

◇ نشریه علمی زن و فرهنگ

سال دهم، شماره ۴۰، تابستان ۱۳۹۸

صفحات: ۶۶-۵۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۱- تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۸

## اثربخشی شفقت درمانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مریم اکبری کلور\*  
مرضیه حبیبی\*\*  
زینب قطور\*\*\*  
فاطمه عظیمی راوین\*\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی شفقت درمانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. جامعه ی پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر در نیم سال اول تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند که پس از ارزیابی اولیه با استفاده از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، ۳۰ دانش آموز دختر به صورت هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به نسبت یکسان گمارده شدند. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. گروه آزمایش، مداخله شفقت درمانی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هر هفته دو جلسه (به صورت گروهی) دریافت کردند؛ گروه کنترل به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است.

کلید واژگان: شفقت درمان، عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اختلال اضطراب فراگیر

\* کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: Makbarikr01@gmail.com)

\*\* کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

\*\*\* کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

\*\*\*\* کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

## مقدمه

اضطراب به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات روانی در دوران حیات بشر به ویژه در دوران نوجوانی شناخته شده است که اغلب بر کنش های هیجانی، عاطفی و احساسی دانش آموزان تأثیر می گذارد (ویلاجراسا و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی است و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می شود (مولر-پینزler، گازولا و کیسرز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵) اختلال اضطراب فراگیر (GAD)<sup>۳</sup> یکی از اختلالات اضطرابی شایع در کودکان و نوجوانان است که از سن متوسط ۱۱ سالگی شروع می شود و همبندی<sup>۴</sup> بسیار بالایی با ابتلا به سایر اختلالات روان پزشکی، از جمله اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد و روان گردان ها دارد که از این نظر بار اقتصادی قابل توجهی را برای خانواده و جامعه به دنبال دارد (پتر، لاورینس، مورایاما و کریسول<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۶</sup> این اختلال را به صورت نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل در مورد رویدادهای مختلفی معرفی می کند که در اکثر روزها و حداقل به مدت شش ماه تداوم داشته باشد. علائم اختلال اضطراب فراگیر شامل بی قراری، تحریک پذیری، گرفتگی عضلانی و اشکال در خواب می باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳).

علت شناسی اختلال های اضطرابی در دهه های اخیر نشان داده است که تمامی اختلال های اضطرابی دارای دو مؤلفه عمومی و اختصاصی و سطوحی از هیجان پذیری منفی هستند (پولانزسیک، سالام، ساگایا، کایه و رادی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، عوامل شناختی خاص، مسئول گسترش اختلال های اضطرابی خاص هستند؛ برای نمونه می توان به نگرانی<sup>۹</sup> (الی، مک ادمز، ریجیدیچک و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵) و عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۱۱</sup> (هیل، وایت و کریسول<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶)، در اختلال اضطراب فراگیر، اشاره کرد. در حقیقت، موقعیت های اضطراب برانگیز یا مبهم باعث می شوند فرد در گیر سؤالات بی پایان (چه می شود اگر؟) می شود. این سؤالات معمولاً بدون جواب می مانند. به دلیل اینکه فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمی تواند بلا تکلیفی را تحمل کند و از طرف دیگر، به نگرانی و پیامدهای مثبت آن باور دارد، دچار نگرانی می شود (بهار، دیمارکو، هکلر، موهلمان و استاپلز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹).

نگرانی یکی از عناصر شناختی اصلی اضطراب است؛ اما به لحاظ مفهومی متمایز از آن است. نگرانی شکلی از شناخت به صورت افکار و تصاویر ناخوشایند و غیر قابل کنترل است که کلامی، آینده محور و آمیخته با تجربه ی هیجانی منفی است (الکساندر، هافتون، توهیگ، فرانکلین، ساندر، نل بارنت و همکاران<sup>۱۴</sup>،

