



Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Psychological Flexibility in Women with Psoriasis

Nahid Shaban¹, Marjan Alizadeh^{2*}, Mozghan Sepahmansour³

1. Ph.D. Student in Health Psychology, Department of Clinical and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: nahid.shaban6060@gmail.com

2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Clinical and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: m.alizadeh@iau.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: drsepahmansour@iauctb.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 28 Feb 2025
Revised: 04 May 2025
Accepted: 21 May 2025
First Published: 10 Feb 2026

Keywords:
Cognitive-Behavioral Therapy, Compassion-Focused Therapy, psoriasis, psychological flexibility.

ABSTRACT

This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and compassion-focused therapy (CFT) on psychological flexibility in women with psoriasis. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with a control group and a follow-up 2 months. The statistical population of the research was all women with psoriasis in Tehran city in the autumn of 2024. Then the number of 45 women was randomly divided into two groups, including a CBT group (N=15), a CFT group (N=15), and a control group (N=15). Then the first experimental group underwent therapy. To collect data multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). Analysis of variance with repeated measures was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 28. The results showed that both interventions had a significant effect on psychological flexibility ($P < 0.05$), and CFT is more effective on psychological flexibility ($P < 0.05$). Based on the results of the present study, it can be said that CBT and CFT can be used as a treatment method to on psychological flexibility in women with psoriasis, and the priority of use in increasing psychological flexibility in women with psoriasis is with CFT.

Cite this article: Shaban, N., Alizadeh, M., & Sepahmansour, M. (2026). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Psychological Flexibility in Women with Psoriasis. *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press / Accepted). doi: 10.22059/japr.2026.391275.645170



Publisher: University of Tehran Press

© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.391275.645170>



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی زنان مبتلا به پسر یازیس

ناهید شعبان^۱، دکتر مرجان علیزاده^{۲*}، دکتر مژگان سپاه منصور^۳

۱. گروه روان‌شناسی بالینی و تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه:

nahid.shaban6060@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی و تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه:

m.alizadeh@iau.ac.ir

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: drsepahmansour@iauctb.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسر یازیس بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به پسر یازیس شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. سپس تعداد ۴۵ زن به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری (۱۵ زن)، گروه درمان مبتنی بر شفقت (۱۵ زن) و یک گروه کنترل (۱۵ زن) قرار گرفتند. سپس گروه‌های آزمایش تحت مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، سیاهه چندبعدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (MPFI) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته است ($P < 0.05$) و درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشت ($P < 0.05$). می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسر یازیس در مراکز مشاوره به کار برده شوند و تقدم استفاده با درمان مبتنی بر شفقت است.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۳۱

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۱۱/۲۱

کلیدواژه‌ها:

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پسر یازیس، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت.

استناد: شعبان، ن، علیزاده، م، و سپاه منصور، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسر یازیس. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (پذیرش شده/آماده انتشار). doi: 10.22059/japr.2026.391275.645170

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.391275.645170>

۱. مقدمه

پسوریازیس^۱ یک بیماری التهابی مزمن و یک بیماری شایع پوستی است (افصحی و همکاران، ۱۴۰۱) که تقریباً ۲ تا ۳ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پاتوژنز^۲ (بیماری‌زایی) پسوریازیس پیچیده است و شامل اختلال در تنظیم ایمنی، افزایش تکثیر و رگ‌زایی است (سوگوماران و همکاران،^۳ ۲۰۲۴). همچنین می‌توان گفت که پسوریازیس یک التهاب (اگرما)^۴ مزمن با علت نامشخص است که بر اساس جدیدترین تحقیقات به عنوان یک بیماری سیستمیک طبقه‌بندی می‌شود (نوئوویجسکا و همکاران،^۵ ۲۰۲۴). این التهاب اغلب با سندرم متابولیک و سایر اختلالات جدی همراه است و به دلیل التهاب مزمن، اختلالات ایمنی، عوامل ژنتیکی و انواع مواد فعال بیولوژیکی ترشح شده از بافت چربی، بیماران پسوریازیس در معرض خطر بیشتری برای چاقی (آنتوناتوس و همکاران،^۶ ۲۰۲۴)، دیابت نوع دو (دجوهار و ستییارسو،^۷ ۲۰۲۴)، فشار خون بالا و تصلب شرایین هستند (ریان و کیری،^۸ ۲۰۱۵). شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پسوریازیس پلاکی (پسوریازیس ولگاریس) است که بیش از ۸۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد و علائم رایج شامل خارش پوست، سوزش و درد است (وانگ و همکاران،^۹ ۲۰۲۴). علاوه بر این، چندین بیماری همراه با پسوریازیس از جمله آرتريت پسوریاتیک، بیماری قلبی عروقی، سندرم متابولیک، چاقی، بیماری التهابی روده، و اختلالات روانپزشکی که با التهاب سیستمیک مرتبط هستند، مرتبط است (تاکشیتا و همکاران،^{۱۰} ۲۰۱۷).

همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که پسوریازیس بیماری است که بر کیفیت زندگی^{۱۱} تأثیر منفی می‌گذارد (دائودن و همکاران،^{۱۲} ۲۰۲۴؛ دی اسپریتو و همکاران،^{۱۳} ۲۰۲۴) و این افراد معمولاً نسبت به افراد سالم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^{۱۴} کمتری دارد (کاهرامن و همکاران،^{۱۵} ۲۰۲۴). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مدیریت رویدادهای استرس‌زا به افراد کمک می‌کند (داویس و همکاران،^{۱۶} ۲۰۲۰)، تا بتوانند نسبت به رفتارهایی خود آگاه بوده و متعهد گردند (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان گفت که بر اثر بروز بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن و آسیب‌های روان‌شناختی حاصل از آن باعث می‌شود بیماران نسبت به افراد عادی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مراتب پایین‌تری را تجربه نمایند (واسیلیو و همکاران،^{۱۷} ۲۰۲۳). علاوه بر این نتایج یک تحقیق نشان داده است که بیماران مبتلا به پسوریازیس به دلیل اینکه پریشانی‌های روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (مانند افسردگی و اضطراب)، این پریشانی‌ها باعث می‌شود که میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان کمتر از افراد سالم و غیرمبتلا به بیماری پسوریازیس تجربه کنند (کاهرامن و همکاران، ۲۰۲۴).

به دلیل چنین مشکلاتی، به کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای این بیماران اهمیت دارد. بر اساس تحقیقات درمان شناختی-رفتاری^{۱۸} (شی و همکاران،^{۱۹} ۲۰۲۲؛ تان و همکاران،^{۲۰} ۲۰۲۱) و درمان مبتنی بر شفقت^{۲۱} از مداخلات اثربخش برای بیماران مبتلا به پسوریازیس است (اعرابی و همکاران، ۱۳۹۹؛ اعرابی و همکاران، ۲۰۲۳؛ موفتین و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی

1. psoriasis
2. pathogenesis
3. Sugumaran et al.
4. dermatosis
5. Nowowiejska et al.
6. Antonatos
7. Djohar & Setiyarso
8. Ryan & Kirby
9. Wang et al.
10. Takeshita et al.
11. quality of life
12. Daudén et al.
13. Di Spirito et al.
14. psychological flexibility
15. Kahraman et al.
16. Davis et al.
17. Vasiliou et al.
18. cognitive-behavioral therapy
19. Shi et al.
20. Tan et al.
21. compassion-focused therapy

رفتاری به اصلاح خلق و رفتار بد بیماران از طریق اصلاح شناخت بد، متقاعدسازی، نمایش، آموزش آرامش و آرمیدگی، آموزش رفتار و غیره اشاره دارد (سپهارووا و همکاران^۱، ۲۰۲۱؛ لاساستا و کروزادو^۲، ۲۰۲۴؛ فوروکاوا و همکاران^۳، ۲۰۲۴). مطالعات ثابت کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند افسردگی، اضطراب و سایر احساسات بد را در بیماران مبتلا به پسوریازیس بهبود بخشد (تان و همکاران، ۲۰۲۱).

