

اثربخشی و مقایسه درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در مادران سرپرست خانوار

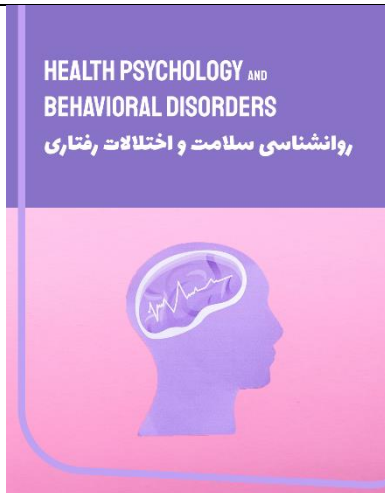
تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۹/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۰/۲۱



چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در مادران سرپرست خانوار مراجعه کننده به سرای محلات منطقه ۱۴ تهران بود. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با روش نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل مادران سرپرست خانوار مراجعه کننده به بخش تسنیم سرای محلات منطقه ۱۴ تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از میان آنان، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل درمان متمرکز بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند. دو گروه آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. ابزار گردآوری داده ها، مقیاس تحمل ناپذیری بلا تکلیفی فریستون و همکاران بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-27 تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر زمان بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی معنادار بود ($F=282/2; P<0/001$) و تعامل زمان و گروه نیز معنادار گزارش شد ($F=65/79; P<0/001$). میانگین نمرات تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در گروه درمان متمرکز بر شفقت از ۴/۸۶ در پیش آزمون به ۶۹/۰۷ در پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند. همچنین در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، میانگین نمرات از ۸۶/۵۳ در پیش آزمون به ۶۸/۸ در پس آزمون کاهش یافت. آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/001$)، اما بین دو زمان تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>0/05$). یافته ها بیانگر اثربخشی و ماندگاری هر دو درمان در کاهش تحمل ناپذیری بلا تکلیفی مادران سرپرست خانوار بود. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند به طور مؤثر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی را در مادران سرپرست خانوار کاهش دهند. با وجود تفاوت در مبانی نظری و تکنیک های درمانی، هر دو مداخله توانستند از طریق بهبود تنظیم هیجانی، کاهش اضطراب و افزایش پذیرش شرایط نامطمئن، سلامت روان این گروه آسیب پذیر را ارتقاء دهند. بنابراین، استفاده از این رویکردها در مراکز مشاوره، خدمات حمایتی و برنامه های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار توصیه می شود.

کلیدواژه‌گان: تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، درمان متمرکز بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی،

مادران سرپرست خانوار، سلامت روان.

شیوا پارسامنش^۱، رضا خاکپور^{۱*}، رحیم داوری^۱

۱. گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

Reza.Khakhpour@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: پار سامنش، شیوا، خاکپور، رضا، و داوری، رحیم. (۱۴۰۵). اثربخشی و مقایسه درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در مادران سرپرست خانوار. روان شناسی سلامت و اختلالات رفتاری، ۴(۵)، ۱-۱۵.

Effectiveness and Comparison of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Intolerance of Uncertainty in Female Heads of Household

Submit Date:
2026-01-11

Revise Date:
2026-04-20

Accept Date:
2026-05-01

Initial Publish Date:
2026-05-26

Final Publish Date:
2026-11-22

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy in reducing intolerance of uncertainty among female heads of household in Tehran. This applied quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a three-month follow-up and a control group. The statistical population included female heads of household attending Tasnim Community Centers in District 14 of Tehran during 2025–2026. A total of 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned into three equal groups: Compassion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, and control. The intervention groups participated in eight weekly 90-minute sessions, while the control group remained on a waiting list. Data were collected using the Intolerance of Uncertainty Scale developed by Freeston et al. Statistical analyses were conducted using repeated-measures ANOVA in SPSS version 27. The results of repeated-measures ANOVA demonstrated a significant main effect of time on intolerance of uncertainty ($P < 0.001$, $F = 282.2$), as well as a significant interaction effect between time and group ($P < 0.001$, $F = 65.79$). In the Compassion-Focused Therapy group, the mean score of intolerance of uncertainty decreased from 86.4 at pretest to 69.07 at posttest and remained stable during follow-up. Similarly, in the Mindfulness-Based Cognitive Therapy group, the mean score decreased from 86.53 at pretest to 68.8 at posttest. Bonferroni post-hoc comparisons indicated significant differences between pretest and both posttest and follow-up stages ($P < 0.001$), whereas no significant difference was observed between the two treatment approaches ($P > 0.05$). Overall, both interventions showed stable and significant effectiveness in reducing intolerance of uncertainty among female heads of household. The findings indicated that both Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy effectively reduced intolerance of uncertainty in female heads of household. Despite differences in theoretical foundations and therapeutic techniques, both interventions improved emotional regulation, reduced anxiety, and enhanced acceptance of uncertain situations. These approaches may therefore serve as effective psychological interventions for improving the mental health and resilience of vulnerable women in community counseling and support programs.

Keywords: *Intolerance of uncertainty, Compassion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Female heads of household, Mental health.*

HEALTH PSYCHOLOGY
AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

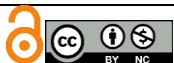


Shiva Parsamanesh¹, Rez Khakpour^{1*},
Rahim Davari¹

1. Department of psychology, Ro.c..Islamic Azad University, Roudehen, Iran

*Corresponding Author's Email:
Reza.Khakpour@iau.ac.ir

How to cite: Parsamanesh, Sh., Khakpour, R., & Davari, R. (2026). Effectiveness and Comparison of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Intolerance of Uncertainty in Female Heads of Household. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(5), 1-15.



در دهه‌های اخیر، تغییرات گسترده اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی موجب افزایش تعداد زنان و مادرائی شده است که مسئولیت کامل اداره خانواده را به تنهایی بر عهده دارند. مادران سرپرست خانوار به دلیل فقدان حمایت همسر، فشارهای مالی، مسئولیت‌های چندگانه و محدودیت‌های اجتماعی، یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جامعه محسوب می‌شوند. این گروه از زنان علاوه بر چالش‌های اقتصادی، با فشارهای روان‌شناختی گسترده‌ای نیز مواجه‌اند که می‌تواند سلامت روان، کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. تجربه استرس مزمن، احساس نایمنی، نگرانی درباره آینده فرزندان و عدم قطعیت نسبت به شرایط زندگی، از جمله عواملی است که احتمال بروز مشکلات هیجانی و شناختی را در این گروه افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که قرار گرفتن مداوم در شرایط فشار روانی و ابهام، با افزایش اضطراب، افسردگی، فرسودگی هیجانی و کاهش کیفیت زندگی در زنان مرتبط است (Orth & Robins, 2022; Wild et al., 2025). در این میان، یکی از سازه‌های مهمی که می‌تواند در تبیین مشکلات روان‌شناختی مادران سرپرست خانوار نقش داشته باشد، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی است.

تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به گرایش فرد برای تجربه منفی شرایط مبهم، پیش‌بینی‌ناپذیر و نامطمئن اشاره دارد و یکی از مؤلفه‌های اساسی اضطراب و نگرانی مزمن محسوب می‌شود. افرادی که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی بالایی دارند، معمولاً در مواجهه با موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی دچار آشفتگی شناختی و هیجانی می‌شوند و تمایل دارند آینده را تهدیدآمیز و کنترل‌ناپذیر ادراک کنند. چنین وضعیتی می‌تواند موجب تشدید اضطراب، نشخوار فکری، نگرانی مداوم و اجتناب رفتاری شود. در مادران سرپرست خانوار، تجربه مکرر شرایط نامطمئن اقتصادی، تربیتی و اجتماعی می‌تواند این سازه را تقویت کند و در نتیجه، سلامت روان آنان را به خطر اندازد. پژوهش کنستانتلو و همکاران نشان داد که والدینی که در شرایط فشار روانی ناشی از مراقبت و مسئولیت‌پذیری قرار دارند، سطح بالاتری از تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و اضطراب را تجربه می‌کنند (Konstantellou et al., 2022). از سوی دیگر، تجربه بلاتکلیفی مداوم می‌تواند احساس ناکارآمدی، درماندگی و ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها را در افراد افزایش دهد و زمینه را برای شکل‌گیری اختلالات هیجانی فراهم سازد.

یکی از عوامل مهم در تداوم مشکلات روان‌شناختی ناشی از بلاتکلیفی، ضعف در تنظیم هیجان است. هیجان‌ها نقش مهمی در سازگاری روانی انسان دارند و نحوه تجربه، ارزیابی و تنظیم آن‌ها می‌تواند بر سلامت روان فرد تأثیر مستقیم بگذارد. بر اساس دیدگاه ارتباط‌گرایی هیجان، هیجان‌ها حاصل تعامل میان فرایندهای شناختی، زیستی و اجتماعی هستند و در شرایط استرس‌زا می‌توانند به شیوه‌های متفاوتی فعال شوند (Suri & Gross, 2022). در مادران سرپرست خانوار، فشارهای مداوم زندگی ممکن است موجب فعال‌سازی مکرر نظام تهدید و در نتیجه افزایش هیجان‌های منفی مانند اضطراب، شرم، درماندگی و خودانتقادی شود. هنگامی که فرد نتواند هیجان‌های خود را به‌صورت سازگارانه مدیریت کند، تحمل شرایط نامطمئن برای او دشوارتر خواهد شد و این مسئله به چرخه‌ای از نگرانی و آشفتگی روانی منجر می‌شود. از این رو، مداخلاتی که بتوانند تنظیم هیجان، پذیرش تجربه‌های درونی و خودشفقتی را افزایش دهند، می‌توانند در کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی مؤثر باشند.

در سال‌های اخیر، درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین روان‌درمانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این درمان بر اساس نظریه تنظیم هیجان و نظام‌های سه‌گانه هیجانی گیلبرت شکل گرفته و هدف اصلی آن، کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت به خود و دیگران است. در این رویکرد، فرض بر این است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ناشی از فعال‌سازی مزمن نظام تهدید و ضعف در نظام آرامش و ایمنی هستند (Gilbert & Simos, 2022). درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی شفقت‌آمیز، تنفس آرام‌ساز، ذهن‌آگاهی و گفت‌وگوی درونی مهربانانه، به افراد کمک می‌کند تا احساس امنیت درونی بیشتری تجربه کنند و در مواجهه با هیجان‌های دشوار، واکنش‌های سازگارانه‌تری نشان دهند. گیلبرت و گوردون شفقت را نوعی مهارت روان‌شناختی دانسته‌اند که می‌تواند از طریق آموزش و تمرین تقویت شود و در بهبود سلامت روان نقش مهمی داشته باشد (Gilbert & Gordon, 2023). همچنین گیلبرت و

همکاران در بررسی رویکردهای تکاملی و مراقبه‌ای شفقت‌محور نشان دادند که شفقت می‌تواند به کاهش اضطراب، شرم و تهدید ادراک‌شده کمک کند (Gilbert et al., 2024).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را در بهبود مشکلات روان‌شناختی گزارش کرده‌اند. کوترا و همکاران در مرور روایی خود نشان دادند که این درمان موجب ارتقای سلامت روان مثبت، کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری هیجانی می‌شود (Kotera et al., 2024). همچنین میلارد و همکاران در فراتحلیل خود گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت در جمعیت‌های بالینی مختلف، تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی، اضطراب و خودانتقادی دارد (Millard & Wittkowski, 2023). مطالعه دیگری نیز نشان داد که این درمان در زنان در دوره بارداری و پس از زایمان، موجب کاهش فشار روانی و افزایش سازگاری هیجانی شده است (Millard et al., 2023). پتروچی و همکاران نیز تأکید کرده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت از طریق تقویت احساس ایمنی روانی و پذیرش خود، می‌تواند در درمان اختلالات مرتبط با اضطراب و استرس مزمن مؤثر باشد (Petrocchi et al., 2024). افزون بر این، مفهوم خودشفقتی که توسط نف مطرح شده است، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت روان شناخته می‌شود و با کاهش خودسرزنش‌گری و افزایش پذیرش خود ارتباط دارد (Neff, 2023). در کنار درمان متمرکز بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در کاهش مشکلات هیجانی شناخته شده است. این درمان با ادغام اصول ذهن‌آگاهی و فنون شناختی، به افراد کمک می‌کند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و به جای اجتناب یا درگیری شناختی با تجربه‌های درونی، آن‌ها را بپذیرند. ذهن‌آگاهی به معنای توجه هدفمند و غیرقضاوتی به تجربه‌های لحظه حال است و می‌تواند موجب افزایش آگاهی هیجانی و کاهش واکنش‌پذیری روانی شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی با بهبود تنظیم هیجان، کاهش نشخوار ذهنی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی همراه است (Zhang et al., 2025). چانگ و همکاران در فراتحلیل خود گزارش کردند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان مبتلا به سرطان پستان، به‌طور معناداری موجب کاهش اضطراب و افسردگی شده است (Chang et al., 2023). همچنین ری‌انگ‌سینگ و همکاران نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان باردار، تأثیر قابل توجهی بر کاهش افسردگی و فشار روانی دارد (Reangsing et al., 2024).

