲]، فاطمه اسمعیلی[۳]

۱.دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲.نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۵۱۸۷۲۱۵۷ E-mail:a.mohammadzadeh@ub.ac.ir

۳.استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وچهارم
شماره ششم
بهمن و اسفند
شماره مسلسل:۱۱۴

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۹/۱۵
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۱۱/۲۰

چکیده

مقدمه: تحمل پریشانی به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی، نقش کلیدی در تداوم اختلالات اضطرابی دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تحمل پریشانی در زنان دارای علائم اضطراب انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای علائم اضطراب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد در سال ۱۴۰۴ بود. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ACT، CFT و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر بود. گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ACT و CFT قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد تفاوت معناداری بین گروه‌ها در تحمل پریشانی (F=۷۳/۶۴، P=۰/۰۰۱) و مؤلفه‌های آن وجود دارد(P<۰/۰۰۱). اندازه اثر مداخلات بین ۰/۷۸ تا ۰/۳۲ متغیر بود. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که هر دو ACT و CFT به‌طور معناداری موجب ارتقای نمره کل و تمامی مؤلفه‌های تحمل پریشانی نسبت به گروه کنترل شدند(P<۰/۰۰۱). اما تفاوت معناداری بین اثربخشی آنها مشاهده نشد(P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: ACT و CFT مداخلاتی هم‌ارز و کارآمد برای بهبود ابعاد مختلف تحمل پریشانی در زنان مضطرب هستند. متخصصان بالینی می توانند از این پروتکل‌های فراتشخیصی جهت ارتقاء تحمل پریشانی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت ، زنان، اضطراب، تحمل پریشانی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

اضطراب (Anxiety) حالتی هیجانی است که با انتظار تهدید یا خطر در آینده همراه است و به عنوان تجربه‌ای پایدار از نگرانی، تنش عضلانی و برانگیختگی فیزیولوژیک تعریف می‌شود. این حالت معمولاً دست‌کم شش ماه تداوم دارد و با نشانه‌هایی چون بی‌قراری، تپش قلب و تعریق مشخص می‌شود(۱). از نظر رفتاری، اضطراب با الگوهای اجتنابی و کاهش عملکرد روزمره همراه است(۲). اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات هیجانی در میان زنان است و بر عملکرد تحصیلی، شغلی و خانوادگی تأثیر قابل‌توجهی دارد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت(۳) حدود ۴/۴٪ از جمعیت جهان در حال حاضر به نوعی از اختلال اضطرابی مبتلا هستند و این میزان در زنان به‌طور معناداری بیش از مردان است که می‌تواند ناشی از تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی باشد.

اختلالات اضطرابی به‌طور مستقیم با کاهش تحمل پریشانی (Distress Tolerance) ارتباط دارند؛ افرادی که آستانه پایینی برای تحمل هیجانات منفی دارند، معمولاً در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا به رفتارهای اجتنابی یا تکانشی روی می‌آورند. تحمل پریشانی به توانایی فرد در پذیرش و مدیریت تجربه‌های ناخوشایند بدون اقدام برای حذف یا اجتناب از آن‌ها اطلاق می‌شود(۴)، کاهش این ظرفیت می‌تواند آسیب‌پذیری نسبت به اضطراب و افسردگی را افزایش دهد(۵). در مقابل ارتقای تحمل پریشانی با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهبود تنظیم هیجان و کاهش شدت علائم اضطرابی مرتبط است(۶). بنابراین، شناسایی مداخلاتی که این توانایی را تقویت کنند، اهمیت ویژه‌ای دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) یکی از رویکردهای نسل سوم رفتاردرمانی است که بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش هیجانات ناخوشایند، گسلش شناختی و تعهد به ارزش‌های شخصی تمرکز دارد(۷). شواهد نشان می‌دهد که ACT با کاهش اجتناب تجربی و تقویت تنظیم هیجان، در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر است(۸).

بررسی های دیگر نشان داده اند ACT بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی(۹)، کاهش شدت درد و اختلال عملکرد، ارتقای پذیرش و کیفیت زندگی(۱۰) و کاهش ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی(۱۱) مؤثر است.یکی دیگر از درمان های موج سوم است که به عنوان مداخله‌ای مؤثر در اختلالات اضطرابی مورد توجه قرار گرفته است، درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-Focused Therapy:CFT) است(۱۲). شفقت شامل مهربانی و همدلی نسبت به خود و دیگران همراه با آگاهی از رنج و تلاش فعال برای کاهش آن است(۱۳،۱۴) و به افرادکمک می کند با افکار و احساسات منفی خود مواجه شوند و به بهزیستی روانی و جسمانی دست یابند(۱۵،۱۶). در این فرآیند، فرد تمرین می‌کند به جای تمرکز بر کاستی‌ها، خود را حمایت و مراقبت کند و خود را بدون قضاوت بپذیرد(۱۷،۱۸). شواهد نشان می‌دهند که شفقت به خود یک عامل محافظتی مهم در سلامت روان است(۱۹). همچنین مطالعات تجربی نشان داده‌اند که برنامه‌های خود شفقتی می‌توانند تحمل پریشانی، بیان هیجانات و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را بهبود بخشند(۲۰). پژوهش‌های مرور نظام‌مند اخیر