تحقیقات نشان داده است که عوامل روان‌شناختی ممکن است توسط درمان شناختی-رفتاری مورد هدف قرار گیرند، که به نوبه خود ممکن است شدت پسوریازیس را کاهش دهد (سیجرسیک و همکاران^۴، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به نتایج مثبت در ایجاد وضعیت بیمار شود (مرادی سیاه‌افشادی و همکاران، ۱۴۰۳)، به این صورت هنگامی که درمان شناختی-رفتاری به طور منظم انجام شود، می‌تواند به طور موثر انواع شرایط سلامت روان را در افرادی که اضطراب خفیف تا متوسط را تجربه می‌کنند، درمان کند و این درمان شامل آموزش روان‌شناختی، خودنظارتی، بازسازی شناختی، پیشگیری از قرار گرفتن در معرض محرک‌های منفی و آموزش‌های دقیق است، که همه این‌ها می‌تواند به کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به پسوریازیس منجر شود؛ به طوری که تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موثر باشد (میلر-مندز و همکاران^۵، ۲۰۲۳؛ سلیمانی و همکاران، ۲۰۲۴؛ شریفی‌پور و همکاران، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت در بیماری‌های مزمن مؤثر بوده‌اند و باعث بهبود مشکلات روان‌شناختی و هیجانی افراد بیمار مبتلا به پسوریازیس می‌شود (منثو و همکاران^۶، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت^۷ (۲۰۰۰) با هدف کاهش شرم و انتقاد از خود ایجاد شد. درمان مبتنی بر شفقت، درمان شناختی رفتاری را با مؤلفه‌هایی از علوم دیگر مانند روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودایی و علوم اعصاب ادغام می‌کند (بئائومونت و همکاران^۸، ۲۰۲۱). در کار با مراجعین، درمان مبتنی بر شفقت شامل آموزش روانی با تمرکز بر شفقت به دیگران و خود است. شفقت به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌ات خود را تنظیم کنند و به احساس امنیت، آسایش و آرامش منجر شود (کریگ و همکاران^۹، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر شفقت، مفروضه‌هایی را در قالب مهارت‌ها و تمرین‌ها بیان می‌کند که به بهبود مشکلات افراد کمک می‌کند (محمدی و همکاران، ۱۴۰۳). عنصر کلیدی درمان مبتنی بر شفقت این است که روان‌درمانگر ذهنی مشفقانه داشته باشد تا به مراجع کمک کند شفقت را تجربه کند (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ گیلبرت، ۲۰۱۷). تحقیقات نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت خود باعث بهبود و ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (حاجی نقی طهرانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ نوری نیستانک و همکاران، ۱۴۰۳).

آنچه مشخص است هم درمان شناختی-رفتاری و هم درمان مبتنی بر شفقت به خود به بیماران مبتلا به پسوریازیس در کاهش مشکلاتشان کمک می‌کند، اما آنچه می‌تواند به عنوان یک مسئله پژوهشی از آن نام برد این است که تفاوت‌ها این دو مداخله کدام‌اند و اگر بین آنها تفاوت وجود دارد کدام مداخله درمانی ارجحیت بیشتری نسبت به دیگری دارد که در این پژوهش به بررسی این خلاء پژوهشی پرداخته شد. درمان شناختی و رفتاری، مداخله‌ای ساختارمند بوده و به مراجعین می‌آمورد که افکار خود را مورد ارزیابی قرار داده و سپس این افکار را تعدیل کنند و سپس به شیوه کارمدر، تفکر را به شیوه‌ای کارآمد در آورد و این تفکرات ناکارآمد را جایگزین تفکرات کارآمد کنند. اما هدف درمان مبتنی بر شفقت کاهش سطوح بالای شرم و خودانتقادی است که هر دوی این مداخلات با هدف جایگزین کردن افکار ناکارآمد و خودانتقادگرانه با افکار آمد و مشفقانه است. در یک تحقیق

1. Ciharova et al.
2. Lacasta & Cruzado
3. Furukawa et al.
4. Sijercic et al.
5. Miller-Mendes et al.
6. Meneo et al.
7. Gilbert
8. Beaumont et al.
9. Craig et al.

نشان داده است که هر دو مداخله شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش مشکلات افراد تحت درمان موثر هستند، اما درمان مبتنی بر شفقت خود مزایای بهتری نسبت به درمان شناختی دارد (ورابل و همکاران^۱، ۲۰۲۴). همچنین به مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر کاهش مشکلات افراد دارای اختلالات اضطرابی پرداخته شده است که نشان داده شده است با وجود موثر بودن درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، زمانی که با درمان مبتنی بر شفقت ادغام می‌شود می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد (باومگاردنر و همکاران^۲، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که پسوریازیس، یک اختلال التهابی پوستی با استعداد ژنتیکی، مرتبط با سیستم ایمنی، درهم تنیده با متابولیسم، بیش از ۱۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بار بیماری قابل توجهی را ایجاد می‌کند (آرمسترانگ و ریڈ^۳، ۲۰۲۰). در طول ۳ دهه گذشته، شیوع پسوریازیس روند افزایشی ملایمی را بدون توضیح واضح نشان داده است (پرینز و همکاران^۴، ۲۰۲۳؛ فنگ و همکاران^۵، ۲۰۲۳). افزون بر این، بر اساس تحقیقات این بیماران به طور قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیشتر (سیپولا و همکاران^۶، ۲۰۲۴)، نقصان در عملکرد جنسی (آبوکا و همکاران^۷، ۲۰۲۴) و کیفیت زندگی (شاه و همکاران^۸، ۲۰۲۴) و سطوح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر از افراد سالم (کاهرامن و همکاران^۹، ۲۰۲۴) را تجربه می‌کنند که چنین شرایطی اهمیت و ضرورت پیدا می‌کنند که در یک پژوهش این بیماران تحت مداخلات روان‌شناختی قرار گیرند تا از میزان مشکلات آنان به ویژه سطوح پایین تحمل پریشانی کاسته شود. لذا انجام این گونه تحقیقات اهمیت دارد و نتایج آن برای روانشناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات مربوط به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بیماران پوستی فعالیت می‌کنند از نتایج این پژوهش در راستای اهداف خود استفاده کنند. با توجه به آنچه گفته شد در زیر فرضیه‌های پژوهش ارائه شده است.

۱- درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس موثر است.

۲- درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس موثر است.

۳- بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس وجود دارد.

۲. روش

۱-۲. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است که در آن یک مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز در نظر گرفته شده است. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌های درماتولوژی شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن^۹ (۲۰۱۳) با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر با ۱۵ نفر در هر گروه بود. به این صورت که ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی-رفتاری، ۱۵ نفر در گروه درمان شفقت به خود و ۱۵ نفر در گروه کنترل بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش دو مرحله‌ای بود، به این صورت که در ابتدای پژوهش در پی فراخوان به کلینیک‌های درماتولوژی تعداد ۴۵ نفر انتخاب و سپس این تعداد در گام دوم به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان و غیره بر اساس گزارش خود فرد، گذشت حداقل یک سال از دریافت تشخیص پسوریازیس و دامنه سنی ۲۰ سال به بالا (به دلیل اینکه نمونه از بین زنانی انتخاب شد که متاهل بودند) از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در فرآیند درمان، دریافت خدمات روان‌درمانی به طور موازی و

1. Vrabel et al.
2. Baumgardner et al.
3. Armstrong & Read
4. Prinz et al.
5. Feng et al.
6. Cipolla et al.
7. Iocca et al.
8. Shah et al.
9. Cohen

همزمان، داشتن تجربه یکی از درمان‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. توضیح اهداف پژوهش برای زنان شرکت کننده و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

۲-۲. ابزار سنجش

۲-۲-۱. سیاهه چندبعدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱ (MPFI)