۱. Villagrasa & et al

۲. Muller-Pinzler, Gazzolaand & Keysers

۳. general anxiety disorder

۴. comorbidity

۵. Peter, Lawrence, Murayama & Creswell

۶. diagnostic and statistical manual of mental disorders

۷. american psychiatric association

۸. Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde

۹. worry

۱۰. Eley, McAdams, Rijdsdijk & et al

۱۱. intolerance of uncertainty

۱۲. Hill, Waite & Creswell

۱۳. Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples

۱۴. Alexander, Houghton, Twohig, Franklin, Saunders, Neal-Barnett & et al

۲۰۱۷). نگرانی بر پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و مرتبط با سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدید کننده است (ویلیامز، هیرسچ و ماتوز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). سطوح بالای نگرانی برای سلامت روان پیامدهای منفی دارد؛ با این حال اعتقاد به اینکه نگرانی در تنظیم بلندمدت هیجان‌های منفی مفید است و منجر به حل مسئله می‌شود، دلیل استفاده از آن است. نگرانی بالا، نشان دهنده‌ی زیر مجموعه‌ای از نشانه‌های اضطراب، همراه با افکار منفی تکراری است (استامپر، دانزیگ، دیسون، الین، کارلسون و کلین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷)؛ بنابراین نگرانی در اکثر اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود. نگرانی با ایجاد انگیزه‌ی اجتناب در فرد، از پردازش اطلاعات هیجانی و پریشان کننده جلوگیری می‌کند و این موضوع باعث می‌شود فرد توانایی مقابله با محرک‌های ناخوشایند را از دست بدهد و از این طریق مستعد اختلالاتی هم چون اضطراب و وسواس شود (اوتوایانی، بورلیم، بریگتی، کاسلی، فواریتو، گیلاردین و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر، تمایل زیادی به ناچیز شماری معایب نگرانی دارند؛ آن‌ها بر این باورند که نگرانی، هدف‌های سازنده‌ای مانند پیشگیری از پیشامد اتفاق‌های بد دارد (پتر و همکاران، ۲۰۱۹). بارلو<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) بر این باور است که کارکرد اصلی نگرانی، آماده‌شدن برای مقابله با تهدیدهای آینده است. سرانجام شماری از بررسی‌ها نیز ویژگی اصلی نگرانی را کنترل ناپذیری آن می‌دانند (لاورانس، روکی و کریسول<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷)

یکی از سازه‌های مرتبط با نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی است که به‌طور گسترده به‌عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن، رخ می‌دهد (عبدل پور، هاشمی، شعیری و علیزاده، ۱۳۹۷). عدم تحمل بلا تکلیفی به‌عنوان یک طرحواره شناختی یا فیلتری است که دیدگاه افراد از محیط شان را نشان می‌دهد. در حالی که نگرانی می‌تواند به‌عنوان یک واکنش شناختی به وقایع بالقوه منفی (نگرانی به‌عنوان یک عمل ذهنی) در نظر گرفته شود. در نتیجه، نگرانی محصول عدم تحمل بلا تکلیفی به شمار می‌آید (چن، یائو و کویان<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). الگوی تحمل نکردن بلا تکلیفی که به‌وسیله داگاس، باهر و لاداسر<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) توسعه یافته است، نشان می‌دهد افراد مضطرب، موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشار آور و آشفتگی‌کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. به‌باور این افراد، نگرانی برای مقابله کارآمد با موقعیت‌های ترس آور و یا جلوگیری از وقوع این حوادث به آنها کمک می‌کند. مطالعات عدم تحمل بلا تکلیفی را مهم ترین پیش بین نگرانی و اضطراب در جمعیت‌های بالینی و عمومی معرفی کرده‌اند و نشان داده‌اند این رابطه‌ی قوی، ناشی از واریانس مشترک با سایر اختلالات هم چون اضطراب یا افسردگی نیست (دارکا، ایکبال و موشتاک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). به این صورت که افراد دارای عدم تحمل بلا تکلیفی بالا، اطلاعات مبهم را

۱. Williams, Mathews & Hirsch

۲. Stumper, Danzig, Dyson, Olino, Carlson & Klein

۳. Ottaviani, Borlimi, Brighetti, Caselli, Favaretto, Giardini & et al

۴. Barlow

۵. Lawrence, Rooke & Creswell

۶. Chen, Yao & Qian

۷. Dugas, Buhr & Ladouceur

۸. Dar, Iqbal & Mushtaq

تهدید آمیز تعبیر و تفسیر می کنند (هیرسچ و ماتوز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) که منجر به تشدید اضطراب و نگرانی در آن‌ها می شود و این باور را در فرد ایجاد می کند که توانایی کنار آمدن با موقعیت مبهم به وجود آمده را ندارد و هیچ یک از پاسخ‌های مقابله‌ای وی نمی تواند پیامدهای منفی آینده را کنترل کند (جنسن، کابند، مورسون و هیمبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). از آنجا که این افراد پیامدهای منفی قطعیت و یقین را به اضطراب و نگرانی حاصل از بلا تکلیفی ترجیح می دهند به راهکارهای ناسازگار جهت کاهش اضطراب و نگرانی حاصل از بلا تکلیفی رو می آورند (گری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به سیر مزمن، شیوع زیاد و همبودی بالای اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهم ترین اختلال‌های ناتوان کننده، مطرح شده است (شیهاتا، مک اوی و مولان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). درمانگران با رویکردی نظری مختلف از روش‌های متفاوتی برای کنترل و درمان نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در جمعیت‌های مختلف استفاده می کنند. یکی از درمان‌های روان‌شناختی که در سال‌های اخیر در درمان اختلالات مورد توجه قرار گرفته، شفقت درمانی<sup>۵</sup> (CFT) است (سلیمی، ارسلان ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۷). شفقت درمانی، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی موج سوم، توجه درمانگران نوین را برای اختلالاتی نظیر افسردگی، وسواس و اضطراب جلب نموده است (روزمورنت، مورا، نادال، بیلد و برنجر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و اضطراب، ایجاد شده است (لویز و یوتلی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). افزون بر آن در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین، می توانند در گام اول، تجربه‌ی خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷)؛ که از این نظر این درمان می تواند بر سایر درمان‌های روان‌شناختی برتری داشته باشد. در واقع، در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودارزیایی» افراد، رابطه‌ی افراد با «خودارزیایی» آن‌ها تغییر می یابد (گیلبرت، ۲۰۰۹). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می شود که نقش به‌سزایی در آرامش ذهن فرد و نگرانی دارد (قنواتی، بهرامی، گودرزی و روزبهانی، ۱۳۹۷). در این خصوص مطالعات انجام شده حاکی از اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش خودانتقادی (فتح اله زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و نوایی نژاد، ۱۳۹۶؛ گنزالس-هرناندز، رومرو، کامپوز، بریچکن، دیگو پدرو، بنوس و کیبولا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸)؛ کاهش افسردگی و اضطراب (شیرالی نیا، چلداوی و امان الهی، ۱۳۹۷)؛ افزایش