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

نشـان داده‌اند که CFT در کاهـش اضطراب و ارتقای بهزیسـتی هیجانی مؤثر است(۲۱).

در مجموع در حوزه درمان‌های موج سوم، دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت به‌طور ویژه بر تنظیم هیجان، پذیرش و شفقت به خود تأکید دارند. ACT بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش و عمل متعهدانه تمرکز دارد(۷،۸). در حالی که CFT بر پرورش نگرش شفقت‌آمیز، کاهش شرم و انتقاد از خود و فعال‌سازی سیستم عصبی آرام‌ساز تأکید می‌کند(۲۱،۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش هیجانات ناخوشایند، کاهش اجتناب تجـربی و تعهد به اهداف ارزشمند(۱۲) و درمان متمرکز بر شفقت با تمرکز بر توسعه خودشفقت، کاهش شرم و تقویت تنظیم هیجان(۱۶)، به طور مستقیم بر ظرفیت تحمل پریشانی اثر می‌گذارند. اگرچه مدل نظـری «انعطاف‌پذیری شفقـت‌آمیز» تلاشی برای ترکیب این دو رویکرد و تبیین فرآیندهای مشترک و متمایز آن‌ها ارائه داده است(۲۳)، اما هنوز شواهد تجربی کافی در زمینه مقایسه عملی این درمان‌ها وجود ندارد. لذا، با وجود اثربخشی هر دو رویکرد در کاهش علائم اضطراب، هنوز شواهد اندکی درباره مقایسه مستقیم آن‌ها بر متغیر تحمل پریشانی وجود دارد. پژوهش‌های پیشین اغلب اثربخشی ACT یا CFT بر اضطراب یا افسردگی را مجزا بررسی کرده اند(۲۴،۲۵)، اما کمتر به تفاوت سازوکارهای آن‌ها در ارتقای تحمل پریشانی پرداخته شده است. این خلأ به ویژه در جامعه زنان ایرانی که تحت فشارهای چندگانه فرهنگی و اجتماعی قرار دارند، محسوس است. ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی ACT و CFT بر افزایش تحمل پریشانی زنان دارای علائم اضطراب طراحی شد. سؤال اصلی پژوهش بدین شرح است: «آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود تحمل پریشانی زنان دارای علائم اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام زنان دارای علائم اضطراب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر بجنورد در سال ۱۴۰۴ بود. پس از غربال‌گری اولیه با پرسش‌نامه اضطراب بک، واجدان شرایط انتخاب شدند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و شرکت‌کنندگان واجد شرایط به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳۰، سطح اطمینان ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰ برای آزمون تحلیل کوواریانس با سه گروه، حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳/۱ معادل ۴۵ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) برآورد شد. این تعداد با یافته‌ها در خصوص توان آماری مطالعات رفتاری همخوان است(۲۶). ابتدا از هر سه گروه با تکمیل پرسشنامه های پژوهش، پیش آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش اول و دوم به ترتیب جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. در نهایت در انتهای پژوهش مجددابا اجرای پرسشنامه های پژوهش، از هر سه گروه پس ازمون به عمل آمد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

لازم به ذکر است به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل نیز جلساتی در زمینه مدیریت اضطراب و استرس برگزار شد.

معیارهای ورود شامل: کسب نمره ۱۶ و بالاتر در پرسش‌نامه اضطراب بک (نشانگر اضطراب متوسط تا شدید)، زن بودن، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن سابقه اختلالات روان پریشی یا مصرف داروهای روان‌پزشکی طی شش ماه گذشته، عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی همزمان، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و توانایی حضور منظم در جلسات درمانی بود.

معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از یک جلسه، شروع درمان روان‌پزشکی جدید طی مطالعه، یا بروز وضعیت خاص پزشکی ـ روانی در طول اجرای پژوهش بود. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس تحمل پریشانی استفاده شد.