این پرسشنامه توسط رولفس و همکاران^۲ (۲۰۱۸) تدوین شده است و ۳۰ سوال دارد که ۶ مولفه شامل پذیرش^۳ با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵؛ بودن در زمان حال^۴ با سوالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ خود به عنوان زمینه^۵ با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ گسلش^۶ با سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ ارزش‌ها^۷ با سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ عمل متعهدانه^۸ با سوالات ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای بوده است، به این صورت که هرگز درست نیست ۱ نمره، به ندرت درست است ۲ نمره، گاهی اوقات درست است ۳ نمره، اغلب درست است ۴ نمره، فراتر از اغلب درست است ۵ نمره و همیشه درست است ۶ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۸۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر در فرد پاسخ دهنده است. سازندگان پرسشنامه روایی و پایایی آن را بررسی برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب مولفه‌ها شامل بودن در زمان حال ۰/۸۹، خود به عنوان زمینه ۰/۷۷، پذیرش ۰/۷۶، ارزش‌ها ۰/۶۸، عمل متعهدانه ۰/۶۶، گسلش ۰/۵۷ و کل سوالات ۰/۹۲ گزارش شده است و برای بررسی از روایی ملاکی (همزمان) از مقیاس بدتنظیمی هیجانی^۹ استفاده و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه ۰/۴۵- تا ۰/۷۳- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (رولف و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران پژوهش پایایی آن را با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ و مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین^{۱۰} (۰/۸۹) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت که در مجموع ۵۰/۳۲ درصد واریانس کلی پرسشنامه تبیین شد و سپس با تحلیل عاملی تاییدی و مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب به ترتیب ۰/۹۵۰ و ۰/۴۷ به دست آورده اند که نشان دهنده روایی سیاهه است (خرمی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ در مرحله پیش‌آزمون برای پذیرش ۰/۷۱، بودن در زمان حال ۰/۸۱، خود به عنوان زمینه ۰/۸۳، گسلش ۰/۹۰، ارزش‌ها ۰/۷۲، عمل متعهدانه ۰/۸۴ و کل سوالات ۰/۹۳ به دست آمده است.

۲-۳. روش اجرای مداخلات درمانی

۲-۳-۱. درمان شناختی-رفتاری

جلسات درمان شناختی-رفتاری با اقتباس از آموزه‌های نظری درمان شناختی-رفتاری دابسون و دابسون^{۱۱} (۲۰۱۸) شامل ۸ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش دوم ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقاتی همچون روحی و همکاران (۱۴۰۱) و آشبائوق و همکاران^{۱۲} (۲۰۲۱) تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از دابسون و دابسون (۲۰۱۸)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد	تکلیف (تمرین)
------	----------	--------------	-------------------	---------------

1. Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI)
2. Rolffs
3. acceptance
4. present moment awareness
5. self as context
6. defusion
7. values
8. committed action
9. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
10. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)
11. Dobson & Dobson
12. Ashbaugh et al.

انتظار			
یادداشت و بررسی چرخه موقعیت، افکار منفی اتوماتیک بود.	۱	آشنایی اولیه	مطرح کردن روند و هدف جلسات، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسشنامه‌ها بود. تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضا؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری ناپه‌نجانر مانند رفتار ایمنی‌های مخرب مثل وسواس فکری و نگرانی‌های مربوط به نتیجه درمان و سلامتی افراد گروه بود.
یادداشت و دقت کردن به افکار خودآیند منفی که به صورت اتوماتیک بر فرد عارض می‌شود بود. یادداشت خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود. شناسایی افکارآیند منفی و یادداشت‌برداری، انجام آموزش تمدد اعصاب در طی هفته و هر زمان که استرس و اضطراب داشته باشند.	۲	چرخه افکار	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها از چرخه افکار، احساس و رفتار؛ مطرح کردن مؤلفه‌های: باورهای بنیادین، میانجی (فرض مشروط، بایدها، قواعد)، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و اسنادها (خود، دنیا و آینده) بود.
یادداشت خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود. شناسایی افکارآیند منفی و یادداشت‌برداری، انجام آموزش تمدد اعصاب در طی هفته و هر زمان که استرس و اضطراب داشته باشند.	۳	خطاهای شناختی	بررسی تکالیف و معرفی خطاهای شناختی رایج مانند: پیش‌گویی، فاجعه سازی، برجسپ زدن به خود، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی سازی، مقصر دانستن، همیشه پشیمان بودن، و استدلال هیجانی خواهد بود.
انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی بود.	۴	رصد افکار خودآیند	معرفی توجه انتخابی به بیماران درخصوص آینده، رصد و بررسی افکار خودآیند منفی، احساسات و رفتار و ربط آن به خطاهای شناختی رایج، آموزش تمدد اعصاب ^۱
انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی بود.	۵	حل مسئله	آموزش روش حل مسئله برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی و درمان، آموزش آزمایش رفتاری بر شناسایی توالی‌های شناخت، هیجان و رفتارها مجدد و به کارگیری روش مناسب حل مسئله در مورد مشکلات مسئله محور بود.
انجام آموزش تمدد اعصاب و مرور موضوع جلسه، ارزیابی شناختی خود نسبت به قبل از شروع آموزش بود.	۶	پردازش شناختی	ارزیابی خلق مشارکت‌کنندگان، مروری بر مشکلات بیماران و شیوه پردازش شناختی و به تبع آن وضعیت هیجانی و رفتاری آن‌ها، ارزیابی شناختی و باورهای بنیادین مثل "چرا برای من" و بازسازی شناختی آن با توجه به شواهد بود.
تکمیل برگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن-های و تمام آموزش داده شده بود.	۷	فعال سازی رفتاری	بررسی عملکرد مشارکت‌کنندگان از چرخه فکر، احساس و رفتار و تمرین عملی در کلاس، ارزیابی تصویر خودآیند منفی، مرور خطاهای شناختی، ارزیابی روش حل مسئله و فعال سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش افسردگی بود.
-	۸	اختتامیه	مرور موضوع جلسات قبل و جمع‌بندی آن‌ها به صورت خلاصه، پاسخ-گویی به سوالات، اجرای گروهی آموزش تمدد اعصاب، ارزیابی فعال سازی رفتاری و تأکید بر افزایش فعالیت‌های لذت بخش، پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش و هماهنگی برای اجرای پرسشنامه‌ها بعد از ۲ ماه و خداحافظی و تذکر به پایبندی به فنون آموزشی بود.

۲-۳-۲. درمان مبتنی بر شفقت

جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود با اقتباس از آموزه‌های نظری شفقت به خود **گیلبرت (۲۰۱۰)** شامل ۱۰ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش اول ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقات **پتروسچی و همکاران^۲ (۲۰۲۴)** و **قربانزاده و همکاران (۱۴۰۳)** تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معرفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	رهایی از موانع	بررسی، مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویر سازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تمرین تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبکها و روش های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبکها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش های موردنظر این جلسه در زندگی روزمره
۸	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد و برای انجام دوره پیگیری هماهنگی لازم به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت ورزانه نسبت به خود	-

۳-۲. روش تجزیه و تحلیل داده ها

از آنجایی که طرح پژوهش پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بوده است، لذا برای بررسی داده های گردآوری شده و تحلیل آماری آن از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر^۱ و آزمون تعقیبی بن فرونی^۲ برای مقایسه مداخلات و مقایسه مراحل آزمون استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده ها SPSS نسخه ۲۸ بوده است.

۳. یافته ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سن در افراد نمونه در سه گروه

1. repeated measures
2. Bonferroni

گروه	شاخص		آماره
	میانگین	انحراف معیار	
گروه درمان شناختی-رفتاری	۳۴/۷۳	۲/۹۱	F ۰/۶۷
گروه درمان مبتنی بر شفقت	۳۳/۴۰	۳/۲۷	
گروه کنترل	۳۴/۲۰	۳/۳۴	

بر اساس جدول ۳ نتایج میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۴/۷۳ و ۲/۹۱؛ میانگین و انحراف معیار در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۳/۴۰ و ۳/۲۷ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۳۴/۲۰ و ۳/۳۴ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/67$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/518$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه زنان از نظر سن است. در جدول ۲ فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه آمده است. در جدول ۴ فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه آمده است.