پژوهش‌های مقایسه‌ای نیز نشان داده‌اند که هر دو رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند در کاهش مشکلات هیجانی و شناختی مؤثر باشند. حیدری و همکاران در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر اضطراب زنان نابارور دریافتند که هر دو مداخله موجب کاهش معنادار اضطراب شدند (Heidari et al., 2023). همچنین پورکاظم و همکاران در مطالعه‌ای بر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر گزارش کردند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت هر دو در کاهش علائم روان‌تنی و فشار روانی اثربخش هستند (Pourkazem et al., 2024). در پژوهش دیگری، معین‌زاده و همکاران نشان دادند که درمان‌های مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی در بهبود باورهای ارتباطی ناکارآمد زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مؤثرند (Moeinzadeh et al., 2025). علاوه بر این، پارساپور و همکاران در مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات خواب و افسردگی زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید، اثربخشی هر دو درمان را گزارش کردند (Parsapour et al., 2025).

با وجود پژوهش‌های متعدد درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، همچنان خلأ پژوهشی مهمی در زمینه مقایسه این دو رویکرد بر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در مادران سرپرست خانوار وجود دارد. این گروه از زنان به دلیل قرار گرفتن در معرض فشارهای مزمن اقتصادی، اجتماعی و هیجانی، نیازمند مداخلاتی هستند که بتواند توانایی آنان را در مدیریت شرایط مبهم و استرس‌زا افزایش دهد. از آنجا که درمان متمرکز بر شفقت بیشتر بر ایجاد احساس ایمنی، کاهش خودانتقادی و تقویت شفقت به خود تمرکز دارد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پذیرش تجربه‌های درونی و آگاهی لحظه‌ای تأکید می‌کند، مقایسه اثربخشی این دو رویکرد می‌تواند به درک بهتر مکانیسم‌های درمانی و انتخاب مداخلات مناسب‌تر برای این گروه کمک کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در مادران سرپرست خانوار انجام شد.

روش‌شناسی

تحقیق حاضر از نظر هدف، در زمره تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد. از نظر نوع داده‌ها، این پژوهش به شیوه کمی اجرا شد و از نظر روش، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران سرپرست خانوار مراجعه کننده از بهمن ۱۴۰۳ تا اردیبهشت ۱۴۰۴ به بخش تسنیم سرای محلات منطقه ۱۴ شهر تهران بودند که از میان آنان، تعداد ۴۵ نفر که داوطلب شرکت در پژوهش بوده و ملاک‌های ورود را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. این پژوهش شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی اول تحت مداخله متمرکز بر شفقت قرار گرفت که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برگزار شد و آزمودنی‌های گروه آزمایشی دوم مداخله شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت کرد، و گروه کنترل نیز در این مدت در فهرست انتظار قرار داده شد و هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش: داشتن حداقل سن ۱۸ سال، رضایت کتبی و آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی حضور منظم در جلسات مداخله هفتگی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای)، نداشتن بیماری روانی شدید یا مشکلات پزشکی که مانع حضور در جلسات شود (خوداظهاری یا بر اساس تشخیص روانشناس در جلسه غربالگری)، عدم شرکت همزمان در درمان‌های روانشناختی دیگر یا درمان دارویی روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش: انصراف داوطلبانه شرکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه متوالی در دوره اجرای مداخلات درمانی، بروز شرایط پزشکی یا روانی برای شرکت‌کننده که شرکت او را در جلسات مداخلات غیرممکن سازد، عدم تکمیل آزمون‌های روانشناسی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون یا پیگیری.

مقیاس تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی^۱: مقیاس تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی توسط فریستون و همکاران^۲ (۱۹۹۴) طراحی شده و ابزاری معتبر برای سنجش نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با بلا تکلیفی است. نسخه اصلی این آزمون شامل ۲۷ سوال و دارای دو خرده‌مقیاس اصلی «بی‌تحملی شناختی بلا تکلیفی» و «نگرانی رفتاری ناشی از بلا تکلیفی» است، در حالی که نسخه کوتاه‌تر آن (IUS-12) دو عامل «اجتناب از بلا تکلیفی» و «ناتوانی در تحمل بلا تکلیفی» را ارزیابی می‌کند. این آزمون با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود و کسب نمرات بالا در آن نشان‌دهنده تحمل‌ناپذیری بیشتر آزمودنی در مواجهه با بلا تکلیفی است. در نسخه اصلی، این آزمون روایی محتوایی و سازه‌ای بالا و ارتباط معنادار با اختلالات اضطرابی و افسردگی گزارش شده و پایایی آن با آلفای کرونباخ بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۴ تأیید شده است. نسخه فارسی این ابزار نیز توسط پژوهشگران ایرانی از جمله ارفعی و همکاران (۱۳۹۰) ترجمه و بومی‌سازی شده است. روایی محتوایی و سازه‌ای نسخه فارسی مشابه با نسخه اصلی بوده و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۵ تأیید شده است. پایایی این تست در تحقیق حاضر به شیوه آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۷۱ به دست آمد.

در پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، جلسات درمان با معرفی اصول اساسی ذهن‌آگاهی، افزایش آگاهی نسبت به افکار، احساسات و واکنش‌های بدنی و آموزش تمرین‌های پایه مانند تنفس عمیق آغاز شد تا شرکت‌کنندگان با مفهوم حضور آگاهانه در لحظه حال آشنا شوند. در ادامه، تمرین‌های پیشرفته ذهن‌آگاهی شامل آگاهی از بدن، کاهش استرس، بازبینی شناختی و شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی آموزش داده شد. سپس درمانجویان یاد گرفتند افکار را از احساسات جدا کرده و افکار خودکار منفی را بدون قضاوت مشاهده کنند. در جلسات بعدی، تمرکز بر تجربه‌های زمان حال، کاهش درگیری ذهنی با گذشته و نگرانی درباره آینده و تقویت مهارت پذیرش هیجانات قرار گرفت. همچنین به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که چگونه نسبت به افکار و احساسات ناخوشایند واکنش سالم‌تری نشان دهند و آن‌ها را به‌عنوان تجربه‌هایی گذرا مشاهده کنند. در بخش دیگری از درمان، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای مقابله با استرس و اضطراب، تمرین‌های

¹ Intolerance of Uncertainty Scale

² Freeston et al.,

آرام‌سازی و تنفس آگاهانه ارائه شد. در جلسات پایانی نیز بر تقویت تاب‌آوری، ارتقاء کیفیت زندگی، حفظ مهارت‌های مقابله‌ای، پیشگیری از بازگشت علائم و برنامه‌ریزی جهت ادامه تمرین‌های ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره تأکید شد و در نهایت، پیشرفت درمانجویان مورد ارزیابی و بازبینی قرار گرفت.