پرسش‌نامه اضطراب بک: شامل ۲۱ گویه در مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (شدید) است که شدت علائم اضطراب را می‌سنجد. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بالاتر اضطراب است. بر اساس طبقه‌بندی نمرات، دامنه ۰ تا ۷ نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب، ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نمایش می‌دهد.

بک و استیر(۱۹۹۰) پایایی پرسشنامه اضطراب را از طریق ضریب همسانی درونی ۰/۹۲ و بازآزمون با فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش کردند. همبستگی آیتم‌ها نیز بین ۰/۳۰ تا۰/۷۶ قرار داشت. علاوه بر این، پنج نوع روایی شامل روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این ابزار ارزیابی شد که همگی نشان دهنده کارایی بالای پرسشنامه در سنجش شدت اضطراب می‌باشد(۲۷). پایایی این پرسشنامه در پژوهش کاویانی و موسوی(۲۸) با روش بازآزمون ۰/۷۵ گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی آیتم‌ها بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن است.

در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵تعیین شد که نشان‌دهنده اعتبار مناسب ابزار در نمونه مورد مطالعه است. مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس، یک ابزار خودسنجی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده و شامل ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس ۱)تحمل پریشانی هیجانی ۲)جذب شدن به وسیله هیجانات منفی ۳)ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) ۴)تنظیم (تلاش‌ها برای کاهش پریشانی) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) انجام می‌شود و گویه ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تحمل بالاتر پریشانی است.

در مطالعه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس۰/۸۲ گزارش شد و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای پس از شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین، این مقیاس روایی ملاکی و همگرای اولیه مناسبی داشت و با پذیرش خلق رابطه مثبت و با راهبردهای مقابله‌ای مصرف الکل و ماریجوانا رابطه منفی نشان داد(۲۹). در پژوهش اسماعیلی نسب و همکاران آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۹ گزارش کردند(۳۰).

آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در این پژوهش ۰/۸۷ به دست

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

آمد. هر مداخله شامل هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای بر پایه پروتکل‌های هایز وهمکاران(۷) برای ACT وگیلبرت(۲۲) برای CFT بود. جلسات شامل تمرین‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجانات، شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه درACT و پرورش شفقت به خود، کاهش خودانتقادی و تصویرسازی شفقت‌آمیز در CFT بودند.

برای کنترل کیفیت اجرا، جلسات توسط درمانگر دارای گواهی رسمی و زیر نظر متخصص ارشد ACT/CFT برگزار شد. شرح مختصر محتوای جلسات درمانی در جداول ۱ و ۲ آمده است. لازم به ذکر است برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (Mixed ANOVA) استفاده شد. پیش‌فرض‌های آماری شامل بهنجار بودن (با استفاده از آزمون شاپیرو–ویلک)، همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لـون)، همگنی ماتریس کـوواریانـس (با استفاده ازBox's M) و همگنی شیب رگرسیون بررسی شدند. برای مقایسات زوجی از آزمونِ مقایسه‌های چندگانه با تصحیحِ بونفرونی استفاده شد. اندازه اثر (ηp^2) و سطح معنی‌داری ۰/۰۵گزارش گردید. تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه۲۶ انجام شد. تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند و می‌توانستند هر زمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. از شرکت‌کنندگان رضایت نامه کتبی گرفته شده است. اصول APA وکنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات پروتکل درمان پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی آشنایی مراجعان با اهداف درمان،، ارزیابی شدت مشکلات
جلسه دوم	تمایل به تغییر رفتار و ذهن آگاهی ایجاد درماندگی خلاق از طریق استعاره و تمرین ذهن آگاهی
جلسه سوم	معرفی مفهوم ارزش ها پذیرش تکلیف تمرین حضور در لحظه و پذیرش احساسات و افکار
جلسه چهارم	معرفی تکنیک‌های تفکیک زدایی از افکار درک تفاوت بین افکار و واقعیت
جلسه پنجم	شناسایی و شفاف سازی ارزش‌ها تمرکز بر ارزش‌های شخصی ارتباط ارزش‌ها با اهداف زندگی
جلسه ششم	اجرای برنامه‌های عمل مبتنی بر ارزش‌ها شناسایی و غلبه بر موانع داخلی
جلسه هفتم	مرور فرایند و تقویت مهارت‌ها بررسی پیشرفت و چالش‌ها تقویت مهارت‌های پذیرش و تعهد
جلسه هشتم	برنامه‌ریزی برای حفظ و نگهداری تغییرات توسعه استراتژی‌های جلوگیری از برگشت. تکمیل پرسشنامه ها (پس آزمون)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