جدول ۴. فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه

گروه	شاخص		آماره
	فراوانی	درصد	
گروه درمان شناختی-رفتاری	دیپلم	۱	Chi-Square ۱/۹۷
	فوق دیپلم	۲	
	کارشناسی	۶	
	فوق لیسانس و بالاتر	۶	
	کل	۱۵	
گروه درمان مبتنی بر شفقت	دیپلم	۲	۰/۹۲۳
	فوق دیپلم	۴	
	کارشناسی	۴	
	فوق لیسانس و بالاتر	۵	
	کل	۱۵	
گروه کنترل	دیپلم	۲	۱/۹۷
	فوق دیپلم	۳	
	کارشناسی	۶	
	فوق لیسانس و بالاتر	۴	
	کل	۱۵	

بر اساس جدول ۴ از نظر تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱ نفر دیپلم (۶/۶۷ درصد)، ۲ نفر فوق دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۶ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۴۰ درصد)؛ در گروه درمان شناختی-رفتاری ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۴ نفر فوق دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، ۴ نفر لیسانس (۲۶/۶۷ درصد) و ۵ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۳۳/۳۳ درصد) و در گروه کنترل ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۴ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۲۶/۶۷ درصد) بودند. میزان آماره تحلیل کای اسکوتر آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از نظر تحصیلات برابر با $Chi-Square=1/97$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/923$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات است. در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

۲-۳. شاخص‌های توصیفی

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسر یازیس در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین	انحراف معیار
-----------------	-------	---------	--------------

کنترل	شناختی-رفتاری	شفقت	کنترل	شناختی-رفتاری	شفقت	
۰/۸۸	۱/۰۳	۱/۲۲	۲۰/۲۷	۲۰/۰۷	۲۰/۲۷	پیش‌آزمون
۰/۹۱	۱/۳۶	۱/۱۲	۲۰/۵۳	۲۳/۰۰	۲۳/۶۰	پس‌آزمون پذیرش
۱/۱۱	۱/۲۶	۱/۲۵	۲۰/۶۷	۲۲/۸۰	۲۳/۵۳	پیگیری
۰/۹۳	۰/۷۲	۰/۹۹	۲۰/۰۰	۲۰/۶۷	۲۰/۴۷	پیش‌آزمون
۱/۱۹	۰/۹۹	۲/۰۱	۲۰/۱۳	۲۳/۱۳	۲۳/۸۰	پس‌آزمون بودن در زمان حال
۱/۲۱	۱/۰۳	۲/۰۵	۲۰/۲۰	۲۳/۰۷	۲۳/۷۳	پیگیری
۱/۰۵	۱/۹۶	۱/۱۹	۱۹/۶۷	۱۹/۱۳	۱۹/۸۷	پیش‌آزمون
۱/۰۸	۱/۱۸	۱/۳۹	۱۹/۸۰	۲۲/۴۰	۲۲/۹۳	پس‌آزمون خود به عنوان زمینه
۱/۱۹	۱/۲۸	۱/۳۰	۱۹/۸۷	۲۲/۲۷	۲۲/۸۷	پیگیری
۱/۶۸	۱/۱۸	۱/۳۴	۱۹/۴۷	۱۹/۴۰	۱۹/۶۷	پیش‌آزمون
۱/۷۳	۲/۷۶	۱/۵۸	۱۹/۵۳	۲۲/۲۰	۲۲/۹۳	پس‌آزمون گسلس
۱/۸۰	۲/۹۴	۱/۶۴	۱۹/۶۰	۲۲/۳۳	۲۲/۸۷	پیگیری
۱/۷۳	۱/۷۲	۱/۲۵	۱۹/۴۷	۱۹/۴۰	۱۸/۴۷	پیش‌آزمون
۱/۸۱	۳/۸۵	۱/۸۸	۱۹/۵۳	۲۳/۱۳	۲۴/۱۳	پس‌آزمون ارزش‌ها
۱/۷۳	۳/۷۳	۲/۲۴	۱۹/۶۰	۲۳/۰۷	۲۳/۸۰	پیگیری
۲/۱۳	۱/۴۲	۱/۸۸	۱۹/۶۷	۱۸/۸۰	۱۹/۶۰	پیش‌آزمون
۲/۱۳	۲/۵۳	۳/۴۰	۱۹/۶۷	۲۳/۱۳	۲۳/۰۰	پس‌آزمون عمل متعهدانه
۱/۹۵	۲/۴۵	۳/۲۳	۱۹/۶۷	۲۳/۱۳	۲۲/۸۷	پیگیری
۵/۸۸	۳/۰۹	۴/۳۹	۱۱۸/۵۳	۱۱۷/۴۷	۱۱۸/۳۳	پیش‌آزمون
۶/۳۰	۸/۴۸	۶/۰۴	۱۱۹/۲۰	۱۳۷/۰۰	۱۴۰/۴۰	پس‌آزمون نمره کل انعطاف‌پذیری
۶/۱۷	۸/۲۸	۵/۷۱	۱۱۹/۶۰	۱۳۶/۶۷	۱۳۹/۶۷	پیگیری روان‌شناختی

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان مبتلا به پسونیازیس گروه‌های آزمایش (درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد.

۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز^۱ در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین^۲ استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۳ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی^۴ برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر هاب وابسته	کرویت موچلی	کای دو	Df	Sig	تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت
------------------	-------------	--------	----	-----	----------------------	-----------------

1. shapiro-wilk test
2. levene test
3. homogeneity of regression
4. mauchly's sphericity test

۰/۶۳	۰/۵۹	۰/۰۰۱	۲	۴۸/۱۲	۰/۳۱	پذیرش
۰/۵۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲	۹۷/۷۳	۰/۰۹	بودن در زمان حال
۰/۶۲	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۲	۵۳/۹۸	۰/۲۷	خود به عنوان زمینه
۰/۵۴	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲	۱۰۸/۳۲	۰/۰۷	گسلش
۰/۵۷	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۲	۷۵/۶۹	۰/۱۶	ارزش‌ها
۰/۵۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲	۹۹/۶۳	۰/۰۹	عمل متعهدانه
۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۲	۸۵/۲۵	۰/۱۲	نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

بر اساس نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که آماره کرویت موچلی برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سطح $0/001$ معنادار است (مقدار آماره P value از $0/050$ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۱ و هیون-فلدت^۲ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم. اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از $0/75$ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از $0/75$ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود (ویسی و کاشفی، 1404 ؛ ویسی و همکاران، 1404). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از $0/75$ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گزارش شده است.

۴-۳. آزمون فرضیه‌های پژوهش

جدول ۷. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
پذیرش	زمان	۱۵۱/۸۱	۱/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	زمان × گروه	۲۷/۹۳	۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	گروه	۱۵/۹۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
بودن در زمان حال	زمان	۸۵/۷۴	۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	زمان × گروه	۱۹/۳۷	۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
	گروه	۲۲/۴۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
خود به عنوان زمینه	زمان	۱۰۹/۳۸	۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	زمان × گروه	۲۳/۳۵	۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	گروه	۱۳/۴۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۶
گسلش	زمان	۶۴/۸۸	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
	زمان × گروه	۱۴/۸۹	۲/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
	گروه	۷/۰۱	۲	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۱
ارزش‌ها	زمان	۵۸/۳۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
	زمان × گروه	۱۵/۳۶	۲/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰
	گروه	۷/۶۲	۲	۰/۰۰۲	۰/۲۷	۰/۹۳
عمل متعهدانه	زمان	۶۵/۸۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
	زمان × گروه	۱۷/۳۲	۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
	گروه	۴/۴۹	۲	۰/۰۱۷	۰/۱۷۶	۰/۷۴
نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	زمان	۳۴۴/۱۲	۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
	زمان × گروه	۷۶/۶۲۳	۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	گروه	۲۴/۰۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰

1. Greenhouse-Geisser correction
2. Huynh-Feldt correction

نتایج جدول ۷ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثربخشی و تاثیر معنادار دارد. تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که صرف نظر از گروه‌های آزمایشی بین میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثرات تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار می‌باشد، که می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زمان‌های مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. با توجه به آنچه گفته شد فرضیه‌های پژوهش اول و دوم مبنی بر اینکه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسروریازیس موثر است، تایید شد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
پذیرش	پیش‌آزمون	۲۰/۲۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۱۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۲/۲۸	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۱۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۲/۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۴	۰/۹۹۹
بودن در زمان حال	پیش‌آزمون	۲۰/۳۸	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۹۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۲/۳۶	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۹۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۲/۳۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۲	۰/۹۹۹
خود به عنوان زمینه	پیش‌آزمون	۱۹/۵۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۱/۷۱	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۱۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۶۷	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۴	۰/۹۹۹
گسلس	پیش‌آزمون	۱۹/۵۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۰۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۱/۵۶	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۰۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۶۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴	۰/۹۴۳
ارزش‌ها	پیش‌آزمون	۱۹/۱۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۲/۲۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۰۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۲/۱۶	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۱	۰/۷۵۲
عمل متعهدانه	پیش‌آزمون	۱۹/۳۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۵۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۱/۹۳	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۵۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۸۹	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۴	۰/۹۹۹
نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۱۸/۱۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۴/۰۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۳۲/۲۰	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۳/۸۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳۱/۹۸	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۲	۰/۵۱۰

بر اساس نتایج جدول ۸ درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۹ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین تبدیلی	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
پذیرش	درمان شفقت	۲۲/۴۷	درمان شناختی/رفتاری-درمان شفقت	۰/۵۱	۰/۵۰۲
	درمان شناختی/رفتاری	۲۱/۹۶	درمان شفقت-کنترل	۱/۹۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۴۹	درمان شناختی/رفتاری-کنترل	۱/۴۷	۰/۰۰۱
بودن در زمان حال	درمان شفقت	۲۲/۶۷	درمان شناختی/رفتاری-درمان شفقت	۰/۳۸	۰/۹۹۹
	درمان شناختی/رفتاری	۲۲/۲۹	درمان شفقت-کنترل	۲/۵۶	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۲/۱۸	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	۲۰/۱۱	کنترل	
۰/۹۹۹	۰/۵۱	درمان شناختی/رفتاری - درمان شفقت	۲۱/۸۲	درمان شفقت	
۰/۰۰۱	۲/۳۹	درمان شفقت - کنترل	۲۱/۳۱	درمان شناختی/رفتاری	خود به عنوان زمینه
۰/۰۰۱	۱/۷۸	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	۱۹/۵۳	کنترل	
۰/۹۹۹	۰/۵۱	درمان شناختی/رفتاری - درمان شفقت	۲۲/۱۳	درمان شفقت	
۰/۰۰۳	۲/۲۹	درمان شفقت - کنترل	۲۱/۸۷	درمان شناختی/رفتاری	گسلش
۰/۰۰۸	۱/۷۸	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	۱۹/۵۳	کنترل	
۰/۹۹۹	۰/۳۷	درمان شناختی/رفتاری - درمان شفقت	۲۲/۱۳	درمان شفقت	
۰/۰۰۳	۲/۶۰	درمان شفقت - کنترل	۲۱/۸۷	درمان شناختی/رفتاری	ارزش‌ها
۰/۰۰۸	۲/۳۳	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	۱۹/۵۳	کنترل	
۰/۹۹۹	۰/۱۳	درمان شناختی/رفتاری - درمان شفقت	۲۱/۸۲	درمان شفقت	
۰/۰۳۲	۲/۱۶	درمان شفقت - کنترل	۲۱/۶۹	درمان شناختی/رفتاری	عمل متعهدانه
۰/۰۴۸	۲/۰۲	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	۱۹/۶۷	کنترل	
۰/۷۷۰	۲/۴۲	درمان شناختی/رفتاری - درمان شفقت	۱۳۲/۸۰	درمان شفقت	نمره کل
۰/۰۰۱	۱۳/۶۹	درمان شفقت - کنترل	۱۳۰/۳۸	درمان شناختی/رفتاری	انعطاف‌پذیری
۰/۰۰۱	۱۱/۲۷	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	۱۱۹/۱۱	کنترل	روان‌شناختی

با توجه به جدول ۹ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل است. لذا با توجه به آنچه گفته شد فرضیه سوم مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسروریازیس وجود دارد، تایید شد، که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسروریازیس داشته است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسروریازیس بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری توانسته اسن میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسروریازیس را افزایش دهد. لذا فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسروریازیس موثر است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات [میلر-مندز و همکاران \(۲۰۲۳\)](#)، [سلیمانی و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) و [شریفی‌پور و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) همسویی دارد. افزون بر این نتیجه‌ای که با نتیجه به دست آمده غیرهمسو باشد، در یافته‌های نتایج تحقیقات قبلی یافت نشد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسروریازیس می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری با استفاده از آموزش مهارت‌های شناختی^۱، مدیریت هیجانی^۲ و فعال‌سازی رفتاری^۳ ([سیهارووا و همکاران، ۲۰۲۱](#)) به مراجعین تحت درمان کمک می‌کند تا بر مشکلات خود غلبه کنند ([لاساستا و کروزادو، ۲۰۲۴](#)). افزون بر این، درمان شناختی-رفتاری یک درمان مؤثر برای تقویت انعطاف‌پذیری شناختی است، زیرا به افراد این امکان را می‌دهد تا مکانیسم‌های اساسی یادگیری رفتار و مهارت‌های لازم برای مدیریت رفتارهای خود را درک کنند. در نتیجه، افراد می‌توانند باورهای غیرمنطقی خود را در مورد سبک زندگی خود را به افکار عینی تبدیل کنند. مطابق درمان شناختی-رفتاری، باید اعتقادات و نگرش‌ها به طور جدی مورد توجه قرار گیرند. درمانگران شناختی-رفتاری معتقدند مهم نیست چه اتفاقی افتاده است، اما مهم است که چگونه این رویداد تفسیر می‌شود. در این درمان تحریف‌های شناختی شناسایی می‌شوند و پیوند آنها با طرحواره‌های زیربنایی ترسیم می‌شود. افراد یاد می‌گیرند که چگونه افکار و احساسات خود را ثبت کنند. باید باورهای اساسی به آنها نشان داده شود و رابطه آنها با مشکلات فعلی روشن شود. سپس به آنها می‌توان با حذف تدریجی و جایگزینی باورهای ناکارآمد با باورهای کارآمد کمک کرد. از این حیث می‌توان انتظار داشت که این مداخله بر ادراک گزینه‌ها و

1. cognitive skills
2. emotional management
3. behavioral activation

راه‌حل‌های مختلف و میزان کنترل پذیری شرایط تاثیر مثبت داشته باشد و باعث شود که زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری داشته باشند و با پذیرش و بودن در زمان حال توانایی بیشتری از نظر روان‌شناختی با مقابله با شرایط بیماری خود به دست آورند. لذا منطقی است گفته شود که درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس را افزایش دهد. لذا فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس موثر است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات [حاجی نقی طهرانی و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) و [نوری نیستانک و همکاران \(۱۴۰۳\)](#) همسویی دارد. افزون بر این نتیجه‌ای که با نتیجه به دست آمده غیرهمسو باشد، در یافته‌های نتایج تحقیقات قبلی یافت نشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با رویکردهای درمانی از جمله خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت به خود با توجه به مباحث آموزشی و انجام تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین قصداندیشی، آموزش خردمند بودن و همدلی با دیگران، آموزش راه‌های بخشیدن و کنترل تنفس باعث می‌شود تا افراد بهتر بتوانند بر هیجانات خود کنترل داشته باشند و انعطاف‌پذیری بیشتری در آنها ایجاد شود. نگاه مثبت به آینده مهمترین فایده شفقت به خود است و درمان مبتنی بر شفقت در افزایش خوش‌بینی و امید به زندگی در افراد نسبت به توانایی‌هایشان به هنگام رویارویی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز تأثیرگذار است، شاید به این دلیل که این نوع رویکرد، خودقضاوتی را کاهش داده و موجب رشد ادراک شایستگی می‌شود. به طور کلی می‌توان گفت اشخاص دارای شفقت به خود در مقایسه با کسانی که فاقد شفقت به خود هستند، بسیار خوش‌بین‌ترند و در نتیجه بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند [\(نف، ۲۰۱۳\)](#) و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس دارد. لذا فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس وجود دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات [ورابل و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) و [باؤمگاردنر و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) همسویی داشته باشد که اثربخشی بیشتری درمان شفقت به خود نسبت به درمان شناختی و رفتاری را نشان داده‌اند. اما پژوهش [کرمی و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت تفاوتی پیدا نکردند که این می‌تواند با نتیجه به دست آمده از این پژوهش ناهمسو باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن‌شفقت‌ورز در برگیرنده نوعی رابطه شفقت‌آمیز با خود است [\(گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۸؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۲\)](#). درمان مبتنی بر شفقت بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد، از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند [\(گیلبرت، ۲۰۲۲\)](#). این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی-روانی - عصبی تعبیر و تفسیر شود. از سوی دیگر چون درمان مبتنی بر شفقت همراه با نوعی مراقبه و آرامش جسمانی است، می‌تواند به عنوان یک عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روان‌شناختی بینجامد [\(گیلبرت ۲۰۱۴\)](#). بنابراین زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس که در رابطه با شناخت خود دچار مشکل هستند و نمی‌توانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته باشند، در شرایط پراسترس کنترل خوبی ندارند، ماهیت استرس را با شدت بالاتری درک می‌کنند و سازگاری روان‌شناختی کمتری دارند. درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آسفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد این روش درمانی فرد را قادر می‌کند که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را بالا ببرد [\(گیلبرت، ۲۰۱۴\)](#). لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس داشته باشد.