۱. Hirsch & Mathews

۲. Jensen, Kind, Morrison & Heimberg

۳. Gary

۴. Shihata, McEvoy & Mullan

۵. Compassion-Focused Therapy (CFT)

۶. Ros-Morente, Mora, Nadal, Belled & Berenguer

۷. Leaviss & Uttley

۸. Gilbert

۹. Irons & Lad

۱۰. Gonzalez-Hernandez, Romero, Campos, Burichka, DiegoPedro, Baños & Cebolla

سلامت روان (سلیمی، ارسلان ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۷)؛ کاهش احساس تنهایی و افزایش تنظیم هیجانی (دشت بزرگی، ۱۳۹۶؛ رضایی، ۱۳۹۳)؛ کاهش نشخوار فکری و درد (نف، ۲۰۱۳؛ پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۷؛ قنواتی، بهرامی، گودرزی و روزبهانی، ۱۳۹۷؛ بشار، سرداری پور و قمری، ۱۳۹۶) و افزایش سرمایه روان‌شناختی (احمدپور دیزجی، زهراکار و کیامنش، ۱۳۹۶) در بین گروه‌های مختلف، می‌باشد. طبق نتایج پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان گفت، عامل کلیدی و تأثیر گذار در اثربخشی شفقت، درمانی استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر شفقت درمانی نوعی راهبرد هیجان‌محور می‌باشد، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند؛ حال این هیجان مثبت باشد و یا منفی، فرد را به سمت اجتناب از احساس درد ناراحت کننده و نزدیکی و مهربانی سوق می‌دهد و فرد را آماده پذیرش مشتاقانه نسبت به احساسات منفی خود می‌نماید.

با توجه به این که شفقت درمانی یک الگوی درمانی جدید است و تاکنون پژوهشی اثربخشی این درمان را بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی افراد با اختلال اضطراب فراگیر بررسی نکرده است، لذا هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

## روش

طرح پژوهش، جامعه آماری، و روش نمونه‌گیری: طرح این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان دختر پایه سوم دوره متوسطه دوم شهر مشهد در در نیم سال اول تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین نواحی شهر مشهد یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب (ناحیه ۶) و از این ناحیه نیز به صورت تصادفی سه مدرسه دخترانه دوره دوم متوسطه انتخاب شدند. در هر مدرسه از بین دانش‌آموزان پایه سوم، ۲۰ نفر (در مجموع ۶۰ نفر) به صورت تصادفی انتخاب شدند. آزمون سنجش میزان و شدت اختلال اضطراب فراگیر بر روی آن‌ها اجرا و دانش‌آموزانی که نمره بالاتری از نمره برش (۱۰) در این آزمون کسب کردند، انتخاب و پس از ارزیابی‌های اولیه بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته اختلالات خلقی، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL)²، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختری که ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)، گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت هم‌زمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه، ابتلای همزمان به اختلال‌های همبود نظیر اختلال‌های روان‌پریشی، عقب ماندگی ذهنی، ناتوانی جسمی، عدم تمایل به ادامه درمان. جهت رعایت مسائل اخلاقی، روند اجرای پژوهش به اطلاع والدین و دانش‌آموزان شرکت کننده در مطالعه رسید و با رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت کردند و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند

۱. Neff

۲. Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version

ماند و به صورت گروهی گزارش خواهند شد.