جدول۲: خلاصه جلسات پروتکل درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی تعریف شفقت معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت
جلسه دوم	آموزش روانشناختی افزایش آگاهی از علت و احساس الگوهای تفکر توضیح عملکرد مغز و سیستم هیجانی فعالیت‌های گروهی
جلسه سوم	آشنایی با مغز قدیم مغز جدید و مغز آگاه، آموزش تمرین تنفس آرامبخش و نحوه اجرای آن معرفی ومهارت‌های توجه آگاهی آشنایی با شش مؤلفه مغز آگاه
جلسه چهارم	پرورش ذهن شفقت آمیز تغییر الگوهای تفکر منفی و تقویت دیدگاه شفقت آمیز ونوشتن نامه به خود از دیدگاه شفقت تمرین‌های تفکر مثبت
جلسه پنجم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی ازطریق بازنویسی خاطرات دردناک و پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات
جلسه ششم	توسعه و تقویت مهارت‌های خود شفقت ورزی و همدلی تمرین تصویرسازی شفقت آمیز
جلسه هفتم	مدیریت شرم و انتقاد یادگیری. روش‌های مدیریت احساس شرم و انتقاد درونی
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد و تمرین مهارت‌های ارائه شده. مدیتیشن محبت آمیز تمرین‌های ذهن آگاهی متمرکز بر دیگران. تکمیل پرسشنامه ها (پس آزمون)

یافته ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲/۶ سال (انحراف معیار = ۴/۵) بود. از نظر وضعیت تأهل، ۶۰ درصد متأهل و ۴۰ درصد مجرد بودند. همچنین، گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معناداری نداشتند(p>۰/۰۵). بنابراین، گروه‌ها در خط پایه از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای همگن در نظر گرفته شدند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله اندازه‌گیری در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نمرات پیش‌آزمون هر سه گروه در تمامی متغیرها مشابه است، اما در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه مداخله افزایش چشمگیری در نمرات کل و مؤلفه‌های تحمل پریشانی نشان داده‌اند.

قبل از اجرای تحلیل اصلی، پیش‌فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت پیش از اجرای آزمون تحلیل کواریانس، مفروضه‌های زیربنایی آن بررسی گردید. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع داده‌ها در تمامی متغیرها نرمال است(P>۰/۰۵). همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برای تمامی متغیرهای پس‌آزمون برقرار است (P>۰/۰۵). بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز نشان داد که تعامل بین متغیرهای همپراش (پیش‌آزمون‌ها) و متغیر مستقل (گروه) در هیچ‌یک از مراحل معنادار نبود (F(۲،۳۹) =۱/۷۷۵،p=۰/۱۸۳). همچنین در تحلیل چند متغیری، آزمون باکس(Box's M) معنادار نبود (P=۰/۳۷۶، F=۱/۰۶۸، M=۲۴/۸۳۶).بنابراین، مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس تا حد قابل قبول برقرار بود.

با توجه به برقرای مفروضه ها، استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

(ANCOVA) برای بررسی اثر مداخله بر نمره کل تحمل پریشانی نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد($F(۲،۴۱)=۷۳/۶۴$، $p<۰/۰۰۱$،$\eta p^2=۰/۷۸۲$). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر اصلی گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است (لامبدای ویلکز؛ $F=۱۴/۶۹$، $p<۰/۰۰۱$، $\eta p^2=۰/۶۲۷$) .نتایج تحلیل های فوقبرای نمره کل و مؤلفه‌ها در جدول ۴ گزارش شده است.

یافته‌های جدول ۴ حاکی از آن است که اثر گروه بر نمره کل تحمل پریشانی (و تمامی مؤلفه‌های آن شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب، ارزیابی و تنظیم) از نظر آماری معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). مقادیر مجذور اتای جزئی (ηp^2) نشان‌دهنده اندازه اثر بزرگ و اهمیت بالینی این مداخلات است.