این پژوهش به انتخاب نمونه زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس در شهر تهران محدود بوده است، لذا در تعمیم نتایج به دیگر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و قومی باید احتیاط کرد. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه خودگزارشی بوده است و این می‌تواند با سوگیری همراه بوده باشد. اجرای این پژوهش در سایر شهرها و در نظر گرفتن مرحله پیگیری با طول مدت زمان بیشتر از پیشنهادات پژوهشی این تحقیق است. در سطح عملی، بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی از این مداخلات روان‌شناختی که اثربخشی آنها در این پژوهش ثابت شد به کار برده شوند و تقدم استفاده در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به پسوریازیس با درمان مبتنی بر شفقت است.

۵. ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. لازم به ذکر است که کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.CTB.REC.1403.192 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است.

۶. سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگانی (زنان مبتلا به پسوریازیس) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷. حامی مالی

این مقاله حامی مالی نداشته است.

۸. تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

- اعرابی، ا.، حسنی، ج.، اکبری، م.، حاتمی، م.، و شعرباغچی‌زاده، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸ (۴)، ۶۱۵-۶۰۵. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-879-fa.html>
- افصحی، ف.، قربانی، ن.، و رستمی، ر. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای فرایندهای خودنظم‌بخشی در رابطه استرس ادراک شده با افسردگی، شرم و گناه در دو گروه بیماران پسوریازیس و همراهان بیماران. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۳ (۴)، ۷۱-۸۹. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.346137.644326>
- حاجی نقی طهرانی، ف.، صابری، ه.، و باقری، ن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۱۰ (۲)، ۲۲-۱۰. <http://dx.doi.org/%2010.22034/IJRN.10.2.2>
- خرمی‌نژاد، ع.، جهان، ف.، صباحی، پ.، و افراخته، س. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر انعطاف-پذیری روان‌شناختی در مردان مبتلا به صرع. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، آماده انتشار. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.369345.644811>
- روچی، م.، منظری توکلی، ع.، و تجربه‌کار، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱ (۱۰)، ۱۰۷۰-۱۰۵۵. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055>
- قربانزاده، س.، کیامرئی، آ.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی در تعامل با خودجرمی. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۹ (۱)، ۱۰-۱. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6>
- محمدی، م.، یارمحمدی، م.، محقق، ح.، و فلاح‌نیا، غ. (۱۴۰۳). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب در اختلال استرس پس از سانحه در پرستاران. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۵ (۴)، ۳۵-۴۹. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.346057.644321>

- مرادی سیاه افشادی، م.، امیری، ش.، و طالبی، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر نشانه‌های اختلال نارسیای توجه/افزون‌کنشی و کنش‌های اجرایی دانشجویان مبتلا به این اختلال. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۵(۴)، ۲۶۲-۲۸۲. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.350537.644430>
- نوری نیستانک، آ.، حبیبی، م.، و بیگدلی، ح. (۱۴۰۳). تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شادکامی زنان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۷(۲)، ۵۲۸-۵۱۹. <https://doi.org/10.22038/mjms.2024.24652>
- ویسی، س.؛ و کاشفی، ف. (۱۴۰۴). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر نقایص کارکردهای اجرایی، نظریه ذهن و ذهنی‌سازی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۱۰(۵۸)، ۳۴۰-۳۵۳. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>
- Afsahi, F., Ghorbani, N., & Rostami, R. (2022). The Mediating Role of the Self-Regulatory Process in the Relationship between Perceived Stress on Depression, Shame and Guilt in Two Groups of Psoriasis Patients and patients' Companions. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(4), 71-89. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.346137.644326> (In Persian)
- Antonatos, C., Georgakilas, G. K., Evangelou, E., & Vasilopoulos, Y. (2024). Transcriptomic meta-analysis characterizes molecular commonalities between psoriasis and obesity. *Genes & Immunity*, 25(3), 179-187. <https://doi.org/10.1038/s41435-024-00271-w>
- Arabi, A., Hasani, J., Akbari, M., Hatami, M., & Sherbafchi Zadeh, M. R. (2021). Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 18 (4), 605-615. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.4.605> (In Persian)
- Arabi, A., Hasani, J., Akbari, M., Hatami, M., & Sherbafchi Zadeh, M. R. S. (2023). Comparing the Effectiveness of CBT and Compassion Focused Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Patients with Psoriasis. *International Journal of Body, Mind & Culture*, 10(4), 1-10. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v10i4.339>
- Armstrong, A. W., & Read, C. (2020). Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *Jama*, 323(19), 1945-1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
- Ashbaugh, A. R., Cohen, J. N., & Dobson, K. S. (2021). Training in cognitive behavioural therapy (CBT): National training guidelines from the Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 62(3), 239-251. <https://doi.org/10.1037/cap0000224>
- Baumgardner, M., & Benoit Allen, K. (2023). Integrating cognitive-behavioral therapy with compassion-focused therapy for the treatment of social anxiety disorder: An evidence-based case study. *Clinical Case Studies*, 23(2), 127-145. <https://doi.org/10.1177/15346501231197403>
- Beaumont, E., Bell, T., McAndrew, S., & Fairhurst, H. (2021). The impact of compassionate mind training on qualified health professionals undertaking a compassion-focused therapy module. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(4), 910-922. <https://doi.org/10.1002/capr.12396>
- Ciharova, M., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Karyotaki, E., Miguel, C., Noma, H., Cipriani, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2021). Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(6), 563-574. <https://doi.org/10.1037/ccp0000654>
- Cipolla, S., Catapano, P., Bonamico, A. F., De Santis, V., Murolo, R., Romano, F., ... & Catapano, F. (2024). Factors Associated with Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. *Brain Sciences*, 14(9), 865-875. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090865>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Edition). New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Daudén, E., Vidal, D., Romero, A., Bordel, M. T., Rivera, R., Márquez, J., ... & Zulaica, A. (2024). Psoriasis severity, health-related quality of life, work productivity, and activity impairments