### روش اجرا:

پس از اخذ مجوزهای لازم و کسب رضایت خاطر دانش آموزان و اولیای آنها برای شرکت در پژوهش، با هماهنگی مدیران مدارس در شرایط یکسان و هم زمان، از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پیش آزمون مربوط به پرسشنامه‌های نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی اجرا شد. دانش آموزان گروه آزمایش، گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر اساس بسته درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دو جلسه دریافت کردند؛ گروه کنترل به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت. پروتکل درمانی، در محلی که به وسیله اداره آموزش و پرورش ناحیه ۶ شهر مشهد تعیین شده بود، برای دانش آموزان گروه آزمایش اجرا شد. بعد از اتمام جلسات مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش، پاسخ دادند. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضای گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، اجرا و پاسخ‌دهی آزمون‌ها، افت آزمودنی وجود نداشت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی شفقت درمانی گیلبرت (۲۰۰۹)

هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۱	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحات در مورد اختلال اضطراب فراگیر، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، بررسی میزان خودشفقتی اعضا، مفهوم سازی آموزش خود-شفقتی	آگاهی نسبت به افکار ناکارآمد، شناسایی و آگاهی از خودانتقادی روزانه.	ثبت موارد آزار دهنده و موارد خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه.
۲	شناخت مؤلفه های شفقت و معرفی مؤلفه های شفقت خود، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و ویژگی های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خود شفقتی اعضا و	شناسایی و آگاهی از مؤلفه های خود شفقتی	ثبت مؤلفه های خود شفقتی در فعالیت های روزانه
۳	پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه، آموزش همدردی با خود.	شناسایی و آگاهی از مؤلفه های خود شفقتی	ثبت مؤلفه های خود شفقتی در فعالیت های روزانه
۴	ترغیب شرکت کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیر شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن شفقت آمیز، پذیرش وضع موجود و تلاش درصدد اصلاح.	پرورش خود شفقتی	ثبت مؤلفه های خود شفقتی در فعالیت های روزانه
۵	آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن شفقتانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات پیش رو و شرایط سخت و چالش برانگیز، توجه به متغیر بودن زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف.	بهبود و توسعه خود شفقتی	ثبت افکار ناکارآمد و پذیرش بدون قضاوت فعالیت های چالش برانگیز روزانه
۶	تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقتانه (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره.	احساس ارزشمندی و خود شفقتی	به کارگیری شفقت در فعالیت های روزانه

۷	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.	بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
۸	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون‌ها.	پرورش و رشد خودشفقتی	ثبت و یادداشت خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه

### ابزار سنجش

**الف) مصاحبه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL):** این مصاحبه را کافمن، بیرماهر، برنت، راثو، فلین، موریکو و ریان<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) تدوین کردند و برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناختی روانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر در کودکان و نوجوانان ۱۷-۶ ساله بر پایه معیارهای DSM-III-R<sup>۲</sup> و DSM-IV<sup>۳</sup> به کار می‌رود. کافمن و همکاران (۱۹۹۷) ضریب پایایی ابزار را به روش بازآزمایی در فاصله ۱-۵ هفته برابر با ۰/۸۰ و همبستگی درونی این ابزار با اضطراب بک را ۰/۹۰ گزارش کردند. روایی و پایایی نسخه فارسی این مصاحبه را شهریور، کوشا، معلمی دوست و علاءقندراد (۲۰۱۰) در میان ۱۰۲ نفر از جمعیت بالینی بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تأیید کرده‌اند. برای بررسی روایی هم‌زمان ابزار از طریق مقایسه آن با معیارهای بالینی از ضریب توافق کاپا استفاده شد که مقدار آن از ۰/۲۵ تا ۰/۸۷ گزارش شد. هم‌چنین پایایی ابزار نیز به روش بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شد.

**ب) مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7):** این مقیاس را اسپیتزر، کرونکی، ویلیامز و لوی<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) ساخته‌اند که میزان و شدت اضطراب موجود در طی دو هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی ۷ سؤال است که بر حسب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و گستره‌ی نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ با نمره برش ۱۰ است. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش شده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی تحلیل عامل اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با ضریب تعیین ۰/۵۳ بود، هم‌چنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار تشخیصی مناسبی برخوردار است (رضایی، سپهوندی و میرزایی هابیلی، ۱۳۹۶). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ پایایی مناسب این آزمون را نشان می‌دهد (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (از این ابزار به عنوان ملاک تشخیصی استفاده شد).