بیشترین اندازه اثر مربوط به نمره کل تحمل پریشانی و کمترین اندازه اثر مربوط به تنظیم گزارش شد. به‌منظور بررسی محل تفاوت‌ها، مقایسات زوجی گروه‌ها با استفاده از میانگین‌های تعدیل‌شده و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۵ تنظیم شده است. بر اساس یافته‌های جدول ۵، هر دو ACT و درمان متمرکز بر شفقت CFT در نمره کل تحمل پریشانی و تک‌تک مؤلفه‌های آن، به‌طور معناداری عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند (تمامی مقادیر$P<۰/۰۵$) با این وجود، مقایسه دو گروه آزمایش ACT در برابرCFT نشان داد که هیچ تفاوت آماری معناداری بین این دو رویکرد در بهبود نمره کل تحمل پریشانی و هیچ‌یک از چهار مؤلفه آن (هیجانی، جذب، ارزیابی و تنظیم) وجود ندارد ($P<۰/۰۵$). این امر نشان‌دهنده اثربخشی برابر و کارایی هم‌سطح هر دو رویکرد در ارتقای ظرفیت‌های تحمل پریشانی است).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی در زنان دارای علائم اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر وابسته	گروه	میانگین(انحراف معیار) پیش‌آزمون	میانگین(انحراف معیار) پس‌آزمون
تحمل پریشانی (کل)	پذیرش و تعهد	۵۰/۶۰ (۸/۱۶)	۶۴/۵۳ (۹/۴۱)
	متمرکز بر شفقت	۴۹/۱۳ (۴/۷۶)	۶۰/۸۰ (۸/۷۰)
	کنترل	۴۸/۲۰ (۸/۰۸)	۴۸/۵۳ (۷/۷۲)
تحمل پریشانی هیجانی	پذیرش و تعهد	۱۵/۲۰ (۲/۳۹)	۱۹/۴۶ (۳/۰۹)
	متمرکز بر شفقت	۱۴/۹۳ (۱/۸۳)	۱۸/۰۶ (۲/۱۸)
	کنترل	۱۴/۳۳ (۲/۲۵)	۱۴/۴۰ (۲/۲۲)
جذب شدن به هیجانات	پذیرش و تعهد	۹/۱۳ (۲/۱۹)	۱۲/۱۳ (۲/۱۶)
	متمرکز بر شفقت	۸/۹۳ (۱/۶۶)	۱۱/۶۰ (۲/۱۶)
	کنترل	۸/۴۰ (۲/۳۵)	۸/۶۰ (۲/۰۹)
ارزیابی (برآورد ذهنی)	پذیرش و تعهد	۱۷/۰۰ (۲/۹۷)	۲۱/۲۶ (۳/۴۱)
	متمرکز بر شفقت	۱۶/۴۶ (۲/۲۳)	۱۹/۴۶ (۳/۲۰)
	کنترل	۱۶/۳۳ (۲/۷۶)	۱۶/۱۳ (۲/۴۴)
تنظیم (تلاش برای کاهش)	پذیرش و تعهد	۹/۲۶ (۱/۸۶)	۱۱/۶۶ (۲/۵۴)
	متمرکز بر شفقت	۸/۸۰ (۱/۷۸)	۱۱/۶۶ (۲/۳۵)
	کنترل	۹/۱۳ (۲/۱۶)	۹/۴۰ (۱/۸۸)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر علائم اضطراب زنان

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
نمره کل تحمل پریشانی	گروه	۲۸۷۱/۵۱	۲	۱۴۳۵/۷۵	۷۳/۶۴	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
	خطا	۷۹۹/۲۷	۴۱	۴۹/۱۹			
تحمل پریشانی هیجانی	گروه	۱۳۱/۸۵	۲	۹	۸۵/۲۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
	خطا	۱۰۹/۶۱	۳۸	۲/۸۸			
جذب شدن به هیجانات	گروه	۲۰۳/۵۱	۲	۱۰۱/۷۵	۵۵/۹۷	< ۰/۰۰۱	/۷۴۷
	خطا	۶۹/۸۰	۳۸	۱/۸۱			
ارزیابی (برآورد ذهنی)	گروه	۳۹۳/۶۷	۲	۱۹۶/۸۳	۲۳/۲۶	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵۰
	خطا	۳۲۱/۵۲	۳۸	۸/۴۶			
تنظیم (تلاش برای کاهش)	گروه	۶۶/۲۲	۲	۳۳/۱۱	۹/۴۰	< ۰/۰۰۱	۰/۳۲۳
	خطا	۱۳۹/۷۰	۳۸	۳/۶۶			

جدول۵ : مقایسه میانگین تحمل پریشانی در گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و گواه

متغیر وابسته	گروه ها		اختلاف میانگین ها	مقدار P
نمره کل تحمل پریشانی	پذیرش و تعهد	گواه	۱۶/۰۶*	<۰/۰۰۱
	متمرکز بر شفقت	گواه	۱۷/۷۹*	<۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	متمرکز بر شفقت	-۱/۷۲	۰/۸۸۱
تحمل پریشانی هیجانی	پذیرش و تعهد	گواه	۳/۲۳*	<۰/۰۰۱
	متمرکز بر شفقت	گواه	۳/۹۵*	< ۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	متمرکز بر شفقت	-۰/۷۲	۰/۷۹۰
جذب شدن به هیجانات	پذیرش و تعهد	گواه	۴/۶۲*	< ۰/۰۰۱
	متمرکز بر شفقت	گواه	۴/۴۱*	< ۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	متمرکز بر شفقت	۰/۲۱	۱/۰۰۰
ارزیابی (برآورد ذهنی)	پذیرش و تعهد	گواه	۵/۷۹*	< ۰/۰۰۱
	متمرکز بر شفقت	گواه	۶/۷۰*	< ۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	متمرکز بر شفقت	-۰/۹۰	۱/۰۰۰
تنظیم (تلاش برای کاهش)	پذیرش و تعهد	گواه	۲/۶۷*	۰/۰۰۳
	متمرکز بر شفقت	گواه	۲/۶۷*	۰/۰۰۲
	پذیرش و تعهد	متمرکز بر شفقت	-۰/۲۰	۱/۰۰۰

P<۰/۰۵: اثر معنی دار

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر تحمل پریشانی زنان دارای علائم اضطراب انجام شد. یافته‌های کلی نشان داد که هر دو مداخله به طور معناداری موجب ارتقای نمره کل تحمل پریشانی و مؤلفه‌های چهارگانه آن (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به هیجانات، ارزیابی و تنظیم) در مقایسه با گروه کنترل شدند. میزان اندازه اثر مشاهده شده ۰/۴۰ بود که نشان دهنده تأثیرگذاری قوی هر دو مداخله در بافت بالینی است(۲۶). این نتایج فراتر از تغییرات آماری محض، گویای توانمندی عملیاتی این دو پروتکل در تغییر سازه فراتشخیصی تحمل پریشانی در جامعه هدف است. با این حال، عدم تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش نشان می‌دهد که علیرغم تفاوت در تکنیک‌ها، هر دو درمان در یک بازه زمانی هشت جلسه‌ای به کارایی بالینی مشابهی دست یافته‌اند.

نتایج نشان داد هر دو مداخله به‌طور معناداری موجب افزایش تحمل پریشانی شدند، که این امر با یافته‌های مرورهای نظام‌مند اخیر درباره اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت بر تنظیم هیجان و کاهش اضطراب همسو است(۲۱،۲۴،۲۵). یافته‌های مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوان است؛ پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی، انعطاف‌پذیری هیجانی را ارتقا می‌دهد و در کاهش اضطراب مؤثر است(۱۰،۳۲،۳۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آموزش پذیرش هیجانات منفی، گسلش شناختی تعهد به اهداف ارزشمند، به افراد کمک می‌کند تا پریشانی را تجربه کنند بدون آنکه در آن غرق شوند یا از آن اجتناب کنند. این فرآیند موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش فشار روانی می‌شود(۷،۸). در نتیجه، این درمان می‌تواند ابزار مؤثری برای توانمندسازی زنان در مدیریت اضطراب و افزایش تاب‌آوری روانی است که کیفیت زندگی روانی، عملکرد روزمره و توانایی مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا را نیز بهبود می بخشد. تمرکز بر پذیرش هیجانات و ارزش‌گذاری به اهداف شخصی به‌عنوان راهبردی کلیدی در روان‌درمانی اضطراب با کاربرد گسترده‌ای در مداخلات بالینی است.

نتایج مربوط به درمان متمرکز بر شفقت نیز نشان داد که این مداخله در افزایش تحمل پریشانی زنان دارای علائم اضطراب مؤثر است. این نتیجه با شواهد پژوهشی هم‌راستاست که نشان می‌دهند پرورش مهربانی به خود، کاهش شرم و خودانتقادی، و تقویت سیستم آرام‌ساز درونی از طریق تمرین‌های شفقت‌آمیز، ظرفیت تحمل پریشانی را افزایش می‌دهد(۱۶،۲۲،۳۴). بنابراین نتایج مربوط به درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان راهبردی کلیدی در مداخلات بالینی برای کاهش اضطراب، افزایش تاب‌آوری روانی و ظرفیت تحمل پریشانی زنان مورد استفاده قرار گیرد.

یافته نهایی و اصلی پژوهش نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نتایج مربوط به درمان متمرکز بر شفقت بر علائم اضطراب تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد که نشان می‌دهد هر دو روش به یک اندازه در بهبود تحمل پریشانی مؤثر بوده‌اند. عدم تفاوت معنادار میان دو مداخله احتمالاً ناشی از

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

هم‌پوشانی در فرایندهای زیربنایی آن‌هاست. هر دو درمان بر پذیرش هیجان‌های منفی، کاهش اجتناب تجربی، و تنظیم هیجان از طریق آگاهی غیرقضاوتگرانه تمرکز دارند. بنابراین، انتظار می‌رود اثر مشابهی بر افزایش تحمل پریشانی داشته باشند. افزون بر این، بافت فرهنگی و نقش‌های جنسیتی در جامعه ایرانی ممکن است بر پاسخ درمانی زنان اثرگذار باشد(۱۵،۱۷). زنان مورد مطالعه در بافت فرهنگی ایرانی قرار دارند که ارزش‌های جمع‌گرایانه، اهمیت نقش‌های خانوادگی و فشارهای اجتماعی ویژه‌ای بر زنان اعمال می‌کند. این زمینه فرهنگی می‌تواند بر نحوه تجربه و بیان اضطراب و پریشانی و همچنین پاسخ به مداخلات روانشناختی اثر بگذارد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، نبود دوره پیگیری و تمرکز صرف بر زنان اشاره کرد.

همچنین، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ از جمله عدم اجرای فرآیند کورسازی در مراحل ارزیابی و تحلیل و استفاده از گروه کنترل غیرفعال (لیست انتظار) که کنترل اثرات غیراختصاصی درمان را دشوار می‌سازد. افزون بر این، اگرچه حجم نمونه بر اساس توان آماری و نرم‌افزار G*Power به‌دقت برآورد گردید، اما کوچک بودن نسبی آن ایجاب می‌کند که در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جوامع بالینی گسترده‌تر، احتیاط علمی لحاظ گردد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با طراحی تصادفی‌تر، گروه کنترل فعال و پیگیری بلندمدت انجام شوند تا پایداری اثر درمان‌ها بررسی گردد. همچنین، مقایسه اثرات این مداخلات در مردان یا گروه‌های فرهنگی متفاوت می‌تواند به درک دقیق‌تر از تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی در پاسخ به درمان بینجامد(۹،۱۶).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نتایج مربوط به درمان متمرکز بر شفقت به یک اندازه در بهبود تحمل پریشانی مؤثرند و می‌توانند به‌عنوان مداخلاتی کارآمد در ارتقاء سلامت روان زنان دارای اضطراب مورد استفاده قرار گیرند.

از این رو، انتخاب بین این دو درمان می‌تواند بر اساس نیاز مراجع، سبک شناختی و بافت فرهنگی او انجام شود، نه بر مبنای تفاوت آماری در کارایی. این نتیجه می‌تواند راهنمایی عملی برای درمانگران در انتخاب رویکردهای موج سوم در بافت فرهنگی ایران باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد بجنورد با شماره IR.IAU.BOJNOURD.REC. 1404.012 است.

سهم نویسندگان

اعظم اکبری: نگارش پیش‌نویس اولیه، جمع‌آوری داده‌ها و اجرای مداخلات؛ علی محمدزاده ابراهیمی: طراحی ایده، نظارت و مدیریت پژوهش و تحلیل داده‌ها، بررسی و ویرایش متن اصلی و مسئول پروژه و فاطمه اسمعیلی: نظارت وتدوین روش کار را به عهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

برای انجام این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ تضاد منافع مادی یا مالی مرتبط با

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

این پژوهش وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگان که با همکاری خود انجام این پژوهش را ممکن ساختند، سپاسگزاری می‌شود.

References

1-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2022 ;215-216

2-Hoffman AN, Trott JM, Makridis A & et al. Anxiety, fear, panic: An approach to assessing the defensive behavior system across the predatory imminence continuum. Learning & Behavior, 2022;50(3), 339–348.

3-World Health Organization. Anxiety disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

4-Byllesby BM, Palmieri PA. The association between posttraumatic stress disorder symptom severity and distress tolerance in traumatic stress treatment. J Trauma Stress. 2025;38(1):29-39.

5-Johns G, Samuel V, Freemantle L & et al. The global prevalence of depression and anxiety among doctors during the COVID-19 pandemic: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2022;298:431-41.

6-Aguirre P, Michelini Y, Bravo AJ & et al. Association between personality traits and symptoms of depression and anxiety via emotional regulation and distress tolerance. PLoS One. 2024;19(7):e0306146.

7-Mortezavi A,InTranslation.Learning ACT (Acceptance and Commitment Therapy) A Training Manual for the Therapist on Acceptance and Commitment Therapy Skills.Luoma JB, Hayes SC, Walser RD et al.1rd ed .Tehran:public Arjmand; 2023:30-200

8-Gloster AT, Walder N, Levin ME & et al. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. J Contextual Behavioral Science, 2020; 18, 181–192. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009

9-Sun Y, Tian Z, Ma Y & et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on reducing depression and anxiety in older adults: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatric and Mental Health Nursing,. 2025;32(3):643-655

10-Han A, Wilroy J D, Yuen HK. Effects of ACT on depression and anxiety: A meta-analysis. Clinical Psychologist, 2023; 27(2), 210–231.

 CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

11-Mahmoudfakhe H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on fear of negative evaluation and quality of life in individuals with social anxiety disorder. Prev Couns. 2022;3(3):42-53.[Persian]

12-Allen LM, Roberts C, Zimmer-Gembeck MJ & et al. Exploring the relationship between self-compassion and body dysmorphic symptoms in adolescents. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2020;25:100535.

13-Keutler M, McHugh L. Self-compassion buffers the effects of perfectionistic self-presentation on social media on wellbeing. J Contextual Behav Sci. 2022;23:53-8.

14-Taylor A, Hodgson D. The behavioural display of compassion in radiation therapy: purpose, meaning and interpretation. J Med Imaging Radiat Sci. 2020;51(4):S59-71.

15-Hefazi Torghabeh L, Najafi M.The mediating role of self-compassion in mental health outcomes. Journal of Psychology, 2025; 113(1), 67–78.[Persian]

16-Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. Annual Review of Psychology, 2023 ; 74, 193–218.

17-Mohammadi Sangachin A, Khosrojavid M, Mohammadi Kashka S & et al. The effectiveness of compassion-based intervention on depression, anxiety, and stress in mothers of children with separation anxiety disorder. J Except Educ. 2024;5(183):4-16.[Persian]

18-Saadatmand E, Mahmoudalilu M, Esmaeilpour K & et al ،The relationship between early maladaptive schemas and symptoms of body dysmorphic disorder: the mediating role of self-compassion. Ravan Parastari. 2022;10(1):64-75.[Persian]

19-Foroughi A, Khanjani S, Asl EM. The relationship of concern about body dysmorphia with external shame, perfectionism, and negative affect: the mediating role of self-compassion. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2019;13(2).[Persian]

20-Mousavi S, Mousavi Sh, Shahsavar MR. Effectiveness of compassion-focused therapy on social anxiety and rumination in female-headed households.J Clinical Research in Paramedical Sciences, 2023; 12 (2), e137456.[Persian]

21-Nekoonam Ghadirli Y, Havasi Somar N, Peyvandi P. Comparing the Efficacy of Compassion-Based Therapy and Schema Therapy Focused on Modes on Body Image Satisfaction and Resilience in Individuals with Generalized Anxiety Disorder. HPBD [Internet]. 2026 May 1 [cited 2026 Jun. 5]; 1-18. Available from: https://jhpbd.com/index.php/hpbd/article/view/242.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

 CC BY-NC 4.0

22-Petrocchi N, Ottaviani, CGilbert P & et al. The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses.
Clinical Psychology: Science and Practice, 2024. 31(2), 230

23-Kleiman K, Marks DR, Block-Lerner J & et al. Feasibility and preliminary outcomes of compassion-focused acceptance and commitment therapy delivered via telehealth in a community behavioral health clinic. Frontiers in Psychology. 2025;16:1509396

24-Linardon J, Anderson C, Werthmann J & et al. The efficacy of acceptance and commitment therapy for anxiety and depressive disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.J Anxiety Disorders. 2021;280:245-258.

25-Matos M, Duarte C, Pinto-Gouveia J. The effectiveness of compassion-focused therapy for anxiety and depression: A systematic review. Mindfulness, 2022 ;13(5), 1101–1115.

26-Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge;2013:502 -514.

27-Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation.1990.

28-Kaivani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory across age and gender groups in the Iranian population. Tehran Univ Med J. 2008;66(2):136-40 gender groups in the Iranian population. Tehran Univ Med J. 2008;66(2):136-40.[Persian]

29-Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and psychometric properties. J Pers Assess. 2005; 85(2):168-78.

30-Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H & et al. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. Sci Q Res Addict. 2014;8(29):49-63.[Persian]

31-Fortes P, dos Santos-Ribeiro S, de Salles-Andrade & et al .Mindfulness interventions and quality of life in anxiety-related disorders: Asystematic review and meta-analysis.J Affective Disorders, 2025 ; 373, 383–393.

32-Ruiz FJ, Salazar JC, Suárez-Falcón JC & et al. Efficacy of acceptance and commitment therapy for depression and generalized anxiety disorder: A randomized trial. Psychotherapy. 2020;57(3):444-451

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

33-Sewart AR, Niles AN, Burklund LJ & et al،Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. Behav Ther. 2019;50(6): 1112–1124.

34-Horwood V, Allan S, Goss K & et al. The development of the compassion focused therapy therapist competence rating scale. Psychol Psychother Theory Res Pract. 2020;93(2):387-407.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i6.22571]

 CC BY-NC 4.0