- among patients with moderate to severe psoriasis receiving systemic treatment: Real-world data from clinical practice in Spain. *Actas dermo-sifiliograficas*, 115(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.07.001>
- Davis, A. K., Barrett, F. S., & Griffiths, R. R. (2020). Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects and subjective decreases in depression and anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.004>
- Di Spirito, F., Raimondo, A., Di Palo, M. P., Martina, S., Fordellone, M., Rosa, D., ... & Lembo, S. (2024). Oral Lesions and Oral Health-Related Quality of Life in Adult Patients with Psoriasis: A Retrospective Chart Review. *Life*, 14(3), 347-357. <https://doi.org/10.3390/life14030347>
- Djohar, M. S. R., & Setiyarso, B. R. (2024). A Study of Association of Psoriasis and Type 2 Diabetes Mellitus: A Comprehensive Systematic Review. *Jurnal Sehat Indonesia (JUSINDO)*, 6(02), 719-731. <https://doi.org/10.59141/jsi.v6i02.136>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018) *Evidence-based practice of Cognitive-Behavioral Therapy* (2nd Edition). New York: Guilford Press. https://www.routledge.com/Evidence-Based-Practice-of-Cognitive-Behavioral-Therapy-Second-Edition/Dobson-Dobson/p/book/9781462538027?srsId=AfmBOooTerAJz2Q6f8b-P-4FbHLNpkeZt_xsWivIDN1Sxm8LQ1ah5CGG
- Feng, J. N., Guo, J. Z., Zhang, Q., Zhuo, L., Xu, L., Liu, L. L., ... & Wang, S. F. (2023). Higher prevalence of generalized pustular psoriasis in Asia? A population-based study using claim data in China and a systematic review. *Dermatology*, 239(2), 195-205. <https://doi.org/10.1159/000528850>
- Furukawa, Y., Sakata, M., Yamamoto, R., Nakajima, S., Kikuchi, S., Inoue, M., ... & Perlis, M. (2024). Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 81(4), 357-365. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5060>
- Ghorbanzadeh, S.S., Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2024). Comparison the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Abuse Experience among Women Victims of Domestic Violence in Interaction with Self-Injury. *Iranian Journal of Nursing Research*, 19(1), 65-77. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6> (In Persian)
- Gilbert, H. (2022). The therapeutic relationship in compassion focused therapy. In P. Gilbert & G. Simos (Eds.), *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications* (pp. 385-400). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003035879-15>
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Brunner-Routledge. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2017). Compassion as a social mentality: An evolutionary approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 31-68). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-3>
- Gilbert, P., Basran, J. K., Raven, J., Gilbert, H., Petrocchi, N., Cheli, S., ... & McEwan, K. (2022). Compassion focused group therapy for people with a diagnosis of bipolar affective disorder: A feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 13, 841932. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.841932>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182-191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>

- Haji naghi Tehrani, F., Saberi, H., & Bagheri, N. (2024). Comparing the effectiveness of self-compassion training and therapy based on acceptance and commitment Cognitive flexibility of mothers of children with autism. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 10(2), 10-22. <http://dx.doi.org/%2010.22034/IJRN.10.2.2> (In Persian)
- Iocca, F., Burlando, M., Angelo, N. L., Ragucci, F., Pugi, D., Parodi, A., ... & Pozza, A. (2024). Sexual functioning in patients with psoriasis: the role of body dissatisfaction and cognitive biases toward sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 50(4), 439-455. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2024.2302959>
- Kahraman, B. B., Karatepe, H. T., Karadağ, A. S., & Çıtak, S. (2024). Psychological Flexibility, Stigma, and Quality of Life in Psoriasis Patients. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*, 13(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.146290>
- Karami, P., Ghanifar, M. H., & Ahi, G. (2024). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and CFT in Improving Distress Tolerance and SelfCompassion in Women with Experiences of Marital Infidelity. *Assessment and Research in Applied Counseling*, 6(2), 27-35. <http://dx.doi.org/10.61838/kman.jarac.6.2.4>
- Khoraminejad, A., Jahan, F., Sabahi, P., & Afrakhteh, S. (2024). The comparing the effectiveness of acceptance/commitment therapy and affect regulation training on psychological flexibility in people with epilepsy. *Journal of Applied Psychological Research*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.369345.644811> (In Persian)
- Lacasta, M. A., & Cruzado, J. A. (2024). Effectiveness of a cognitive-behavioral group therapy for complicated grief in relatives of patients with cancer: A randomized clinical trial. *Palliative & supportive care*, 22(5), 954-960. <https://doi.org/10.1017/S147895152300010X>
- Meneo, D., Martoni, M., Giannandrea, A., Tengattini, V., & Baglioni, C. (2024). Mindfulness and self-compassion in dermatological conditions: a systematic narrative review. *Psychology & Health*, 39(2), 268-300. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2070619>
- Miller-Mendes, M., Castilho, P., Clara, M. I., Clemente, V., & Gomes, A. A. (2023). Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for insomnia: Exploring the potential benefit of psychological flexibility and self-compassion combined with behavioral strategies. *New Ideas in Psychology*, 69, 101013.. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101013>
- Mohammadi, M., Yar Mohammadi, M., Mohagheghi, H., & Fallah Nia, G. H. (2024). The Effect of CFT on the Symptoms of Intrusion, Arousal, and Avoidance of Post-Traumatic Stress Disorder in Nurses. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(4), 35-49. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.346057.644321> (In Persian)
- Moradi Siah Afshadi, M., Amiri, S., & Talebi, H. (2024). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Symptoms of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Executive Functions in Students with ADHD. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(4), 261-282. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.350537.644430> (In Persian)
- Muftin, Z., Gilbert, P., & Thompson, A. R. (2022). A randomized controlled feasibility trial of online compassion-focused self-help for psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 186(6), 955-962. <https://doi.org/10.1111/bjd.21020>
- Neff, K. D. (2013). The relationship between selfcompassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Noori Neyestanak, A., Hobbi, M.B., & Bigdeli, H. (2024). The effect of compassion-based therapy on social isolation, psychological flexibility and happiness of divorced women. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*, 67(2), 519-528. <https://doi.org/10.22038/mjms.2024.24652> (In Persian)
- Nowowiejska, J., Kary, A., Nesterowicz, M., Purpurowicz, P., Baran, A., Kaminski, T. W., ... & Flisiak, I. (2024). Sexual dysfunctions in psoriatic patients. *Frontiers in Public Health*, 12, 1339196. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1339196>
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of CFT on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-

- analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 230-247. <https://doi.org/10.1037/cps0000193>
- Prinz, J. C., Choon, S. E., Griffiths, C. E., Merola, J. F., Morita, A., Ashcroft, D. M., & Viguier, M. (2023). Prevalence, comorbidities and mortality of generalized pustular psoriasis: a literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 37(2), 256-273. <https://doi.org/10.1111/jdv.18720>
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2018). Disentangling components of flexibility via the hexaflex model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458-482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Rouhi, M., Manzari Tavakoli, A., & Tajrobehkar, M. (2023). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coherent Self- Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21(10), 1055-1077. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055> (In Persian)
- Ryan, C., & Kirby, B. (2015). Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatologic Clinics*, 33(1), 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.004>
- Shah, S. F. H., Merchant, S. A., & Shah, S. A. (2024). Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. *International Journal of Impotence Research*, 36, 232-241. <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00650-9>
- Sharifpour, E., Amarghan, H. A., Nejat, H., & Iranmanesh, A. (2024). Comparing the efficacy of compassion-based therapy with cbt on psychological flexibility and hope for life in cancer patients. *Health Nexus*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.1.1>
- Shi, L., Li, C., Zou, S., Zhang, Y., Liu, S., & Liu, F. (2022). Effects of mindfulness cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on negative emotions and quality of life in patients with psoriasis. *Archives of Clinical Psychiatry*, 49(5), 1-10. <https://archivespsy.com/menu-script/index.php/ACF/article/view/1708>
- Sijercic, I., Ennis, N., & Monson, C. M. (2020). A systematic review of cognitive and behavioral treatments for individuals with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 31(6), 631-638. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1690625>
- Soleimani, S. S., Toosi, M. R. S., & Jafari, F. (2024). Effectiveness of positive cognitive behavioral therapy on psychological flexibility and meaning in life among single women. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 5(2), 149-156. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.2.17>
- Sugumaran, D., Yong, A. C. H., & Stanslas, J. (2024). Advances in psoriasis research: From pathogenesis to therapeutics. *Life Sciences*, 355, 122991. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2024.122991>
- Takeshita, J., Grewal, S., Langan, S. M., Mehta, N. N., Ogdie, A., Van Voorhees, A. S., & Gelfand, J. M. (2017). Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(3), 377-390. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.064>
- Tan, C., Jiang, J., Deng, X., Xiang, W., & Hu, T. (2021). Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with psoriasis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(46), e27720. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000027720>
- Vasiliou, V. S., Russell, H., Cockayne, S., Coelho, G. L. D. H., & Thompson, A. R. (2023). A network analysis of psychological flexibility, coping, and stigma in dermatology patients. *Frontiers in Medicine*, 10, 1075672. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1075672>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder. *New Advances in Behavioral Sciences*, 10 (58), 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html> (In Persian)
- Vrabel, K. R., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M., & Hoffart, A. (2024). Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment

setting. *Behaviour Research and Therapy*, 174, 104480.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>

Wang, J., Zhang, C. S., Zhang, A. L., Changli Xue, C., & Lu, C. (2024). Chinese herbal medicine bath therapy for psoriasis vulgaris using topical calcipotriol as the comparator: A systematic review with meta-analysis and association rule analysis. *Journal of ethnopharmacology*, 330, 118166.

<https://doi.org/10.1016/j.jep.2024.118166>

Zemestani, M., Salavati, M., Seyedolshohadayi, A., Petersen, J. M., Ong, C. W., Twohig, M. P., & Ghaderi, E. (2022). A preliminary examination of acceptance and commitment therapy versus exposure and response prevention for patients with obsessive-compulsive disorder on an optimal dose of SSRIs: a randomized controlled trial in Iran. *Behavior Modification*, 46(3), 553-580. <https://doi.org/10.1177/0145445520982977>

The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Psychological Flexibility in Women with Psoriasis

Extended Abstract

Aim

Psoriasis is a disease that negatively affects quality of life (Daudén and et al, 2024; Di Spirito and et al, 2024) and these individuals usually have less psychological flexibility than healthy individuals (Kahraman and et al, 2024). Psychological flexibility is the cornerstone of healthy individual and social functioning. Which coping strategies individuals employ against different environmental stimuli depends on their level of flexibility in facing problems (Kashdan & Rottenberg, 2010). Due to the occurrence of chronic physiological diseases and the resulting psychological damage, patients experience much lower psychological flexibility than normal people (Vasiliou and et al, 2023; Kahraman and et al, 2024). Due to such problems, the use of psychological interventions for these patients is important. According to research, cognitive-behavioral therapy (Shi and et al, 2022; Tan and et al, 2021) and compassion-based therapy are effective interventions for patients with psoriasis (Arabi and et al, 2023). The purpose of this study was to comparison of the comparing effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on psychological flexibility in women with psoriasis.

Methodology

This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the research was all women with psoriasis who referred to the dermatology clinics of Tehran city in autumn of year 2024. Then the number of 45 women patients diagnosed by a physician were randomly divided into two groups, including an cognitive-behavioral therapy group (15 women), compassion-focused therapy group (15 women) and a control group (15 women). Then the first experimental group underwent 8 sessions of 90 minute cognitive-behavioral therapy and the second experimental group underwent 10 sessions of 90 minute of compassion-focused therapy. To collect data multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI) of Rolffs and et al (2018). The inclusion criteria for the study were the absence of chronic physical diseases such as cancer, etc., according to the individual's self-report, at least one year after receiving a psoriasis diagnosis, and an age range of 20 years and above (because the sample was selected from married women). Also, missing more than 2 sessions in the treatment process, receiving psychotherapy services in parallel and simultaneously, having experience with one of the treatments examined in the present study, and incomplete completion of the questionnaires in the post-test and follow-up stages were exclusion criteria. Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 28.

Findings

Based on the results, the mean and standard deviation of age in the cognitive-behavioral therapy group were 34.73 and 2.91; the mean and standard deviation of age in the compassion-focused therapy group were 33.40 and 3.27; and the mean and standard deviation of age in the control group were 34.20 and 3.34. The F statistic obtained from comparing the means of the 3 groups in the age variable was $F=0.67$, which is not statistically significant ($sig=0.518$), indicating that the 3 groups of women were similar in terms of age. In terms of academic, in the compassion-focused therapy group, 1 people had a diploma

(6.6%), 2 had an associate's degree (13.33%), 6 people had a bachelor's degree (40%), and 6 people had a master's degree or higher (40%). In the cognitive-behavioral therapy group, 2 people had a diploma (13.33%), 4 people had an associate's degree (26.67%), 4 people had a bachelor's degree (26.67%), and 5 people had a master's degree or higher (33.33%). In the control group, 2 people had a diploma (13.33%), 3 people had an associate's degree (20%), 6 people had a bachelor's degree (40%), and 4 people had a master's degree or higher (67.26%). The chi-square analysis statistic resulting from comparing the frequency and percentage of the 3 groups in terms of education was Chi-Square = 1.97, which is not statistically significant (sig = 0.923), indicating that the three groups of women were similar in terms of education. The results showed that both interventions had a significant effect on psychological flexibility ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on psychological flexibility ($P < 0.05$).

Table 1. Results of tests of within-subjects effects and tests of within-subjects contrasts (Greenhouse-Geisser correction) of psychological flexibility

Variables	Source	F	Sig	Partial Eta	Observed Power ^a
acceptance	factor	151.81	.001	.78	1.00
	factor * group	27.93	.001	.57	1.00
	group	15.93	.001	.43	1.00
present moment awareness	factor	85.74	.001	.67	1.00
	factor * group	19.37	.001	.48	1.00
	group	22.43	.001	.52	1.00
self as context	factor	109.38	.001	.72	1.00
	factor * group	23.35	.001	.53	1.00
	group	13.42	.001	.39	.96
defusion	factor	64.88	.001	.61	1.00
	factor * group	14.89	.001	.41	1.00
	group	7.01	.001	.25	.91
values	factor	58.38	.012	.58	1.00
	factor * group	15.36	.001	.42	1.00
	group	7.62	.001	.27	.93
committed action	factor	65.86	.007	.61	1.00
	factor * group	17.32	.001	.45	1.00
	group	4.49	.017	.18	.74
total psychological flexibility	factor	344.12	.001	.89	1.00
	factor * group	76.623	.001	.78	1.00
	group	24.04	.001	.53	1.00

Conclusion

The results showed that compassion-based therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy in improving psychological resilience in women with psoriasis. This result can be consistent with the results of research by Vrabel and et al (2024) and Baumgardner and et al (2024) who have shown greater effectiveness of self-compassion therapy than cognitive-behavioral therapy. However, the study by Karami and et al (2024) did not find any difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-based therapy, which could be inconsistent with the results obtained from this study. Women with psoriasis who have difficulty with self-cognition and lack psychological flexibility have poor control over stressful situations, perceive the nature of stress more intensely, and have lower psychological adjustment. Compassion-based therapy facilitates emotional change to be more caring and supportive of oneself, increases the ability to accept discomfort, and reduces emotional turmoil. This treatment method enables the individual to be more self-soothing and in control, and increases psychological flexibility (Gilbert, 2014). Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy can be used as a treatment method to on psychological flexibility in women with psoriasis and priority of use in increase psychological flexibility women with psoriasis is with compassion-focused therapy. This study was limited to selecting a sample of women with psoriasis in Tehran, so caution should be exercised in generalizing the results to other cities due to cultural and ethnic differences. Data collection was done with a self-report questionnaire, which could be biased. Implementing this study in other cities and considering a follow-up phase with a longer duration is beyond the research recommendations of this study. At a practical level, based on the results of the present study, it is suggested that these psychological interventions, whose effectiveness was proven in this study, be

used in counseling and psychological service centers, and the priority of use is to increase the psychological resilience of women with psoriasis with compassion-based treatment.

Keywords: *cognitive-behavioral therapy, compassion-focused therapy, psoriasis, psychological flexibility.*

Ethical Approval

In this study, ethical considerations were meticulously observed, including: obtaining informed consent from women with psoriasis to participate in therapeutic interventions; assuring participants that their responses would not be analyzed individually but as part of a group, with confidentiality guaranteed and no access granted to any third party; explaining the study process to all participants; informing them about the study's objectives, the harmlessness of the intervention, and its potential benefits; clarifying the expertise and qualifications of the intervention providers; assuring participants of the scientific foundation of the method; and notifying them of their right to withdraw freely at any stage of the study. Participants were also informed that a competent organization, would oversee the research process. Additional measures included emphasizing the voluntary nature of the study, providing answers to their questions, offering access to the results upon request, and ensuring that intensive therapeutic sessions would be made available to the control group after the follow-up phase. Furthermore, this study received ethical approval under the code [IR.IAU.CTB.REC.1403.192](#) from the Ethics in Research Committee of the Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Acknowledgments

We thank and appreciate all the people and participants (women with psoriasis) who helped us in conducting this research. This research received no financial support.

Authors' contribution

This article is taken from a doctoral dissertation of the first author in the field of Psychology at Islamic Azad University, Central branch, and the second authors acted as supervisors and third author as advisors, respectively, to guide and supervise the proper conduct and implementation of the research.

Conflict of Interest: According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.