در پروتکل درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، جلسات درمان با معرفی مفاهیم اساسی شفقت، شفقت به خود و اصول بنیادین درمان متمرکز بر شفقت آغاز شد و شرکت‌کنندگان از طریق تمرین‌های اولیه ذهن‌آگاهی و آگاهی بدنی با مفهوم رابطه مهربانانه با خود آشنا شدند. در جلسات بعد، درمانجویان به شناسایی الگوهای خودانتقادی و بررسی ریشه‌های آن پرداختند و از طریق تمرین‌های مقایسه‌ای میان خودانتقادی و رفتارهای شفقت‌آمیز، درک عمیق‌تری از تأثیر افکار انتقادگرانه بر هیجانات خود به دست آوردند. سپس فنون تقویت شفقت به خود، از جمله تمرین‌های تنفس عمیق، تمرکز بر احساسات مثبت و مواجهه حمایتی با هیجانات منفی آموزش داده شد. در ادامه، مهارت‌های تنظیم هیجان مانند آرام‌سازی، مدیریت استرس و افزایش تاب‌آوری روانی مورد تمرین قرار گرفت. همچنین شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که شفقت به دیگران و ایجاد ارتباطات مثبت چگونه می‌تواند بر کیفیت روابط اجتماعی و احساس امنیت روانی آنان تأثیر بگذارد. در جلسات بعدی، فنون کاهش استرس، افزایش خودآگاهی و توجه آگاهانه به افکار و احساسات آموزش داده شد و سپس بر شناسایی و اصلاح الگوهای منفی فکری، کاهش خودانتقادی، تقویت اعتماد به نفس و پذیرش خود تأکید گردید. در جلسه پایانی نیز پیشرفت درمانجویان ارزیابی شد و راهکارهای حفظ شفقت به خود، خودمراقبتی و تداوم مهارت‌های آموخته‌شده برای پیشگیری از بازگشت مشکلات مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات در گروه درمان متمرکز بر شفقت (۸۶،۴)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۸۶،۵۳) و گروه کنترل (۸۶،۶) تقریباً مشابه بود که بیانگر همتایی اولیه گروه‌ها پیش از اجرای مداخله‌ها است. پس از اجرای درمان‌ها، میانگین تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در گروه درمان متمرکز بر شفقت به ۶۹،۰۷ و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ۶۸،۸ کاهش یافت، در حالی که میانگین گروه کنترل همچنان در سطح بالاتری (۸۵،۱۳) باقی ماند. در مرحله پیگیری نیز این کاهش در دو گروه آزمایشی حفظ شد؛ به طوری که میانگین نمرات در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۶۹،۰۷ و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۶۷،۸۷ گزارش شد، اما گروه کنترل همچنان میانگین بالایی برابر با ۸۵،۲ داشت. این نتایج نشان‌دهنده اثربخشی پایدار هر دو مداخله در کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی مادران سرپرست خانوار است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی بر حسب گروه‌های مطالعه (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

آزمون	گروه‌های مطالعه							
	درمان متمرکز بر شفقت		درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		گروه کنترل		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۸۶/۴	۱۶/۰۳	۸۶/۵۳	۱۴/۶۸	۸۶/۶	۱۹/۸۸	۸۶/۱۸	۱۶/۶۱
پس‌آزمون	۶۹/۰۷	۱۷/۰۱	۶۸/۸	۱۶/۶۳	۸۵/۱۳	۲۰/۰۹	۷۴/۳۳	۱۹/۱۹
پیگیری	۶۹/۰۷	۱۷/۵۹	۶۷/۸۷	۱۶/۹۶	۸۵/۲	۲۰/۳۶	۷۴/۰۴	۱۹/۶۴

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در تمامی گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از نرمال بودن برخوردار است، زیرا مقادیر سطح معناداری در تمامی موارد بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین مفروضه نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. همچنین نتایج آزمون

لون برای بررسی همگنی و تساوی واریانس‌ها نشان داد که بین واریانس گروه‌ها در متغیر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$) و در نتیجه مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. افزون بر این، آزمون کرویت ماکلی جهت بررسی برابری کوواریانس‌های درون‌آزمودنی اجرا شد که نتایج آن نشان‌دهنده نقض مفروضه کرویت بود ($P < 0/001$; $\chi^2 = 43/85$)، بنابراین برای اصلاح درجات آزادی و جلوگیری از تورش در نتایج، از اصلاح گرین‌هاوس-گایزر در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در مجموع، نتایج بررسی مفروضه‌ها نشان داد که داده‌ها شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را دارا هستند.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی

منابع تغییرات	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر
اثر گروه	۳۴۳۲/۰۱	۲	۱۷۱۶/۰۱	۱/۸۴	۰/۱۷۲	۰/۰۸
اثر زمان	۴۳۱۳/۸۸	۱/۲۱	۳۵۷۳/۷۱	۲۸۲/۲	< ۰/۰۰۱	۰/۸۷
تعامل زمان و گروه	۲۰۱۱/۴۱	۲/۴۱	۸۳۳/۱۵	۶۵/۷۹	< ۰/۰۰۱	۰/۷۶

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر اصلی گروه بر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی معنادار نبود ($F = 1/84$; $P = 0/172$)، که بیانگر عدم تفاوت کلی بین گروه‌ها بدون در نظر گرفتن عامل زمان است. با این حال، اثر زمان معنادار بود ($P < 0/001$; $F = 282/2$; $\chi^2 = 43/85$ ؛ اندازه اثر)، که نشان می‌دهد نمرات تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در طول زمان تغییر معناداری داشته‌اند. همچنین، تعامل زمان و گروه نیز معنادار به دست آمد ($P < 0/001$; $F = 65/79$; $\chi^2 = 43/85$ ؛ اندازه اثر)، که بیانگر آن است که روند تغییرات نمرات در گروه‌های مختلف با یکدیگر تفاوت داشته و مداخلات درمانی موجب کاهش معنادار تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در گروه‌های آزمایشی شده‌اند.