**ج) پرسشنامه نگرانی پنسلوانیا (PSWQ):** یک ابزار ۱۶ گویه‌ای است که مولینا و بورکویک<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) تهیه کرده که شدت نگرانی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) در دو بعد نگرانی عمومی و فقدان نگرانی می‌سنجد. دامنه نمرات ۱۶-۶۴ است و نقطه برش آن ۴۵ است. ثبات درونی بالایی برای این مقیاس گزارش شده است (آلفای کرونباخ ۰/۹۳-۰/۸۶). ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی در یک نمونه ایرانی به

۱. Kaufman, Birmaher, Brent and Rao, Flynn, Moreci & Ryan

۲. Diagnostic and Statistical Manual -3R

۳. Diagnostic and Statistical Manual -4

۴. Generalized Anxiety Disorder Scale- 7 Item

۵. Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe

۶. Penn State Worry Questionnaire

۷. Molina & Borkovec

ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۸ بوده است. همچنین همبستگی معنادار نمرات آن با نمرات اضطراب صفت و افسردگی بیان کننده روایی همگرایی آن بوده است ( $t=0/68, P>0/01$ ) (نقل از دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

د) مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS): آزمون عدم بلا تکلیفی (فریستون، ریوما، ریتارته، دوگاس و لادوسور<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴) ۲۷ گویه دارد که مربوط به نامقبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل منجر می شود. این آزمون از چهار مؤلفه: ناتوانی برای انجام عمل<sup>۲</sup>، استرس آمیز بودن بلا تکلیفی<sup>۳</sup>، منفی بودن رویدادهای غیر منتظره<sup>۴</sup> و بلا تکلیفی درباره ی آینده<sup>۵</sup>، تشکیل شده است و با یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می شود؛ به هر یک از گزینه ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره داده می شود. نوع فرانسوی این آزمون همسانی درونی (۰/۹۱)، و ضریب پایایی باز آزمایی با فاصله چهار هفته بسیار خوبی (۰/۷۸) دارد. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت بخش گزارش شده اس (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه ی نگرانی ( $t=0/60$ )، افسردگی بک ( $t=0/59$ ) و اضطراب بک ( $t=0/55$ ) معنادار ( $P>0/001$ ) به دست آمده است (بوهر و داگاس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). این ابزار نیز در ایران به فارسی ترجمه شده و ویژگی روان سنجی آن به روش باز آزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است (ابراهیم زاده<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون به ترتیب برای مؤلفه های ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بلا تکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیر منتظره و بلا تکلیفی درباره ی آینده، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

## یافته ها

### جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

#### در مرحله پیش آزمون- پس آزمون به همراه پیش فرض های نرمال بودن داده ها

متغیر/گروه	آزمایش		کنترل		کلموگروف	معنی داری آزمون لوین معنی داری
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		
عدم تحمل	۷۳/۳۰	۴۳/۴۰	۷۳/۲۳	۷۶/۰۸	۰/۱۷	۰/۱۳
بلا تکلیفی	۸/۹۴	۲/۵۴	۹/۱۹	۱۰/۲۳	۰/۱۴	۰/۲۰
نگرانی	۴۹/۸۵	۳۲/۱۵	۵۰/۳۰	۵۲/۴۵	۰/۱۹	۰/۰۵
انحراف معیار	۸/۸۸	۶/۸۵	۹/۴۰	۱۰/۶۱	۰/۱۵	۰/۲۰

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض های آزمون های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه ها در متغیرهای عدم بلا تکلیفی و نگرانی، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان

۱. Intolerance of Uncertainty Scale

۲. Freeston, Rheuma, Litarte, Dugas & Ladouceur

۳. disability for action

۴. stressfulness of uncertainty

۵. unexpected negative

۶. uncertainty about the future

۷. Buher & Dugas

۸. Ebrahimzadeh



می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. هم‌چنین نتایج آزمون کلمو-گروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ( $P < 0/05$ ).  
فرضیه ۱. شفقت درمانی بر عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

**جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی و آزمون‌های گروه‌های آزمایش و کنترل**

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۰۲	۴۳/۷۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۴۱	۶/۷۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
اثر هتلینگ	۱۴/۳۵	۴۳/۷۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
بزرگترین ریشه روی	۱۴/۳۵	۴۳/۷۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P \leq 0/001$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد و می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی) بین دو گروه، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جهت پی‌بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۰ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. بنابراین فرضیه ۱ تایید می‌شود. جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های ۲ و ۳ را نشان می‌دهد.  
فرضیه ۲. شفقت درمانی بر عدم تحمل بلاتکلیفی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.  
فرضیه ۳. شفقت درمانی بر نگرانی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

**جدول ۴. تحلیل کواریانس یک راه به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شفقت درمانی بر عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر**

متغیرها	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta <sup>2</sup>	توان آزمون
عدم تحمل	پیش‌آزمون	۷۱/۲۲	۱	۷۱/۲۲	۹۱/۷۶	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۴۵
بلاتکلیفی	گروه	۴۴۶۱/۶۵	۱	۴۴۶۱/۶۵	۳۳۳/۱۹	۰/۰۴۹	۰/۵۱	۰/۸۸
	خطا	۸۹۷	۲۷	۸۹۷	-	-	-	-
	پیش‌آزمون	۱۳۴۳/۲۳	۱	۱۳۴۳/۲۳	۹۶/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۲۷	۰/۴۹
نگرانی	گروه	۱۹۸۷/۷۳	۱	۱۹۸۷/۷۳	۱۶۹/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۵۵	۰/۹۴
	خطا	۵۷۶۲/۷۵	۲۷	۵۷۶۲/۷۵	-	-	-	-