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی مادران سرپرست خانوار

مرحله مینا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	p
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۸۴	۰/۶۷	< ۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۱۲/۱۳	۰/۷۱	< ۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۹	۰/۲۶	۰/۲۶۶

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری در میانگین نمرات تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی وجود دارد ($P < 0/001$)، به طوری که میزان تفاوت میانگین‌ها برابر با ۱۱/۸۴ گزارش شد. همچنین بین مرحله پیش‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/001$) و تفاوت میانگین‌ها برابر با ۱۲/۱۳ بود. در مقابل، تفاوت میانگین نمرات بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($P = 0/266$)، که نشان می‌دهد کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی پس از اجرای درمان‌ها در مرحله پیگیری نیز حفظ شده و اثربخشی مداخلات از ثبات نسبی برخوردار بوده است.

جدول ۴. تفاوت نمرات میانگین تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی مادران سرپرست خانوار بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه‌ها	I	J	تفاوت میانگین (I - J)	خطای استاندارد	p
پیش‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰/۱۳	۶/۲۱	۱
		کنترل	۰/۸	۶/۲۱	۱
	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۰/۹۳	۶/۲۱	۱
پس‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۲۷	۶/۵۶	۱
		کنترل	-۱۶/۰۷	۶/۵۶	۰/۰۵
	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	-۱۶/۳۳	۶/۵۶	۰/۰۵
پیگیری	درمان متمرکز بر شفقت	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱/۲	۶/۷۱	۱
		کنترل	-۱۷/۳۳	۶/۷۱	۰/۰۴
	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	-۱۷/۳۳	۶/۷۱	۰/۰۴

نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، بین گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل تفاوت معناداری در تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی وجود نداشت ($P > 0.05$)، که نشان‌دهنده همسانی اولیه گروه‌ها بود. در مرحله پس‌آزمون، تفاوت میان گروه درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل ($P = 0.05$) و همچنین بین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل ($P = 0.05$) معنادار شد، در حالی که بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مرحله پیگیری نیز همین الگو تداوم یافت؛ به‌گونه‌ای که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی نشان دادند ($P = 0.04$)، اما تفاوت بین دو رویکرد درمانی همچنان معنادار نبود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو درمان به‌طور مشابه در کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی مادران سرپرست خانوار اثربخش بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در مادران سرپرست خانوار بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله درمانی توانستند به‌طور معناداری موجب کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در شرکت‌کنندگان شوند و این اثر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. همچنین نتایج نشان داد که اگرچه هر دو درمان در کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی اثربخش بودند، اما تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی آن‌ها مشاهده نشد. این یافته بیانگر آن است که هر دو رویکرد، با وجود تفاوت در مبانی نظری و فنون درمانی، می‌توانند از مسیرهای متفاوت اما همسو، موجب بهبود توانایی افراد در مواجهه با شرایط مبهم و غیرقابل پیش‌بینی شوند.

کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در گروه درمان متمرکز بر شفقت را می‌توان بر اساس مدل تنظیم هیجان گیلبرت تبیین کرد. در این رویکرد، فرض می‌شود که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ناشی از فعال‌سازی مزمن نظام تهدید و ضعف در نظام آرامش و ایمنی هستند (Gilbert & Simos, 2022). مادران سرپرست خانوار به دلیل فشارهای اقتصادی، مسئولیت‌های چندگانه و نگرانی مداوم نسبت به آینده، اغلب در وضعیت هشدار روانی دائمی قرار دارند و همین مسئله موجب می‌شود موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیزتر ادراک کنند. درمان متمرکز بر شفقت با آموزش مهارت‌هایی مانند تنفس آرام‌ساز، تصویرسازی شفقت‌آمیز و گفت‌وگوی درونی حمایتگر، به افراد کمک می‌کند تا احساس امنیت درونی بیشتری را تجربه کنند و واکنش هیجانی ملایم‌تری نسبت به عدم قطعیت نشان دهند. یافته حاضر با نتایج کوتاه‌مدت و همکاران همسو است که نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت موجب ارتقای سلامت روان مثبت و کاهش اضطراب و خودانتقادی می‌شود (Kotera et al., 2024). همچنین میلارد و همکاران در فراتحلیل خود گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش فشار روانی و مشکلات هیجانی در جمعیت‌های بالینی دارد (Millard & Wittkowski, 2023).

از سوی دیگر، نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز به‌طور معناداری موجب کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی شد. این یافته را می‌توان با توجه به ماهیت ذهن‌آگاهی و تأثیر آن بر تنظیم شناختی و هیجانی تبیین کرد. در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد می‌آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و به جای درگیری ذهنی با نگرانی‌ها و پیش‌بینی‌های منفی، آن‌ها را به‌عنوان تجربه‌هایی گذرا بپذیرند. این فرایند موجب کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب آینده‌محور و واکنش‌پذیری هیجانی می‌شود. پژوهش ژانگ و همکاران نشان داد که ذهن‌آگاهی از طریق افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و خودشفقتی، نقش مهمی در کاهش احساس شرم و مشکلات هیجانی دارد (Zhang et al., 2025). همچنین یافته حاضر با مطالعه چانگ و همکاران همسو است که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش اضطراب و افسردگی زنان گزارش کردند (Chang et al., 2023). افزون بر این، ری‌انگ‌سینگ و همکاران نیز در فراتحلیل خود نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی و استرس زنان باردار مؤثر هستند (Reangsing et al., 2024).

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر، عدم تفاوت معنادار بین اثربخشی دو درمان بود. این نتیجه نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، اگرچه از نظر نظری و تکنیکی متفاوت هستند، اما در عمل می‌توانند پیامدهای درمانی مشابهی ایجاد کنند. درمان متمرکز بر شفقت عمدتاً بر کاهش خودانتقادی، افزایش احساس امنیت و پرورش نگرش مهربانانه نسبت به خود تمرکز دارد، در حالی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پذیرش تجربه‌های درونی، آگاهی لحظه‌ای و کاهش قضاوت تأکید می‌کند. با این حال، هر دو رویکرد در نهایت به بهبود تنظیم هیجان، کاهش اضطراب و افزایش پذیرش شرایط نامطمئن منجر می‌شوند. این یافته با مطالعه حیدری و همکاران همسو است که نشان دادند هر دو درمان در کاهش اضطراب زنان نابارور اثربخش هستند و تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد (Heidari et al., 2023). همچنین نتایج پورکاظم و همکاران نیز بیانگر اثربخشی مشابه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در کاهش علائم روان‌تنی بود (Pourkazem et al., 2024).