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه جدول ۴، با کنترل اثر پیش آزمون، بین میانگین نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی ( $\eta^2=0/51$  و  $p>0/049$ ) و نگرانی ( $F=333/19$ ) و نگرانی ( $\eta^2=0/55$  و  $p>0/006$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۲ و ۳ پژوهش تایید شد. به عبارتی، گروه درمانی شفقت درمانی باعث کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی شفقت درمانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون، بین میانگین نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی و متغیر نگرانی، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، شفقت درمانی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. با مرور پیشینه پژوهش در داخل و خارج از ایران، تاکنون پژوهشی یافت نشد که اثربخشی این درمان را بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی بررسی کرده باشد، ولی به طور کلی نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های مطالعات پورمحمد قوجانی و همکاران (۱۳۹۷)؛ سلیمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ قواتی و همکاران (۱۳۹۷)؛ شیرالی نیا و همکاران (۱۳۹۷)؛ فتح اله زاده و همکاران (۱۳۹۶)؛ بشار و همکاران (۱۳۹۶)؛ احمدپور دیزچی و همکاران (۱۳۹۶)؛ دشت بزرگی (۱۳۹۶)؛ رضایی و همکاران (۱۳۹۳)؛ گنزلس و همکاران (۲۰۱۸)؛ روزمورنت و همکاران (۲۰۱۷)؛ لویز و همکاران (۲۰۱۵)، نف (۲۰۱۳)؛ گیلبرت (۲۰۱۴) و گیلبرت (۲۰۰۹)، می‌باشد.

در تبیین اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت، در شفقت درمانی، افراد راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه‌ی موازنه تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. از طرفی دیگر با توجه به این که درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عوامل فراشناخت و تکنیک‌های ذهن آگاهانه می‌باشد. موجب افزایش ظرفیت‌های درونی از جمله تحمل کردن، انتظار کشیدن و صبر کردن در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود، به طوری که خود-شفقتی موجب کاهش نگرش‌های منفی در مورد رویدادها و ناتوانی جهت مقابله با شرایط تنش‌زا می‌شود؛ این امر می‌تواند منجر به کاهش نگرانی درباره آینده شود. عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است ارزیابی‌های فرد نسبت به توانایی حل مشکلاتش را تحت تأثیر قرار دهد که با تمرینات مبتنی بر خودشناسی، شناسایی عوامل تشدید کننده نگرانی، ثبت افکار ناکارآمد و پذیرش بدون قضاوت فعالیت‌های چالش برانگیز روزانه، روند ارزیابی دانش آموزان از خود و توانایی‌هایشان به طور صحیح و با تمرکز بیشتری انجام شد. در پژوهش حاضر دانش آموزان دختر، توانایی بیشتری برای خود شفقت‌ورزی پیدا کردند که این امر باعث شد آن‌ها موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشارآور و آشفتنه کننده درک نکنند و در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، از مقابله‌های کارآمدتری استفاده کنند. به طوری که دانش آموزان دختر گزارش می‌کردند که توانایی کنار آمدن با موقعیت‌های مبهم و چالش‌های به وجود آمده در زندگی‌شان را کسب

کرده‌اند و به واسطه راهبردهایی چون پذیرش وضع موجود، پرورش ذهن شفقتانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات پیش رو و شرایط سخت و چالش برانگیز، توجه به متغیر و گذرا بودن این شرایط از توانایی بالایی در کنترل افکار، احساسات و رفتارشان برخوردار شده‌اند و در برخورد با موقعیت‌های نامبهم کمتر دچار تنش و اضطراب می‌شوند.

در تبیین اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت، دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به جهت داشتن تجربه هیجانات منفی در برخورد با موقعیت‌های تنش‌زا، مدام نگران هستند و سعی می‌کنند از حضور در این موقعیت‌ها به خصوص در جمع‌های گروهی، کناره‌گیری کنند و این امر به مرور در آن‌ها احساس بی‌ارزش بودن و ناتوانی را ایجاد می‌کند، این درحالی است که در جریان گروه درمانی مبتنی بر شفقت آن‌ها با یادگیری فنون پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، آموزش همدردی با خود، در جریان گروه درمانی در می‌یابند که کمتر خود را مورد سرزنس و خودانتقادی قرار دهند؛ چون دیگران نیز مانند خودش نقایصی را دارند. این افزایش آگاهی موجب می‌شود که آنان حس کنند که بر خود و محیط پیرامون شان کنترل بیشتری داشته و می‌توانند از راهبردهای بهتر برای مبارزه با شرایط تنش‌زا و اضطراب برانگیز استفاده کنند که این عوامل نقش مهمی در کاهش نگرانی آنان داشت. از سویی دیگر تفسیر مجدد شناخت‌ها و پذیرش وضع موجود و تلاش درصدد اصلاح آن موجب شد که دانش آموزان سرزندگی و نشاط بیشتری پیدا کنند که این عوامل به نوبه‌ی خود جزء عوامل محافظت‌کننده در برابر نگرانی در زمینه‌های تحصیلی و زندگی شخص دانش آموزان با اختلال اضطراب فراگیر در طی گذراندن جلسات گروه درمانی می‌شود. روزمورنت و همکاران (۲۰۱۹) معتقدند که درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی که نقش عمده‌ای در ایجاد نگرانی دارند را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن‌ها می‌کند. بنابراین، این افراد به جای شرم و خود انتقادی با بازطراحی معیارهای فردی این قابلیت را کسب می‌کنند و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهایی واقعی و توقعاتی دست‌یافتنی را بازطراحی کنند تا با پذیرش بدون قضاوت بتوانند با اطرافیان همدلی کنند و مسائل و مشکلات شان را بدون نگرانی و اضطراب با آن‌ها در میان بگذارند و از این طریق با توجه به بیان مستمر احساسات درونی شان با نزدیکان شان بتوانند بر نگرانی‌هایشان غلبه و از این طریق به‌صورت فعال‌تر در خانواده و اجتماع حضور پیدا کنند؛ بنابراین، کاهش نگرانی دور از انتظار نیست. در این رابطه نیز گیلبرت (۲۰۰۹) معتقد است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفستگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند تا بتواند به‌صورت فعال، پرشور و بانشاط و بدون از نگرانی و اضطراب در خانواده و اجتماع حضور پیدا کند.

## منابع

- احمدپور دیزجی، جمیله، زهراکار، کیانوش و کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روان شناختی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی. فصلنامه زن و فرهنگ، ۸(۳۱): ۷-۲۱.
- بشار، مهسا، سرداری پور، مهران و قمری، محمد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر روان‌سازهای ناسازگار اولیه و کاهش عواطف منفی بیماران افسرده. سومین همایش بین‌المللی اقیانوس‌های نوین در علوم تربیتی، روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران، تهران.
- پورمحمد قوجانی، کامران و عرب، سیمین. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. ماهنامه رویش روان‌شناسی، در دست انتشار.
- دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۸(۲): ۷۲-۷۹.
- دهشیری، غلامرضا، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱(۴): ۶۷-۷۵.
- رضایی، فاطمه، سپهوندی، محمد علی و میرزایی هابیلی، خدیجه. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی- رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۳(۱): ۴۳-۶۳.
- رضایی، محسن. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش شفقت خود بر میزان گذشت، احساس تنهایی و کیفیت زندگی افراد متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز.
- سلیمی، آرمان، ارسلان ده، فرشته، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلوزیس. مجله اقیانوس دانش، ۲۴(۲): ۱۳۱-۱۲۵.
- شیرالی نیا، خدیجه، چلداوی، رحیم و امان الهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۰(۱): ۹-۱۹.
- عبدل پور، قاسم، هاشمی، تورج، شعیری، محمد رضا و علیزاده، فریدون. (۱۳۹۷). رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی با باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۵(۲): ۱۵-۲۶.
- فتح اله زاده، نوشین، مجلسی، زینب، مظاهری، زهرا، رستمی، مهدی و نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خودانتقادی زنان آزار دیده عاطفی. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۳(۲): ۱۵۱-۱۶۹.
- فتواتی، سجاد علی، بهرامی، فاطمه، گودرزی، کوروش و روزبهانی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۳۷(۳): ۱۵۲-۱۶۸.
- نائینیان، محمدرضا، شعیری، محمدرضا، شریفی نیا، معصومه، و هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی

و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-۷). فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۳(۴): ۴۱-۵۰.

- Alexander, J.R., Houghton, D.C., Twhig, M.P., Franklin, M.E., Saunders, S.M., Neal-Barnett, A.M., & et al. (2017). Clarifying the relationship between Trichotillomania and anxiety. *Journal Obsessive Compuls Relat Disord*, 13: 30-34.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed)*. Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4thed.)*. New York: Guilford Press.
- Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J., & Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal Anxiety Disorder*, 23(8): 1011-23.
- Buher, K., Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Journal of Behave Research Therapy*, 40(8): 931-945.
- Chen, S., Yao, N., & Qian, M. (2018). The influence of uncertainty and intolerance of uncertainty on anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61(7): 60-65.
- Dar, K.A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal Psychiatry*, 29: 129-133.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.
- Ebrahimzadeh, Z. (2006). *The study of cognitive beliefs perfectionism and social problem solving ability according to uncertainty levels among OCD and MDD*. Dissertation in MA, Ardabil University (Text in Persian).
- Eley, T.C., McAdams, T.A., Rijdsdijk, F.V., & et al. (2015). The intergenerational transmission of anxiety: a children-of-twins study. *Am Journal Psychiatry*. 172: 630-637.
- Freeston, M. H., Rheauma, J., Litarte, H., Dugas, M. J., Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry?. *Personality and Individual Difference*, 17(6): 791- 802.
- Gary, I., & et al. (2019). The effect of worrying on intolerance of uncertainty and positive and negative beliefs about worry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62(7): 65-71.
- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3): 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 6-41.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., DiegoPedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 1534735418772095.
- Hill, C., Waite, P., & Creswell, C. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatr Child Health*, 26: 548-553.
- Hirsch, C. R., & Mathews, A. A. (2012). Cognitive model of pathological worry. *Behav Res Ther*. 50(10): 636- 646.
- Irons, C. & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1): 47-54.