تبیین دیگر برای عدم تفاوت معنادار دو درمان را می‌توان در وجود مؤلفه‌های مشترک میان این دو رویکرد جست‌وجو کرد. هر دو درمان بر آگاهی نسبت به تجربه‌های درونی، پذیرش هیجان‌ها و کاهش واکنش‌های خودکار تأکید دارند. در درمان متمرکز بر شفقت، ذهن‌آگاهی یکی از مؤلفه‌های اساسی مداخله محسوب می‌شود و در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز عنصر خودشفقتی به‌طور ضمنی تقویت می‌شود. گیلبرت و گوردون اشاره کرده‌اند که شفقت و ذهن‌آگاهی دو فرایند مکمل هستند که می‌توانند به‌طور همزمان موجب تنظیم هیجان و کاهش اضطراب شوند (Gilbert & Gordon, 2023). همچنین نف خودشفقتی را یکی از سازه‌های مهم مرتبط با سلامت روان معرفی کرده و بیان می‌کند که افرادی که سطح بالاتری از خودشفقتی دارند، در مواجهه با ناکامی‌ها و شرایط نامطمئن، انعطاف‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند (Neff, 2023). از این رو، احتمال دارد که هر دو درمان از طریق تقویت خودشفقتی، پذیرش و تنظیم هیجان، کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی را تسهیل کرده باشند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده بر زنان و گروه‌های آسیب‌پذیر همخوانی دارد. پارساپور و همکاران گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هر دو در کاهش افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید مؤثرند (Parsapour et al., 2025). همچنین معین‌زاده و همکاران نشان دادند که درمان‌های مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی می‌توانند باورهای ارتباطی ناکارآمد را در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کاهش دهند (Moeinzadeh et al., 2025). این همسویی نتایج نشان می‌دهد که هر دو رویکرد نه‌تنها در اختلالات بالینی، بلکه در شرایط فشار روانی مزمن و مشکلات مرتبط با کیفیت زندگی نیز کاربرد مؤثری دارند.

از منظر نظری، یافته‌های حاضر با دیدگاه تنظیم هیجان و نظریه‌های شناختی نیز قابل تبیین است. بر اساس دیدگاه سوری و گراس، هیجان‌ها حاصل تعامل فرایندهای شناختی و زیستی هستند و نحوه ارزیابی فرد از موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند شدت واکنش هیجانی او را تعیین کند (Suri & Gross, 2022). مادران سرپرست خانوار به دلیل تجربه فشارهای مزمن، ممکن است موقعیت‌های نامطمئن را تهدیدکننده‌تر ارزیابی کنند و در نتیجه اضطراب بیشتری را تجربه نمایند. هر دو درمان مورد بررسی در این پژوهش، از طریق تغییر نحوه رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها، موجب کاهش حساسیت نسبت به ابهام و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شدند. همچنین یافته حاضر با پژوهش وایلد و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند ذهن‌آگاهی، خودشفقتی و تنظیم هیجان می‌توانند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند (Wild et al., 2025). در واقع، بهبود کیفیت رابطه فرد با خود و تجربه‌های درونی، نقش مهمی در کاهش اضطراب ناشی از بلا تکلیفی دارد.

از دیگر جنبه‌های مهم نتایج پژوهش حاضر، پایداری اثر درمان‌ها در مرحله پیگیری بود. این موضوع نشان می‌دهد که مهارت‌های آموخته‌شده در هر دو رویکرد، فراتر از فضای درمان باقی مانده و توانسته‌اند در زندگی روزمره شرکت‌کنندگان نیز به کار گرفته شوند. در درمان متمرکز بر شفقت، تمرین‌های مبتنی بر خودمهربانی و تنظیم هیجان می‌توانند به مرور به بخشی از سبک مقابله‌ای فرد تبدیل شوند. در درمان شناختی

مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز تمرین‌های توجه آگاهانه و پذیرش بدون قضاوت، به افراد کمک می‌کند در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا واکنش انعطاف‌پذیرتری نشان دهند. استمرار این مهارت‌ها می‌تواند موجب تثبیت تغییرات روان‌شناختی و جلوگیری از بازگشت مشکلات شود. به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر در کاهش تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی مادران سرپرست خانوار مورد استفاده قرار گیرند. با توجه به شرایط خاص این گروه از زنان و نقش مهم آنان در حفظ کارکرد خانواده، بهبود سلامت روان و افزایش توانایی آنان در مدیریت شرایط نامطمئن می‌تواند پیامدهای مثبت فردی، خانوادگی و اجتماعی به همراه داشته باشد. از این رو، استفاده از این مداخلات در مراکز مشاوره، خدمات حمایتی و برنامه‌های توانمندسازی زنان می‌تواند گامی مؤثر در ارتقای سلامت روان جامعه باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه آماری به مادران سرپرست خانوار منطقه ۱۴ تهران اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. همچنین حجم نمونه نسبتاً محدود بود و داده‌ها صرفاً بر اساس ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شدند که احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم بررسی متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت اقتصادی اشاره کرد که ممکن است بر نتایج درمان اثرگذار باشند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی مختلف انجام شوند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثربخشی این دو درمان در دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مانند تاب‌آوری، کیفیت زندگی، فرسودگی روانی و رضایت از زندگی می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی کمک کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده مانند حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله‌ای و وضعیت اقتصادی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به اثربخشی هر دو درمان، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، سازمان‌های حمایتی و نهادهای مرتبط با زنان سرپرست خانوار از درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در برنامه‌های مداخله‌ای خود استفاده کنند. اجرای این مداخلات به‌صورت گروهی می‌تواند ضمن کاهش هزینه‌ها، موجب افزایش حمایت اجتماعی و احساس همدلی میان شرکت‌کنندگان شود. همچنین آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در کارگاه‌های روان‌شناختی و برنامه‌های توانمندسازی زنان می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان و افزایش توان مقابله با شرایط نامطمئن ایفا کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

In recent decades, the growing number of female-headed households has become an important social and psychological issue across many societies. Women who are solely responsible for managing their families often experience multiple stressors, including financial hardship, social isolation, parenting pressure, and emotional burden. These persistent stressors place female heads of household at a heightened risk for psychological difficulties such as anxiety, depression, emotional dysregulation, and diminished quality of life (Orth & Robins, 2022). One of the most important cognitive-emotional variables associated with psychological distress in vulnerable populations is intolerance of uncertainty. Intolerance of uncertainty refers to an individual's inability to endure ambiguous, unpredictable, or uncertain situations and is considered a central component of anxiety-related disorders. Individuals with high intolerance of uncertainty tend to perceive uncertain situations as threatening, uncontrollable, and emotionally overwhelming. This cognitive style contributes to excessive worry, rumination, emotional instability, and maladaptive coping strategies.

Female heads of household are especially vulnerable to intolerance of uncertainty because they are frequently confronted with unstable economic conditions, concerns about their children's future, and limited emotional and social support. Konstantellou et al. demonstrated that caregivers and parents exposed to chronic stress often report elevated levels of uncertainty intolerance and emotional distress (Konstantellou et al., 2022). Furthermore, emotional dysregulation and chronic activation of the threat system may intensify negative psychological reactions toward uncertainty. According to the connectionist perspective of emotions, emotional experiences emerge through the interaction of cognitive, social, and biological processes, and maladaptive emotional processing may contribute to persistent psychological distress (Suri & Gross, 2022).

Among contemporary psychological interventions, Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) have received considerable attention for their effectiveness in improving emotional regulation and reducing psychological symptoms. Compassion-Focused Therapy, developed by Gilbert, is based on evolutionary psychology and emotion regulation theories. This approach aims to reduce self-criticism and shame while promoting self-compassion, emotional safety, and psychological resilience (Gilbert & Simos, 2022). Through practices such as compassionate imagery, soothing rhythm breathing, and compassionate self-talk, individuals learn to regulate emotional responses and respond to distress with kindness and acceptance rather than fear and avoidance. Gilbert and Gordon conceptualized compassion as a trainable psychological skill that facilitates emotional balance and mental well-being (Gilbert & Gordon, 2023). In addition, Gilbert et al. emphasized the role of compassion-focused interventions in calming the threat system and activating emotional soothing mechanisms (Gilbert et al., 2024).

Several empirical studies have supported the effectiveness of Compassion-Focused Therapy in reducing psychological distress. Kotera et al. found that CFT significantly improves positive mental health outcomes and emotional resilience (Kotera et al., 2024). Similarly, Millard et al. reported significant reductions in anxiety, depression, and self-criticism following compassion-focused interventions in clinical populations (Millard & Wittkowski, 2023). Another review demonstrated that CFT was particularly beneficial for women during vulnerable periods such as pregnancy and postpartum adjustment (Millard et al., 2023). Petrocchi et al. also highlighted the clinical effectiveness of CFT in reducing chronic emotional distress through enhancement of emotional safety and self-acceptance (Petrocchi et al., 2024). Furthermore, self-compassion has been identified as a protective factor associated with emotional adjustment and mental health (Neff, 2023). Mindfulness-Based Cognitive Therapy is another evidence-based intervention that integrates mindfulness practices with cognitive-behavioral techniques. MBCT teaches individuals to observe their thoughts and emotions nonjudgmentally and develop awareness of present-moment experiences. Through mindfulness practice, individuals become less reactive to distressing thoughts and feelings and develop greater emotional flexibility. Research has shown that mindfulness contributes to emotional regulation, cognitive flexibility, and reduced psychological distress (Zhang et al., 2025). Chang et al. demonstrated the effectiveness of MBCT in reducing anxiety and depression among women with breast cancer (Chang et al., 2023). Likewise, Reangsing et al. reported that mindfulness-based interventions significantly reduced depressive symptoms among pregnant women (Reangsing et al., 2024).

Comparative studies have suggested that both CFT and MBCT can effectively improve emotional and cognitive functioning. Heidari et al. found that both interventions significantly reduced anxiety among infertile women (Heidari et al., 2023). Pourkazem et al. also reported that mindfulness-based and compassion-focused interventions effectively reduced psychological and somatic symptoms in patients with irritable bowel syndrome (Pourkazem et al., 2024). Moreover, Moeinzadeh et al. demonstrated that compassion-based and mindfulness-based therapies improved dysfunctional communication beliefs among women with multiple sclerosis (Moeinzadeh et al., 2025). Parsapour et al. further reported that both therapies effectively reduced depression and sleep problems among women with hypothyroidism (Parsapour et al., 2025).

Despite the growing body of research on these interventions, limited studies have directly compared the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on intolerance of uncertainty among female heads of household. Considering the chronic stress and psychological vulnerability experienced by this population, identifying effective interventions for improving emotional coping with uncertainty is of significant importance. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on intolerance of uncertainty among female heads of household.

Methods and Materials

The present study employed an applied quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up assessments along with a control group. The statistical population consisted of female heads of household who attended Tasnim Community Centers in District 14 of Tehran between February and May 2025. A total of 45 participants who met the inclusion criteria volunteered to participate and were selected using convenience sampling. Participants were randomly assigned into three equal groups: Compassion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, and control group, with 15 participants in each group.

The inclusion criteria included being at least 18 years old, willingness to participate, ability to attend intervention sessions regularly, and absence of severe psychiatric or medical disorders. Participants who missed more than two sessions, withdrew voluntarily, or failed to complete assessment measures were excluded from the study.

The Compassion-Focused Therapy group received eight weekly 90-minute sessions based on Gilbert's protocol. The intervention focused on self-compassion, emotional regulation, reduction of self-criticism, and development of emotional safety. The Mindfulness-Based Cognitive Therapy group also participated in eight weekly 90-minute sessions based on Segal's mindfulness-based protocol. The intervention included mindfulness exercises, cognitive awareness, emotional acceptance, and present-moment attention training. The control group remained on a waiting list and received no intervention during the study period.

Data were collected using the Intolerance of Uncertainty Scale. Descriptive statistics including means and standard deviations were calculated, and inferential analyses were conducted using repeated-measures analysis of variance in SPSS version 27.

Findings

Descriptive findings indicated that the mean scores of intolerance of uncertainty were similar across the three groups during the pretest stage. The Compassion-Focused Therapy group had a pretest mean score of 86.40, the Mindfulness-Based Cognitive Therapy group had a mean score of 86.53, and the control group had a mean score of 86.60. Following the interventions, the mean score decreased to 69.07 in the Compassion-Focused Therapy group and 68.80 in the Mindfulness-Based Cognitive Therapy group, whereas the control group maintained a relatively high mean score of 85.13. During the follow-up phase, the reductions remained stable in both intervention groups.

The results of repeated-measures ANOVA demonstrated that the main effect of time on intolerance of uncertainty was statistically significant ($F=282.20$, $P<0.001$, effect size=0.87). The interaction effect between time and group was also significant ($F=65.79$, $P<0.001$, effect size=0.76), indicating that the changes in intolerance of uncertainty differed significantly across groups over time. However, the main effect of group was not statistically significant ($F=1.84$, $P=0.172$).

Bonferroni post-hoc comparisons revealed significant differences between pretest and posttest scores ($P<0.001$), as well as between pretest and follow-up scores ($P<0.001$). No significant difference was observed between posttest and follow-up scores, indicating the stability of treatment effects over time.

Pairwise comparisons showed no significant differences between the three groups at the pretest stage. However, during posttest and follow-up assessments, both intervention groups demonstrated significantly lower intolerance of uncertainty scores compared with the control group. No statistically significant difference was observed between Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy during either posttest or follow-up assessments.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that both Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy significantly reduced intolerance of uncertainty among female heads of household. Furthermore, the therapeutic effects remained stable during the three-month follow-up period. These findings suggest that both interventions can effectively improve emotional coping and reduce maladaptive reactions toward uncertain situations in psychologically vulnerable women.

The effectiveness of Compassion-Focused Therapy may be explained through its emphasis on emotional regulation, reduction of self-criticism, and activation of the soothing emotional system. Female heads of household often experience chronic activation of the threat system due to persistent economic and emotional stressors. Compassion-focused interventions help individuals develop emotional safety, self-kindness, and psychological resilience, which in turn reduce emotional distress associated with uncertainty. By learning compassionate responses toward themselves, participants may have become more capable of tolerating ambiguous and unpredictable situations without excessive anxiety or emotional avoidance.

Similarly, the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy can be attributed to its role in increasing present-moment awareness and reducing cognitive reactivity. Mindfulness training enables individuals to

observe distressing thoughts and emotions without judgment or overidentification. As a result, participants may have experienced reduced rumination, lower anticipatory anxiety, and improved emotional flexibility. The development of nonjudgmental awareness likely facilitated acceptance of uncertain situations and reduced emotional resistance toward ambiguity.

An important finding of the present study was the absence of significant differences between the two interventions. Although Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy differ in theoretical foundations and therapeutic techniques, both interventions share important common elements such as emotional awareness, acceptance, self-regulation, and reduction of maladaptive cognitive-emotional responses. Both therapies appear to improve the individual's relationship with internal experiences and reduce fear-based reactions toward uncertainty.

Overall, the findings suggest that both Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy are effective interventions for reducing intolerance of uncertainty among female heads of household. Considering the psychological vulnerability of this population, implementing such interventions in counseling centers, community support programs, and mental health services may contribute significantly to improving emotional well-being and resilience in women facing chronic life stressors.

فهرست منابع

References

- Chang, Y. C., Tseng, T. A., Lin, G. M., Hu, W. Y., Wang, C. K., & Chang, Y. M. (2023). Immediate Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy among Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Women's Health*, 23(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02486-x>
- Gilbert, P., & Gordon, W. (2023). Compassion as a Skill: A Comparison of Contemplative and Evolution-Based Approaches. *Mindfulness*, 14(10), 2395-2416. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02173-w>
- Gilbert, P., Huxter, M., & Choden. (2024). Exploration of Evolution-Informed Compassion-Focused Therapy and Buddhist Approaches to Insight Meditation: A Three-Way Exploration. *Mindfulness*, 15, 1014-1037. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02141-4>
- Gilbert, P., & Simos, G. (2022). *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003035879>
- Heidari, F., Ahadi, H., & Tajeri, B. (2023). Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Anxiety of Infertile Women. *Kerman Medical Journal*, 4(2), 14. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.14>
- Konstantellou, A., Sternheim, L., Hale, L., Simic, M., & Eisler, I. (2022). The Experience of Intolerance of Uncertainty for Parents of Young People with a Restrictive Eating Disorder. *Eating and Weight Disorders*, 27(4), 1339-1348. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01256-8>
- Kotera, Y., Beaumont, J., Edwards, A. M., Cotterill, M., Kirkman, A., Carew Tofani, A., McPhilbin, M., Takhi, S., Barnes, K., Todowede, O., Ingall, B. R., Asano, K., & Arimitsu, K. (2024). A Narrative Review of Compassion-Focused Therapy on Positive Mental Health Outcomes. *Behavioral Sciences*, 14(8), 643. <https://doi.org/10.3390/bs14080643>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy with Clinical Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Millard, L. A., & Wittkowski, A. (2023). Compassion Focused Therapy for Women in the Perinatal Period: A Summary of the Current Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1288797. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1288797>
- Moeinzadeh, N., Souri, A., & Seadatee Shamir, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based and Mindfulness-Based Therapies on Dysfunctional Communication Beliefs in Women with Multiple Sclerosis. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 4(2), 1-10.
- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). Is High Self-Esteem Beneficial? Revisiting a Classic Question. *American psychologist*, 77(1), 5. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>

- Parsapour, F., Raeisi, S., Ranjbarkohan, M., & Rezaei Jamaloui, M. (2025). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy Compared with Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sleep Problems and Depression in Women with Hypothyroidism. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 68(2), 270-280.
- Petrocchi, N., Kirby, J., & Baldi, B. (2024). *Essentials of Compassion Focused Therapy: A Practice Manual for Clinicians*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003436058>
- Pourkazem, T., Ghazanfari, A., & Ahmadi, R. (2024). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Treatment on the Severity of Gastrointestinal Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Health Psychology and Clinical Research*, 22(4), 35-50. <https://doi.org/10.34172/mejdd.2024.370>
- Reangsing, C., Punsuwun, S., & Oerther, S. (2024). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Depression in Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.049>
- Suri, G., & Gross, J. J. (2022). What Is an Emotion? A Connectionist Perspective. *Emotion Review*, 14, 99-110. <https://doi.org/10.1177/17540739221082203>
- Wild, M. G., Coppin, J. D., Mendoza, C., Metts, A., Pearson, R., & Creech, S. K. (2025). Self-compassion, mindfulness, and emotion regulation predict multiple dimensions of quality of life in US post-9/11 veterans. *Quality of Life Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03908->
- Zhang, X., Wang, J., Wang, Y., Wang, J., & Luo, F. (2025). The Effects of Mindfulness on Shame: Exploring Mediation by Cognitive Flexibility and Self-Compassion in a Chinese Adult Population. *PsyCh Journal*, 14(2), 277-289. <https://doi.org/10.1002/pchj.817>