- Jensen, D., Kind, A.J., Morrison, A.S., & Heimberg, R. G. (2014). Intolerance of uncertainty and immediate decision-making in high-risk situations. *Journal Exp Psychopathol*, 5(2):178-190.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7): 980-988.
- Lawrence, P.J., Rooke, S.M., & Creswell, C. (2017). Review: prevention of anxiety among at-risk children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health*, 22:118-130.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits compassion-focused therapy: An early systematic review. *Journal of Psychological Medicine*, 45(5): 927-945.
- Muller-Pinzler, L., Gazzola, V., Keysers, C., Sommer, J., Jansen, A., Frassle, S., and Krach, S. (2015). Neural pathways of embarrassment and their modulation by social anxiety. *Neuroimage*, 119(1): 252-261.
- Neff, K. (2013). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 3,54-67. partner violence. *Journal Wom Health*; 21(9): 942-9.
- Ottaviani, C., Borlimi, R., Brighetti, G., Caselli, G., Favaretto, E., Giardini, I., & et al.(2014). Worry as an adaptive avoidance strategy in healthy controls but not in pathological worriers. *Int Journal Psychophysiol*, 93(3): 349-355.
- Peter, J., Lawrence, D, C., Murayama, K., & Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(1): 46-60.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 56: 345-365.
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Analesde Psicología /Annals of Psycholog*, 34(1): 63-67.
- Shahrivar, Z., Kosha, M., Moallemi, SH., Tehrani-Dost, M. and Alaghband-rad J. (2010). The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- and Schizophrenia- Present and Life-time. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(2): 97-102.
- Spitzer, R. L. Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10): 1092-1097
- Stumper, A., Danzig, A.P., Dyson, M.W., Olino, T.M., Carlson, G.A., & Klein, D.N. (2017). Parents' behavioral inhibition moderates association of preschoolers' BI with risk for age 9 anxiety disorders. *Journal Affect Disord*, 210: 35-42.
- Villagrasa, R., & et al.. (2019). Clinically relevant anxiety and risk of Alzheimer's disease in an elderly community sample: 4.5 years of follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 23(9): 657-663.
- Williams, M. O., Mathews, A., & Hirsch, C. R. (2014). Verbal worry facilitates attention to threat in high-worriers. *Journal Behav Ther Exp Psychiatry*, 45(1):8-14.

**The Effectiveness of Group -Based Compassion Therapeutic  
on Uncertainty and Concern in Female Students with  
Generalized Anxiety Disorder**

S.M. Akbari Klor\*  
M. Habibi\*\*  
Z. Ghator\*\*\*  
F. Azimi Raviz\*\*\*\*

**Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group-based compassion therapy on uncertainty and concern among female students with generalized anxiety disorder. The research method was semi-experimental with pretest-posttest and control group. The research population was comprised of all third grade secondary school female students in Mashhad, Iran during the first half of the academic year of 1394-1394. After initial evaluation for comprehensive anxiety disorder, using the semi-structured interview of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version 30 female students were selected via judgmental sampling procedure and randomized samples were assigned to the experimental and control groups. The experimental group received compassionate therapy intervention in 8 sessions of 90 minutes per week in two sessions (grouped); the control group was placed on the waiting list for two months. To analyze the data, multivariate analysis of covariance analysis was implemented. The results showed that by controlling the effect of pre-test, the mean post-test scores of the experimental groups and the control group in the uncertainty variable and its components included; the disability to perform the operation, the stressfulness of the uncertainty, There was significant difference between uncertainties about the future and the variable of concern in the experimental and control groups. The research concluded that compassion therapy was able to reduce the incidence of uncertainty and concern among students with generalized anxiety disorder.

**Keywords:** compassion therapy, uncertainty, concern, generalized anxiety disorder.

---

\* M. A. of Family Counselling, Tehran University, Tehran, Iran. (Corresponding author, Email: yusef137205@gmail.com)

\*\*M. A. of Educational Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

\*\*\*M. A. of Psychology, Department of Psychology, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

\*\*\*\*M. A. Clinical Psychology, Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran.