

تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن*

مریم توفانچی^۱، زهره رئیسی^۲، امیر قمرانی^۳، حسن رضایی جمالویی^۴

Developing the distress tolerance promotion package and comparing its effectiveness with compassion-focused therapy on self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches

Maryam Tofangchi¹, Zohreh Raeisi², Amir Ghamarani³, Hasan Rezaei Gamaloei⁴

چکیده

زمینه: تحمل پریشانی نقش بسزایی در سلامت روانی و جسمانی دارد؛ با این وجود، تاکنون توسعه مداخلات مختص افزایش تحمل پریشانی کمتر مورد توجه بوده است. همچنین تأثیر مداخلات مبتنی بر شفقت نیز بر ویژگی‌های روانشناختی افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی (مانند سردردهای تنشی) کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. **هدف:** هدف پژوهش حاضر تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سردردهای تنشی مراجعه کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر اصفهان در بازه زمانی سه ماهه در تابستان سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. تعداد ۴۸ زن مبتلا به سردردهای تنشی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایشی بسته ارتقای تحمل پریشانی (۱۶ نفر) و درمان مبتنی بر شفقت (۱۶ نفر) و یک گروه گواه (۱۶ نفر) به طور تصادفی گمارده شدند. افراد در دو گروه بسته جدید ارتقای تحمل پریشانی که توسط نویسندگان این مقاله طراحی شده و درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) مداخلات مربوطه را دریافت کردند، ولی افراد در گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت‌کنندگان با استفاده از مقیاس‌های خودانتقادی (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴)، ترس از ارزیابی منفی (لیری، ۱۹۸۳) و اضطراب (بک و همکاران، ۱۹۹۸) در مراحل پیش و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، بسته ارتقای تحمل پریشانی و درمان مبتنی بر شفقت نسبت به گروه گواه موجب بهبود معنادار در میزان خودانتقادی ($F=۴۲/۳۷, \eta^2=۰/۶۷, p<۰/۰۰۱$)، ترس از ارزیابی منفی ($F=۲۳/۰۴, \eta^2=۰/۵۲, p<۰/۰۰۱$) و اضطراب ($F=۳۳/۵۱, \eta^2=۰/۶۱, p<۰/۰۰۱$) زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن شدند. همچنین یافته‌ها نشان داد که بسته ارتقای تحمل پریشانی نسبت به درمان مبتنی بر شفقت به میزان بالاتری منجر به کاهش خودانتقادی در زنان مبتلا به سردردهای تنشی می‌شود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه، اثربخشی بسته جدید طراحی شده به منظور ارتقای تحمل پریشانی و همچنین درمان متمرکز بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن مورد تأیید قرار گرفتند.

واژه کلیدیها: بسته ارتقای تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر شفقت، خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی، سردردهای تنشی مزمن.

Background: Although distress tolerance plays a significant role in mental and physical health, developing specific interventions regarding an increase in distress tolerance has rarely been paid attention to. The impacts of the compassion-based intervention on psychological features of individuals with psychosomatic conditions have been rarely examined as well. **Aims:** The goals of the present study were, first, to introduce the distress tolerance promotion package (DTPP) and, second, to compare its effectiveness with compassion-focused therapy (CFT; Gilbert, 2010) in terms of self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. **Method:** The research was quasi-experimental with the pretest, posttest, and control group design. The statistical population included all women with tension-type headaches referred to headache and neurology clinics in Isfahan in 2019. Forty-eight women with tension-type headaches using purposeful sampling method were selected and randomly assigned to DTPP (n=16), CFT (n=16), and control (n=16) groups. DTPP and CFT groups attended a 90-minute session per week for 8 weeks, whereas the control group received no particular intervention. The participants were assessed using the scales of self-criticism (Gilbert et al., 2004), the fear of negative evaluation (Leary, 1983), and anxiety (Beck et al., 1998) in the pretest and posttest stages. **Results:** The MANCOVA results revealed that compared to the control group, DTPP and CFT groups lead to significant improvements in each of the scales of self-criticism, the fear of negative evaluation, and anxiety in the women with tension-type headaches. DTPP was also shown to have a greater positive effect on the reduction of self-criticism compared to CFT. **Conclusions:** Based on the findings, the effectiveness of the newly designed distress tolerance promotion package and compassion-focused therapy were approved on self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. **Key Words:** Distress tolerance, compassion-focused therapy, self-criticism, fear of negative evaluation, chronic tension-type headaches.

Corresponding Author: z.tadbir@yahoo.com

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
 ۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)
 ۳. استادیار، گروه آموزشی روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
 ۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۱. PhD Student, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
 ۲. Assistant Prof., Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author)
 ۳. Assistant Prof., Department of Psychology of Children with Special Needs. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
 ۴. Assistant Prof., Department of Psychology Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
- پذیرش نهایی: ۹۹/۰۹/۳۰ دریافت: ۹۹/۰۹/۰۴

مقدمه

خصوص سلامت روانی مبتلایان به سردرد، نیز مشخص شده است که ۳۳ درصد مبتلایان به سردرد، مشکلات روانی - هیجانی را تجربه می‌کنند (اسپی - لویز و همکاران، ۲۰۱۶). اضطراب شایع ترین اختلال روانی در همه انواع دردهای مزمن، بویژه سردرد است که در ایجاد، تداوم و تشدید آن نقش مهمی دارد (سیمونف، ۲۰۱۵). درحالی که شیوع اضطراب در جمعیت‌های عمومی ۱۴/۱ درصد است؛ این نسبت در مبتلایان به سردرد؛ ۳۱/۲ درصد می‌باشد (سیمونف، ۲۰۱۵) و افراد مبتلا به سردردهای تنشی در مقایسه با همتایان سالم، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (اسپی-لویز و همکاران، ۲۰۱۶). سیمونف و همکاران (۲۰۱۶) نیز دریافتند که کاهش اضطراب می‌تواند به افزایش تحمل بیماران برای مقابله با درد و سایر مشکلات ناشی از سردرد بیانجامد. همچنین پریزیکوپ، پریزیکوپ و هاویلند (۲۰۱۶) دریافتند برای درمان سردردهای تنشی علاوه بر پزشکان و متخصصین مغز و اعصاب، وجود یک روانشناس که بتواند مشکلات روانی و استرسورهای افراد، به‌ویژه اضطراب را مدیریت کند، ضروری است.

در سال‌های اخیر، توجه به عوامل شناختی در ایجاد و یا تشدید اضطراب مدنظر محققان بوده است. در این میان دو سازه شناختی ترس از ارزیابی منفی و خودانتقادی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (کارمینیا و همکاران، ۲۰۱۳؛ ملیان و همکاران، ۲۰۱۴). ترس از ارزیابی منفی یکی از مهم‌ترین شناخت‌های ناکارآمد در ایجاد مشکل روانی خصوصاً اضطراب است (فلدینگ و همکاران، ۲۰۱۶) و همبستگی بالایی با اختلالات اضطرابی دارد (ویکز، جاکاتدار و همبرگ، ۲۰۱۰). از طرفی خودانتقادی که همراه با نوعی شرم درونی ناشی از خود ارزیابی منفی است سبب می‌شود فرد آسیب پذیر شده و دچار اضطراب و سایر اختلالات شود (گیلبرت و مایرز، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی با وضعیت جسمانی و به ویژه سردردهای تنشی همبستگی بالایی دارند. خود انتقادی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس‌زا و تضعیف کننده خود می‌باشد، تعریف شده است (گیلبرت و آرونز، ۲۰۰۵). افراد خودانتقادگر دید منفی و انتظارات بالا نسبت به خود دارند. آنها براساس کمال‌گرایی و مقایسه‌های نابجای خود با دیگران، معمولاً احساس حقارت، شکست و اضطراب را تجربه می‌کنند (دانکلی و بلانکستین، ۲۰۰۰). خودانتقادی باعث می‌شود که فرد خود و عملکرد خود را ناقص

اختلالات روان‌تنی^۱ یا روان فیزیولوژیک اشاره به آن دسته از حالاتی دارند که در آنها حوادث پرمعنای روانشناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند. این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معده‌ای - روده‌ای، استخوانی - عضلانی، پوست و سردرد هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). سردرد معمولی اختلالی است که ۳۷ میلیون نفر در ایالت متحده و ۱ میلیارد نفر را در جهان درگیر کرده است. این اختلال در زنان بیشتر از مردان و نسبت آن به ترتیب ۲۰/۷ درصد به ۹/۷ درصد است (رمی، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها مشخص شده است که ۹۰ درصد افراد در طول زندگی، یک یا چندبار یکی از اشکال سردرد را تجربه می‌کنند (روزنتال، ۲۰۱۸). براساس جدیدترین آمار جهانی سردرد؛ میانگین سردردهای مزمن، ۴۷ درصد، سردرد تنشی^۲، ۳۸ درصد و سردرد میگرنی، ۱۰ درصد می‌باشد (کرامر و همکاران، ۲۰۱۹). سردرد تنشی نوعی سردرد شایع است که با درد دوطرفه غیرضربان‌دار خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیت‌های شخصی شود، مشخص می‌شود (فومل و اسکونن، ۲۰۰۸). سردرد تنشی به صورت دو نوع دوره‌ای^۳ و مزمن^۴ می‌باشد. سردرد تنشی، شایع‌ترین اختلال در بین انواع سردردها است که مراجعه به متخصصین مغز و اعصاب را موجب می‌شود. سردرد تنشی مزمن بیش از سایر انواع سردرد، هزینه‌های اقتصادی به بار می‌آورد (کرامر و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع، سردردهای تنشی تأثیرات منفی فراوانی بر کیفیت زندگی فردی، خانوادگی، شغلی و به طور کلی شرایط اقتصادی - اجتماعی فرد برجای می‌گذارند (اسپی - لویز و همکاران، ۲۰۱۶). عوامل روانشناختی نقش مهمی هم در ایجاد و هم در بهبود سردردهای تنشی ایفا می‌کنند (لیچیکس و رین، ۲۰۰۴). در واقع، رابطه میان آسیب‌شناسی روانی و سردرد سال‌ها است که در پیشینه پژوهش بالینی مورد بررسی قرار گرفته است. علی‌رغم توجه و جدال بر سر تعامل این متغیرهای دخیل، پژوهش‌های محدودی به بررسی این عوامل پرداخته‌اند (سیلبرستین، لیپتون و برسلاو، ۱۹۹۵). در

1. Psychosomatic disorders
2. Tension- Type Headache (TTH)
3. Episodic
4. Chronic

نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتار محبت‌وار، فراهم کردن موقعیت‌های برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد (دپو و مارونه - استراپینسکی، ۲۰۰۵). در درمان مبتنی بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، لذا می‌توانند در گام اول تجربه خودشان را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس یک نگرش مشفقانه به خود داشته باشند که در این مورد رضایت و گرمی به افراد آموزش داده می‌شود (مایه‌بو و گیلبرت، ۲۰۰۸). در همین راستا، شاهار و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی که بر روی ۳۸ بیمار مبتلا به خودانتقادی شدید انجام دادند، دریافتند که مداخله مبتنی بر شفقت می‌تواند خودانتقادی و اضطراب بیماران را کاهش و عواطف مثبت آنها را افزایش دهد. همچنین گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت به خود از خودانتقادی و احساس شرم و ناکامی دانشجویان کاسته و احساسات پذیرش و گرمی آنان را افزایش می‌دهد. همچنین مطالعات همبستگی نیز نشان داده‌اند که بین شفقت به خود و خودانتقادی رابطه معکوس وجود دارد (جعفرقلی زنجانی، ۱۳۹۶). در واقع، در بررسی رابطه بین خودانتقادی و شفقت به خود می‌توان گفت که افرادی که دارای شفقت به خود بالایی هستند در مواجهه با شکست‌ها به مهربانی و عطف نسبت به خود، نه انتقاد و سرزنش خود، می‌پردازند و شفقت به خود بالا کاهش آسیب‌های روانی و شرم، خودانتقادی و ترس از خوددوستی و احساس امنیت اجتماعی را به ارمغان دارد (کوپاگ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش اضطراب و خودانتقادی در پژوهش‌های موسویچ، کروکر، کوالسکی و دیلونگیس (۲۰۱۳)، مک‌ایوان و گیلبرت (۲۰۱۵)، آشورث، کلارک، جونز، جینگز و لانگورث (۲۰۱۵)، بوئرسما، هاکانسون، سالمونسون و جانسون (۲۰۱۵) و لاکری و کورتن (۲۰۱۳) نیز تأیید شده است. با وجود این، کاربست درمان مبتنی بر شفقت بر علایم روانشناختی بیماران مبتلا به سردرد تششی و نیز تأثیر آن بر ویژگی ترس از ارزیابی منفی حوزه جدیدی است که نیاز به بررسی بیشتر دارد. با وجود مداخلات روانشناختی استاندارد گوناگون همچنان نیاز به توسعه مداخلات خاص در برخی از حیطه‌ها احساس می‌شود. در همین

بداند و معیارهای دور از دسترسی را برای خود تعریف کند (جیمز، ورپلانکن و ریمز، ۲۰۱۵). در پژوهشی که به منظور مقایسه دانشجویان مبتلا به سردرد تششی و بدون سردرد در عوامل روانشناختی انجام گرفته بود، نشان داده شد که دانشجویانی که دچار سردردهای تششی بودند از خودتنبیهی و استرس روانشناختی بالا برخوردار بودند (باسونی، ۲۰۱۹). ترس از ارزیابی منفی، شامل انتظار اینکه افراد دیگر فرد را منفی ارزیابی کنند، احساسات ترس و نگرانی ناشی از این ارزیابی‌های منفی و پرهیز از موقعیت‌های ارزیابی می‌باشد (واتسون و فرند، ۱۹۹۶). ترس از ارزیابی منفی از جمله عوامل شناختی مهم در اختلالات اضطرابی می‌باشد. افرادی که ترس از ارزیابی منفی در آنها بالاتر است نمی‌توانند رابطه‌ای متعادل با دیگران برقرار کنند، آنها معمولاً در روابط با دیگران تمایل دارند که بیشتر دوست داشته شوند، تا دیگران را دوست بدارند. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، باورهای منفی درباره سایر افراد و موقعیت‌های اجتماعی داشته و احساس می‌کنند که دیگران آنها را منفی ارزیابی خواهند کرد (وینتون، کلارک و ادلمن، ۱۹۹۵). این افراد فکر می‌کنند که دیگران مدام آنها را تحت نظارت و واری داشته و از عملکرد و رفتار آنها ارزیابی منفی خواهند کرد (واتسون و فرند، ۱۹۹۶). بنابراین، با توجه به مرور ادبیات پژوهشی در این زمینه به نظر می‌رسد مداخله در راستای کاستن از تجربه اضطراب، خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی در زنان مبتلا به سردردهای تششی به منظور بالا بردن کیفیت زندگی آنان ضروری باشد.

مداخلاتی مختلفی در این زمینه وجود دارند که برای این مهم در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند. یکی از این مداخلات، درمان مبتنی بر شفقت^۱ (CFT) می‌باشد که به عنوان یک سبک مداخله‌ای جدید، بیشتر به منظور درمان بسیاری از اختلالات روانی (برای مثال، اضطراب و افسردگی) و خصوصیات شخصیتی منفی (برای مثال، خودانتقادی) به کار رفته است. در درمان مبتنی بر شفقت که توسط گیلبرت مطرح شد بر چهار حوزه تجارت پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راه‌کارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است (آشورث، گریسی و گیلبرت، ۲۰۱۱). در این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با

1. Compassion-focused therapy

مبتنی بر پذیرش و تعهد به ارتقای تحمل پریشانی پرداخته شده است. در این راستا آموزش‌هایی به منظور شناسایی ارزش‌ها، پذیرش افکار و هیجانات منفی به افراد ارائه می‌شود (براون و همکاران، ۲۰۰۹). این رویکرد در ایران نیز مد نظر محققان قرار گرفته است (احمدی و ریسی، ۱۳۹۷؛ طاهری، رضایی جمالویی و زمانی، ۱۳۹۸). در رویکرد جدیدتر، اعتقاد بر این است که به منظور ارتقای تحمل پریشانی افراد، صرفاً تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کافی نیست و تکنیک‌هایی که همه ابعاد و مؤلفه‌های تحمل پریشانی را مدنظر قرار دهند، مورد نیاز است. در این دیدگاه به مفهوم چند بعدی تحمل پریشانی و نظریه‌پردازی چون سیمون و گاهر (۲۰۰۵)، اروین و همکاران (۲۰۱۸) و ییو و همکاران (۲۰۱۸) استناد شده است. سیمون و گاهر (۲۰۰۵) یک مفهوم چهار بعدی از تحمل پریشانی ارائه می‌دهند که شامل تحمل جذب، تنظیم و ارزیابی است. اروین و همکاران (۲۰۱۸) تحمل پریشانی را یک سازه چندبعدی می‌دانند که هم مؤلفه‌های رفتاری و هم مؤلفه‌های ادراکی را شامل می‌شود. ییو و همکاران (۲۰۱۸) نیز معتقدند که تحمل پریشانی ابعاد فیزیولوژیکی، رفتاری و هیجانی و عاطفی دارد. با عنایت به اینکه رویکرد چند بعدی در ارتقای تحمل پریشانی به عنوان یک رویکرد جدید و جامع مدنظر پژوهشگران قرار گرفته و از سوی دیگر تاکنون براساس این رویکرد بسته ارتقای تحمل پریشانی طراحی نشده است. لذا یکی از اهداف این پژوهش تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی (نگاه کنید به جدول ۲) و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت روی اضطراب، خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی به عنوان ویژگی‌های شایع در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن بود.

سردردهای تنشی جزء مهم‌ترین اختلالات ناتوان‌کننده در دنیا محسوب می‌شوند که همه گروه‌های جامعه را در بر می‌گیرند و می‌توانند کارآیی شخصی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی فرد مبتلا را به شدت کاهش دهند (اسپی - لویز و همکاران، ۲۰۱۶؛ کرامر و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، سردردهای تنشی نه تنها می‌توانند فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روانی (مانند اضطراب و افسردگی) کنند، بلکه اختلالات روانی (برای مثال، اضطراب) و برخی از ویژگی‌های شخصیتی منفی مانند خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی می‌توانند در بروز سردردهای تنشی مؤثر باشند (لیپچیکس و رین، ۲۰۰۴). لذا هرگونه تلاش برای کاهش تجربه این خصوصیات

رابطه، اخیراً محققان در بررسی و درمان اضطراب و افسردگی به مکانیسم‌های زیربنایی و تشدیدکننده این اختلالات توجه کرده‌اند. در این راستا، سازه تحمل پریشانی^۱ بیش از مفاهیم دیگر مدنظر قرار گرفته است (الهایی، لوینی، اوبرین و آرمور، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی یک مفهوم چند بعدی است که به توانایی فرد برای تحمل احساسات ناراحت‌کننده اشاره دارد (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند هیجانات منفی را غیرقابل کنترل و سرکوب‌کننده می‌دانند (راینسون و فریستون، ۲۰۱۴). از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتر اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهند (الهایی و همکاران، ۲۰۱۸). این افراد در مقایسه با دیگران بیشتر مستعد اختلال خوردن، بی‌اشتهایی و کم‌اشتهایی روانی (ییو و همکاران، ۲۰۱۸)، سوء مصرف الکل، قماربازی (الهایی و همکاران، ۲۰۱۸)، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (ویلیوکس، ۲۰۱۹) و سوء مصرف مواد (اروین و همکاران، ۲۰۱۸) هستند. همچنین، راینسون و فریستون (۲۰۱۴) معتقدند که ارتقای تحمل پریشانی ارزش فراوانی دارد و می‌تواند برای درمان بسیاری از اختلالات به کار گرفته شود. متأسفانه تاکنون نه تنها بسته جامع آموزشی در رابطه با ارتقای تحمل پریشانی وجود ندارد، بلکه مطالعات بسیار کمی نیز در این رابطه صورت گرفته است. در یکی از این معدود پژوهش‌ها، برونوالوا و همکارانش (۲۰۱۲) که اقدام به طراحی یک بسته مختصر مختص به اختلال سوء مصرف مواد کرده بودند، نتایج آنها نشان داد که مداخله بهبود مهارت‌های تحمل پریشانی توانست نسبت به درمان معمول و همچنین مشاوره حمایتی به طور معناداری منجر به افزایش بیشتر تحمل پریشانی و بهبود بالینی در افراد معتاد معتاد به مواد و الکل شود. با توجه به نقش مهم تحمل پریشانی در حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی و بروز طیف وسیعی از اختلالات روانی، محققان به منظور ارتقای این توانایی با توجه به ادبیات نظری و پژوهشی در این حوزه به ارائه بسته ارتقای تحمل پریشانی (DTPP) پرداخته‌اند.

بررسی‌های محقق پیرامون رویکردهای آموزش و ارتقای تحمل پریشانی، دو دیدگاه مجزا را متمایز می‌سازد. در دیدگاه قدیمی و اولیه، با آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌های رویکرد درمانی

1. Distress tolerance

مصاحبه با متخصص مغز و اعصاب، ابتلا به سردرد تنشی مزمن یک سال قبل از شروع مطالعه و حداقل به مدت ۳ ماه، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن سواد در حد دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی بویژه حساسیت‌های نوری و چشمی، فیبرومالیژیا، اختلالات خواب، آسیب‌های مغزی خفیف، به تشخیص متخصصان چشم و متخصصان مغز و اعصاب، عدم مصرف داورهای روان-پزشکی در یک سال گذشته براساس اطلاعات مندرج و نداشتن اختلال روانی جدی براساس کسب نمره پایین‌تر از ۲۳ در پرسشنامه سلامت‌روان (GHQ). همچنین معیارهای خروج شامل موارد زیر بودند: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و شرکت همزمان در برنامه‌های آموزشی و درمانی دیگر.

مطالعه حاضر بر گرفته با شناسه اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.049 ثبت شده است. اجرای این مطالعه منطبق با رعایت استانداردهای اخلاقی بیانیه هلسینکی بود. ملاحظات اخلاقی زیر در این پژوهش رعایت شد: (۱) اخذ رضایت نامه کتبی از شرکت‌کنندگان، (۲) رعایت اصل رازداری، (۳) آگاه کردن شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه، (۴) اختیاری بودن شرکت در مطالعه، (۵) حق انصراف از مطالعه در هر زمان و (۵) توجه به سلامت و آسایش آنها.

ابزار

پرسشنامه اضطراب بک^۱: این پرسشنامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است و مشتمل بر ۲۱ عبارت می‌باشد که به صورت چهار گزینه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب می‌باشد. نمره فرد در این مقیاس بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. نمره بالاتر معرف اضطراب بیشتر است. در ایران، روایی و پایایی این مقیاس توسط کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) بر روی نمونه‌ای مشتمل بر ۱۵۱۳ نفر جمعیت عادی و ۲۶۱ بیمار اضطرابی ارزیابی گردید. در این راستا، روایی همگرایی مقیاس ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برای زنان مبتلا به سردرد تنشی مزمن ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس خود انتقادی^۲: مقیاس خودانتقادی که توسط گیلبرت و

در افراد مبتلا به سردردهای تنشی به منظور بالا بردن کیفیت زندگی آنها ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این، به زعم سیمونف (۲۰۱۵) علی‌رغم اینکه سردرد تنشی اختلالی ناتوان‌کننده و بسیار شایع است، اما بسیار کمتر از میگرن مدنظر محققان قرار گرفته است. از سوی دیگر، می‌توان به اهمیت این پژوهش از بُعد جدید بودن موضوع پژوهش و تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی اشاره کرد. براساس مرور مطالعات انجام شده هنوز این بسته با رویکرد چندبعدی طراحی نشده است و این پژوهش می‌تواند به بدنه دانش موجود در خصوص ارتقای تحمل پریشانی بیفزاید. همچنین در ایران تاکنون سازه‌های شناختی مرتبط با اضطراب یعنی ترس از ارزیابی منفی و خودانتقادی در زنان مبتلا به سردرد تنشی بررسی نشده است و از این جهت نیز پژوهش حائز اهمیت می‌باشد. بنابراین، سوال پژوهش حاضر این بود که آیا بسته جدید ارتقای تحمل پریشانی و درمان مبتنی بر شفقت به عنوان روشی استاندارد و شناخته شده بر اضطراب، خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن اثربخش هستند؟

روش

در این مطالعه طرح پژوهش حاضر طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیرهای مستقل شامل بسته ارتقای تحمل پریشانی و درمان مبتنی بر شفقت و متغیرهای وابسته نیز شامل خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب بود. همچنین متغیرهای کنترل شامل پیش‌آزمون (به صورت آماری)، وضعیت تأهل، سن و تحصیلات بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سردردهای تنشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب شهر اصفهان در بازه زمانی سه ماهه در تابستان سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. تعداد ۴۸ زن که بر اساس ملاک‌های جامعه بین‌المللی سردرد و تشخیص متخصص مغز و اعصاب مبتلا به سردردهای تنشی مزمن بودند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به سه گروه (آزمایشی ۱ [CFT]، آزمایشی ۲ [DTPP] و گواه) به طور مساوی و به صورت تصادفی انتساب شدند. از آنجایی که دلاور (۱۳۸۸) حجم نمونه برای تحقیقات آزمایشی را ۱۵ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده‌اند، با توجه به احتمال ریزش در این مطالعه ۴۸ نفر انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: احراز شرایط سردرد تنشی مزمن براساس ملاک‌های جامعه بین‌المللی سردرد و

1. Beck Anxiety Questionnaire

2. Self-Criticism Scale

پرسشنامه که بوسیله گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸) طراحی شده است شامل ۲۸ سؤال است که چهار بعد نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد، هر خرده آزمون دارای ۷ سؤال است و سؤالات آزمون به شیوه چهار گزینه‌ای لیکرت (=۰) به هیچ وجه تا ۳= بسیار بیشتر از حد معمول) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره آن به ترتیب، از صفر تا ۸۴ متغیر است. نمره بالا نشان دهنده سلامت روان پایین‌تر است. در ایران نیز مطالعات زیادی به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه انجام شده است. در یکی از این مطالعات که روی ۷۴۸ فرد جوان (۱۸ تا ۲۵ ساله) صورت گرفت، نتایج نشان داد که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد و روایی همگرای آن رابطه منفی را بین با کیفیت زندگی کلی نشان داد (منتظری و همکاران، ۲۰۰۳). در این مطالعه، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و بسته آموزشی ارتقای تحمل پریشانی در میزان خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) با کنترل پیش‌آزمون استفاده شد. برای تحلیل آماری داده‌ها نرم‌افزار SPSS 23 به کار گرفته شد.

مراحل اجرای پژوهش به شرح زیر بود: پس از دریافت تأییدیه و مجوز انجام پژوهش و معرفی نامه‌ها از معاونت پژوهشی دانشگاه به کلینیک‌های مغز و اعصاب و سردرد مراجعه و ارائه مجوزها و هماهنگی لازم انجام شد. بر اساس معیارهای ورود و خروج و انجام مصاحبه تشخیصی با نمونه‌ها توسط متخصص مغز و اعصاب، نمونه‌های مورد نظر (تعداد ۴۸ نفر) با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مطالعه به طور نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و سپس به طور تصادفی در سه گروه آزمایشی CFT (n= ۱۶) و DTPP (n= ۱۶) و گروه گواه (n= ۱۶) گمارده شدند. پس از آن به اجرای پرسشنامه‌های پژوهش روی همه گروه‌ها پرداخته شد (مرحله پیش‌آزمون). در مرحله بعد گروه‌های آزمایشی یک مداخله مبتنی بر شفقت و گروه آزمایش دو بسته ارتقای تحمل پریشانی را دریافت کردند. پس از اجرای کامل مداخلات مربوطه در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون نیز پرسشنامه‌های پژوهش مجدداً روی هر سه گروه مورد مطالعه اجرا شدند. مداخله درمانی مبتنی بر شفقت بر اساس دستورالعمل گیلبرت (۲۰۰۵؛ ۲۰۰۹؛ ۲۰۱۰) در طی ۸ جلسه

همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی و احساس حقارت و پوچی و تنهایی را می‌سنجد. این مقیاس شامل ۲۲ گویه است که پاسخ به هر ماده آن در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت (=۰) کاملاً مخالفم تا ۴= کاملاً موافقم) تنظیم شده است و حداقل و حداکثر نمره آن به ترتیب، از صفر تا ۸۸ متغیر است. نمره بالا نشان دهنده خودانتقادی بالای فرد است. رجیبی و عباسی (۱۳۹۳) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس خود انتقادی را در کل نمونه ۰/۸۳ و در دانشجویان مرد و زن، به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب پایانی به روش آلفای کرونباخ در کل نمونه ۰/۹۰ به دست آمد.

نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNES)^۱: مقیاس ترس از ارزیابی منفی دارای ۱۲ گویه است و در سال ۱۹۸۳ توسط لیری (۱۹۸۳) و بر اساس تلخیص فرم بلند مقیاس (۳۰ گویه) به منظور توصیف باورهای ترس‌آور و نگران‌کننده طراحی شده است. هر شرکت‌کننده وضعیت خود را در هر پرسش بر روی یک طیف پنج درجه‌ای (=۱) هرگز صدق نمی‌کند، ۵= تقریباً همیشه صدق می‌کند) نشان می‌دهد. حداقل و حداکثر نمره آن به ترتیب، از ۱۲ تا ۶۰ متغیر است. نمره بالاتر گویای ترس از ارزیابی منفی بیشتر است. نتایج حاصل از ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن در گروه‌ها و کشورهای مختلف می‌باشد. در پژوهش کولینز و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد، ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۹۴ و ضریب همسانی درونی مقیاس بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ بدست آمد. این مقیاس در ایران توسط شکری و همکاران (۱۳۸۷) روی ۳۲۵ دانش‌آموز دبیرستانی اعتباریابی شد که همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۴ برآورد نمودند. همچنین ضریب همبستگی بین گویه‌ها با نمره کل مقیاس در تمام موارد معنی‌دار بود و هیچ یک از گویه‌ها حذف نگردید. علاوه بر این روایی همگرای مقیاس از طریق همبستگی بین مقیاس ترس از ارزیابی منفی با مقیاس تنیدگی ناشی از انتظارات تحصیلی، مطلوب بدست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ در کل نمونه ۰/۹۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت‌روان (GHQ-28)^۲: پرسشنامه GHQ که این

1. Brief Fear of Negative Evaluation Scale

2. General Health Questionnaire

دیدگاه چندبعدی (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵) به تحمل پریشانی ایجاد شده است که هم مؤلفه‌های رفتاری و هم مؤلفه‌های ادراکی آن را نیز شامل می‌شود (اروین و همکاران، ۲۰۱۸). روایی محتوای این بسته توسط سه نفر از اساتید (نویسندگان مقاله) در حوزه روانشناسی مورد تأیید قرار گرفته است، لذا دارای روایی محتوای می‌باشد.

۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته یک جلسه) به صورت گروهی اجرا شد (جدول ۱). همچنین بسته ارتقای تحمل پریشانی که با مرور ادبیات نظری و پژوهشی در این حوزه برای نخستین بار در این مطالعه تدوین شده است نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته یک جلسه) به صورت گروهی اجرا شد (جدول ۲). این بسته بر اساس

جدول ۱. رئوس جلسات مداخله درمانی مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰)

| جلسات | اهداف | محتوا | تکالیف |
|-------|--|---|---|
| اول | آشنایی با درمان | برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت به خود و تمایز شفقت به خود با تأسف برای خود | مرور مطالب |
| دوم | آشنایی با ذهن آگاهی | آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود | تمرین ذهن آگاهی |
| سوم | نحوه شفقت‌ورزی | آشنایی با خصوصیات افراد مشفق و شفقت نسبت به دیگران، 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 خودتخریب‌گرانه | شفقت‌ورزی به خود و دیگران |
| چهارم | خودشناسی | مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب شرکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مشفق یا غیرمشفق با توجه به مباحث آموزشی، کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ) | وارسی رفتارهای خود و پرورش ذهن مشفقانه |
| پنجم | یادگیری بخشش و پذیرش | مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری) | تمرین پذیرش مسائل خود و بخشش خود و دیگران |
| ششم | نحوه ابراز شفقت | مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان. | تمرین اظهارات مشفقانه کلامی و غیر کلامی |
| هفتم | آموزش نحوه ثبت رویدادها بر اساس شفقت | مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت | تمرین نوشتن نامه‌های شفقت برای خود و دیگران |
| هشتم | ارائه راه کار برای بکارگیری مطالب فراگرفته شده | جمع‌بندی و ارائه راه کارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره | مرور مطالب تمام جلسات |

جدول ۲. رئوس جلسات درمانی مبتنی بر ارتقای تحمل پریشانی

| جلسات | اهداف | محتوا | تکالیف |
|-------|--|--|--|
| اول | آشنایی با مفهوم تحمل پریشانی | معارفه و آشنایی با اعضای گروه و اهمیت مساله، تعریف عوامل روانشناختی موثر بر سلامت جسمانی؛ معرفی رئوس و ساختار کلی جلسات و آشنایی با مفهوم تحمل پریشانی | مرور مطالب جلسه |
| دوم | خود آگاهی | بررسی نقش خود آگاهی در سلامت روان و آموزش آن از طریق مراقبه و تمرین حضور در لحظه | مراقبه مبتنی بر خود آگاهی |
| سوم | آموزش ویژگی‌های افراد انعطاف پذیر و نحوه مواجهه با ترس | مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی با خصوصیت افراد دارای انعطاف پذیری بالا و تحمل پریشانی بالا و مقایسه آنها با دیگران، | مواجهه با ترس در پاسخ دادن به یک موقعیت ناگوار |
| چهارم | آموزش مدیریت هیجانات | مرور تمرین جلسه قبل، آموزش دوری از ناامیدی و افزایش قدرت تصمیم‌گیری با حداکثر مدیریت هیجانی | مدیریت هیجانات منفی در موقعیت‌های دشوار روزمره |
| پنجم | آموزش پذیرش | مرور جلسه قبل، آشنایی با مؤلفه‌های تحمل پریشانی (ابهام، بعد تکلیفی، ناامیدی، ناراحتی جسمانی) | تمرین پذیرش موقعیت ناگوار بدون قضاوت |
| ششم | آموزش تصویرسازی در شرایط مختلف زندگی | مرور جلسه قبل، تمرین عملی مینی بر ایجاد تصاویر و شرایط ناگوار در زندگی و چگونگی پاسخ دادن به آن | تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های دشوار و نحوه واکنش به آنها |
| هفتم | آموزش نحوه مواجهه با موقعیت‌های واقعی پریشان‌کننده | مرور جلسه قبل، ارائه تمرین برنامه هفتگی ثبت و یادداشت موقعیت‌های واقعی ایجاد کننده پریشانی و بررسی پاسخ‌های ارائه در جلسه بعدی | ثبت نحوه واکنش به موقعیت‌های مختلف و پاسخ درست به آنها |
| هشتم | ارائه راهبردهای عملی برای حفظ روند درمانی | جمع بندی و ارائه راه کارهایی برای حفظ و تداوم این روش در زندگی روزمره | مرور مطالب و برنامه‌ریزی برای اجرای تمرین‌های پیشین در آینده |

یافته‌ها

متغیرهای جمعیت‌شناختی مهم (وضعیت تأهل، سن و تحصیلات) با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد. در نتیجه گروه‌ها نسبتاً همگن بودند.

متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۳ گزارش شده است. همان طور که مشخص است، نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌های آزمایشی و گواه در رابطه با

جدول ۳. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه

| متغیر | ابعاد | ارتقای تحمل پریشانی | | شفقت به خود | | گواه | | سطح معنی‌داری | خی‌دو |
|---------|---------------------|---------------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|-------|
| | | درصد فراوانی | درصد | درصد فراوانی | درصد | درصد فراوانی | درصد | | |
| تاهل | مجرد | ۱۲ | ۷۵ | ۱۱ | ۶۸/۸ | ۱۰ | ۶۲/۵ | ۰/۷۴۸ | ۰/۵۸۲ |
| | متأهل | ۴ | ۲۵ | ۵ | ۳۱/۲ | ۶ | ۳۷/۵ | | |
| | کمتر از ۳۰ سال | ۸ | ۵۰ | ۹ | ۵۶/۳ | ۹ | ۵۶/۳ | | |
| سن | ۳۰ تا ۴۰ سال | ۳ | ۱۸/۸ | ۴ | ۲۵ | ۱ | ۶/۳ | ۰/۷۹۹ | ۳/۰۷۷ |
| | ۴۱ تا ۵۰ سال | ۳ | ۱۸/۸ | ۲ | ۱۲/۵ | ۳ | ۱۸/۸ | | |
| | بیشتر از ۵۰ سال | ۲ | ۱۲/۵ | ۱ | ۶/۳ | ۳ | ۱۸/۸ | | |
| | دیپلم و کمتر | ۴ | ۲۵ | ۱ | ۶/۳ | ۳ | ۱۸/۸ | | |
| تحصیلات | فوق دیپلم | ۳ | ۱۸/۸ | ۲ | ۱۲/۵ | ۲ | ۱۲/۵ | ۰/۸۱۷ | ۲/۹۳۶ |
| | لیسانس | ۸ | ۵۰ | ۱۱ | ۶۸/۸ | ۹ | ۵۶/۳ | | |
| | فوق لیسانس و بالاتر | ۱ | ۶/۳ | ۲ | ۱۲/۵ | ۲ | ۱۲/۵ | | |

برقراری مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون داشت. همچنین سایر پیش‌فرض‌ها مانند پیوسته بودن متغیرهای کمکی، مستقل بودن مشاهدات و رابطه خطی بین متغیرهای وابسته و کمکی و متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها به وسیله نمودار پراکندگی^۱ بررسی شدند. بنابراین، پیش‌فرض‌های آزمون MANCOVA برای اجرای تحلیل برقرار بودند.

بر اساس نتایج جدول ۵، نتایج آزمون مانکووا با کنترل مرحله پیش‌آزمون نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون در میزان خودانتقادی ($F=۴۲/۳۷$ ، $\eta^2=۰/۶۷$ ، $p<۰/۰۰۱$)، ترس از ارزیابی منفی ($F=۲۳/۰۴$ ، $\eta^2=۰/۵۲$ ، $p<۰/۰۰۱$) و اضطراب ($F=۳۳/۵۱$ ، $\eta^2=۰/۶۱$) بین گروه‌های مورد مطالعه (آموزش ارتقای تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه آزمایشی آموزش بسته ارتقای تحمل پریشانی و درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که حاکی از کاهش نمره‌های گروه بسته آموزشی ارتقای تحمل پریشانی و گروه درمان مبتنی بر شفقت در متغیرهای خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و همچنین اضطراب در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) پیش‌فرض‌های آماری آن مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه آزمون شاپیرو ویلک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب) است. همچنین نتایج آزمون باکس در خصوص پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته ($F=۱/۳۷۴$ ، $p=۰/۱۷۰$)، $F=۱۸/۲۶۹$ ، $\eta^2=۰/۳۲۱$) (Box'M= به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش بررسی شد که نتایج این تحلیل نشان داد در متغیرهای خودانتقادی ($p=۰/۳۲۱$) و ($F=۱/۱۶۷$)، ترس از ارزیابی منفی ($F=۳/۲۴۴$ ، $p=۰/۰۵۵$)، اضطراب ($F=۰/۶۲۹$ ، $p=۰/۴۶$)، تعامل معنادار نبود و دلالت بر

1. scatterplot

جدول ۴. پیش فرض‌های آزمون مانکوا و شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در گروه‌های آموزش بسته آموزشی ارتقای تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | آزمون شاپیرو ویلک | | آزمون لوین | |
|--------------|--------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------------------|----------|------------|----------|
| | | M | SD | M | SD | آماره | معناداری | آماره | معناداری |
| خودانتقادی | ارتقای تحمل پریشانی | ۷۳/۶۸ | ۱۲/۷۴ | ۶۶/۰۶ | ۱۲/۴۳ | ۰/۹۲۹ | ۰/۲۳۳ | ۱/۸۰۸ | ۰/۱۷۶ |
| | درمان مبتنی بر شفقت گواه | ۷۶/۸۱ | ۱۵/۴۳ | ۷۱/۳۷ | ۱۶/۵۵ | ۰/۹۰۱ | ۰/۱۷۷ | | |
| ارزیابی منفی | ارتقای تحمل پریشانی | ۳۶/۶۲ | ۵/۶۵ | ۳۰/۶۲ | ۳/۹۳ | ۰/۹۵۲ | ۰/۲۲۱ | ۲/۲۵۰ | ۰/۱۱۷ |
| | درمان مبتنی بر شفقت گواه | ۳۶/۰۶ | ۱۰/۵۶ | ۳۲/۳۱ | ۵/۸۹ | ۰/۸۷۰ | ۰/۰۵۸ | | |
| اضطراب | ارتقای تحمل پریشانی | ۵۲ | ۵/۸۹ | ۴۷/۸۱ | ۶/۲۳ | ۰/۸۸۲ | ۰/۱۶۸ | ۱/۹۴۱ | ۰/۱۵۵ |
| | درمان مبتنی بر شفقت گواه | ۵۰/۳۱ | ۱۲/۹۱ | ۴۴/۸۱ | ۱۲/۴۳ | ۰/۹۲۵ | ۰/۲۱۰ | | |
| | | ۵۱/۹۳ | ۹/۰۳ | ۵۱/۷۵ | ۹/۴۱ | ۰/۹۰۷ | ۰/۱۸۱ | | |

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل مانکوا به منظور تعیین اثربخشی بسته آموزشی ارتقای تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه در خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات SS | df | میانگین مجذورات MS | F | P | مجذورات | توان آزمون |
|--------------|---------------|------------------|----|--------------------|----------|-------|---------|------------|
| خودانتقادی | پیش‌آزمون | ۷۸۶۹/۵۵۱ | ۱ | ۷۸۶۹/۵۵۱ | ۱۱۲۴/۹۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶۴ | ۱/۰۰۰ |
| | اثر آموزش خطا | ۵۹۲/۸۴۶ | ۴۲ | ۱۴/۱۱۵ | ۴۲/۳۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۹ | ۱/۰۰۰ |
| ارزیابی منفی | پیش‌آزمون | ۵۶۱/۳۷۲ | ۱ | ۵۶۱/۳۷۲ | ۶۶/۸۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۴ | ۱/۰۰۰ |
| | اثر آموزش خطا | ۱۹۳/۳۵۸ | ۴۲ | ۴/۶۱۴ | ۲۳/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲۳ | ۱/۰۰۰ |
| اضطراب | پیش‌آزمون | ۲۴۲۵/۸۸۵ | ۱ | ۲۴۲۵/۸۸۵ | ۶۶۷/۴۳۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴۱ | ۱/۰۰۰ |
| | اثر آموزش خطا | ۱۲۱/۷۹۶ | ۴۲ | ۲/۹۰۶ | ۳۳/۵۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۵ | ۱/۰۰۰ |

اثربخش بوده‌اند. در مقایسه بین دو گروه آزمایشی، نتایج همچنین نشان داد که دو گروه تنها در متغیر خودانتقادی تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند ($p=0/04$). به طوری که خودانتقادی در گروه آموزش تحمل پریشانی نسبت به درمان مبتنی بر شفقت به میزان بیشتری کاهش یافته بود.

در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی گزارش شده است که در تمامی متغیرهای وابسته، میانگین نمرات هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معناداری کمتر است ($p<0/001$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بسته آموزشی ارتقای تحمل پریشانی و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود میزان خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تشیی مزمن

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌های مورد مطالعه در میزان خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب

| متغیر | آموزش تحمل پریشانی-گواه | | درمان مبتنی بر شفقت-گواه | | آموزش تحمل پریشانی-درمان مبتنی بر شفقت | |
|---------------------|-------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--|---------------|
| | P | تفاوت میانگین | P | تفاوت میانگین | P | تفاوت میانگین |
| خودانتقادی | ۰/۰۰۱ | -۸/۳۸۵* | ۰/۰۰۱ | -۶/۲۳۲* | ۰/۰۴۲ | -۲/۱۵۳* |
| ترس از ارزیابی منفی | ۰/۰۰۱ | -۶/۸۷۵* | ۰/۰۰۱ | -۴/۷۵۱* | ۰/۰۷۴ | -۲/۱۲۱ |
| اضطراب | ۰/۰۰۱ | -۳/۹۷۹* | ۰/۰۰۱ | -۵/۳۵۳* | ۰/۰۷۵ | -۱/۳۸۴ |

بحث و نتیجه‌گیری

(DTPP) و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سرد

هدف پژوهش حاضر تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی

مشکل مواجه هستند چرا که هرگز فرصت نکرده‌اند این مهارت‌ها را بیاموزند (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). بنابراین، افراد خودانتقادگر در این درمان می‌آموزند که افکار خودانتقادی خود را شناسایی و متوقف کنند و به جای آن نسبت به خود بیشتر به صورت مهربانانه برخورد کنند. همچنین یکی از دلایل تجربه اضطراب، نگرانی و قضاوتی است که فرد با خود می‌کند، اما اتخاذ یک دیدگاه مشفقانه نه تنها به خود بلکه به دیگران تا حد زیادی می‌تواند جای این افکار قضاوت‌گرایانه و منفی را منجر به اضطراب می‌شوند را بگیرد و به تبع آن اضطراب فرد تعدیل می‌شود. همچنین یک تبیین احتمالی برای اثربخش بودن این درمان می‌تواند اثر مثبت آن روی تنظیم هیجان (عبدالکریمی، قربان شیرودی، خلعتبری و زربخش، ۱۳۹۷) و بالا بردن تاب‌آوری و امیدواری (جعفری و همکاران، ۱۳۹۹) افراد باشد که به افراد کمک می‌کند تا اضطراب خود را بهتر تنظیم و مدیریت کنند. در رابطه با ترس از ارزیابی منفی نیز می‌توان گفت که این نوع از افراد معمولاً در روابط با دیگران تمایل دارند که بیشتر دوست داشته شوند، به همین دلیل ترس و نگرانی دارند که پذیرفته نشوند و دیگران آنها را منفی ارزیابی کنند (وینتون، کلارک و ادلمن، ۱۹۹۵)، درحالی‌که در این درمان یاد می‌گیرند که خودشان را بدون در نظر گرفتن نظر دیگران بپذیرند و با خود مهربان باشند و ذهن قضاوت‌گر خود را با بهوشیاری که یکی از مؤلفه‌های اساسی در درمان مبتنی بر شفقت است ساکت کنند. تمرین‌های شفقت تأکید نقش بسزایی در آرامش خود، کاهش استرس و افکار منفی خودآیند دارد (نف و گرمر، ۲۰۱۳) دارد. افراد در درمان متمرکز بر شفقت نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خود را مورد سؤال قرار دهند و با نگاهی جدید و مشفقانه نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات بالا از خود را مورد سؤال قرار دهند و با نگاهی جدید و مشفقانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزاد نباشد را باز طراحی می‌کنند (نف و مک‌گهی، ۲۰۱۰). در واقع، می‌توان گفت که افزایش میزان دسترسی و فعال-سازی سیستم آرامش، امنیت و اطمینان می‌تواند کلید درمان مبتنی بر شفقت باشد.

از نتایج دیگر این مطالعه این بود که بسته ارتقای تحمل پریشانی به طور معناداری روی میزان خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن اثربخش بود.

دردهای تنشی مزمن بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، DTPP و CFT نسبت به گروه گواه موجب بهبود معنادار خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن شدند. همچنین یافته‌ها نشان داد که DTPP نسبت به CFT به میزان بالاتری منجر به کاهش خودانتقادی در زنان مبتلا به سردردهای تنشی می‌شود، درحالی‌که بین این دو درمان در میزان تأثیرگذاری بر ترس از ارزیابی منفی و نیز اضطراب تفاوت معناداری مشاهده نشد. بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به عنوان روشی استاندارد و شناخته‌شده و بسته ارتقای تحمل پریشانی به عنوان روشی جدید بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن اثربخش بوده‌اند.

یکی از نتایج این مطالعه این بود که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری روی میزان خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن اثربخش بود. این یافته همسو با مطالعات پیشین در این زمینه است که نشان داده‌اند که مداخله مبتنی بر شفقت روی خودانتقادی (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶؛ شاهار و همکاران، ۲۰۱۵) و اضطراب (آشورث و همکاران، ۲۰۱۵؛ بوئرسما و همکاران، ۲۰۱۵) مؤثر بوده است. تا آنجایی که می‌دانیم تاکنون تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت روی ترس از ارزیابی منفی صورت نگرفته است، ولی مطالعات دیگر نشان داده‌اند که این نوع مداخله می‌تواند در بهبود اضطراب اجتماعی افراد که ترس از ارزیابی منفی از ویژگی‌های هسته‌ای این اختلال است مؤثر باشد (شاهار، بار - کالیفا و آلن، ۲۰۱۷). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که شفقت کمتر با خود در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با ترس از ارزیابی منفی بیشتر مرتبط بود (ورنر و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، این مطالعه نه تنها از یافته‌های مطالعات پیشین در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت روی خودانتقادی و اضطراب در جمعیت‌های مختلف حمایت می‌کند، بلکه نشان می‌دهد که این نوع مداخله می‌تواند روی بهبود از ترس از ارزیابی منفی نیز کمک کند. درمان مبتنی بر شفقت در ابتدا برای افراد با سطوح بالای شرم و خود انتقادی طراحی شده بود (گیلبرت و آیزونز، ۲۰۰۵). افراد خودانتقادگر دید منفی و انتظارات بالا نسبت به خود دارند (جیمز، ورپلانکن و ریمز، ۲۰۱۵). درحالی‌که، در این درمان فرض می‌شود که افراد خودانتقادگر برای اطمینان بخشی و حمایت‌گری از خود با

درمانی می‌توان به عنوان درمان‌های مکمل در این گروه جمعیتی که اغلب سردردهای آنها ناشی از اضطراب، خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی است، به کار برد. البته اندازه اثر این آموزش‌ها در حد متوسط بود که این موضوع علی‌رغم اینکه نشان می‌دهد آنها می‌توانند نتایج و بهبودی‌های مؤثری را برای زنان مبتلا به سردردهای تنشی به بار بیاورند، اما عوامل دیگری نیز در درمان خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب آنان نیز باید مد نظر قرار گیرد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بسته ارتقای تحمل پریشانی نسبت به درمان متمرکز بر شفقت به میزان بالاتری منجر به کاهش خودانتقادی در زنان مبتلا به سردردهای تنشی شد، درحالی‌که بین این دو درمان در میزان تأثیرگذاری بر ترس از ارزیابی منفی و نیز اضطراب تفاوت معناداری مشاهده نشد. بنابراین، ویژگی اختصاصی این بسته جدید تدوین شده حداقل در این گروه جمعیتی تأثیرگذاری بالای آن روی خود انتقادگری آنان باشد که این بسته را نسبت به سایر روش‌ها (برای مثال، حداقل درمان متمرکز بر شفقت) متمایز می‌سازد.

این مطالعه دارای محدودیت‌های نیز بوده است که باید مد نظر قرار گیرند. این مطالعه یک مطالعه شبه‌آزمایشی بوده است؛ از آنجایی که کنترل دقیقی روی سایر مداخله‌ها (به جز متغیر مستقل) وجود نداشت، لذا نمی‌توان رابطه علت و معلولی صرف را از نتایج استنتاج کرد. همچنین اگرچه حجم گروه‌ها نسبتاً کافی بودند، ولی برای اطمینان و به دست آوردن نتایج باثبات نیاز به حجم نمونه‌های بالاتر است. علاوه بر این‌ها، یافته‌های این مطالعه را نمی‌توان به مردان تعمیم داد، چرا که به نظر می‌رسد جنسیت عامل مهمی هم در ماهیت تجربه سردردهای تنشی و هم در اضطراب دارد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، در کلینیک‌های مغز و اعصاب، مراکز تخصصی درمان سردرد، مراکز مطالعاتی و درمانی اختلالات سایکوسوماتیک، کلینیک‌های تخصصی درد و همچنین روانشناسان سلامت می‌توانند نه تنها از درمان متمرکز بر شفقت، بلکه از این بسته جدید آموزشی ارتقای تحمل پریشانی در جهت کاستن از اضطراب، خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی زنان مبتلا به سردردهای تنشی بهره ببرند. گام بعدی در این زمینه که مطالعات آینده باید آن را پیگیری کنند استفاده از این روش در مردان مبتلا به سردردهای تنشی، همچنین بررسی اثربخشی این بسته روی میزان تجربه سردرد (به‌جای علل یا معلول‌های آن) می‌باشد.

همچنین نتایج نشان داد نسبت به درمان مبتنی بر شفقت، این بسته آموزشی توانست بهبودی بیشتری در رابطه با کاهش میزان خودانتقادی زنان مبتلا به سردرد به ارمغان بیاورد. اگرچه تاکنون مطالعات بسیار کمی در زمینه اثربخشی آموزش تحمل پریشانی روی متغیرهای مطالعه صورت گرفته است، این یافته همسو با مطالعات پیشین در این زمینه است که نشان داده‌اند آموزش تحمل پریشانی می‌تواند بر کاهش اضطراب و استرس (بندوچی و همکاران، ۲۰۱۷)، بهبود بالینی در افراد معتاد به مواد و الکل (بورنوالوا و همکاران، ۲۰۱۲) و توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه بالینی خودارضایی (طاهری، رضایی جمالویی و زمانی، ۱۳۹۸) تأثیر بگذارد. در مجموع، یافته‌های این مطالعه نظر رایسنون و فریستون (۲۰۱۴) را مبنی بر اینکه ارتقای تحمل پریشانی می‌تواند برای درمان بسیاری از اختلالات به کار گرفته شود را تأیید می‌کند. افزایش تحمل پریشانی باعث می‌شود که افراد بتوانند هیجانات مثبت و منفی خود را شناسایی کنند و در نتیجه نارسایی هیجانی در آنها کاهش یافته و توانایی تنظیم هیجان و سطح تنیدگی افزایش می‌یابد (طاهری و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع، تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرآیندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی، وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی‌آور اثر بگذارد. افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (برنشتاین، زاولنسکی، ویوجانویک و موس، ۲۰۰۹). توانایی بالا در تحمل پریشانی یا احساسات ناراحت کننده فرد را در برابر شکست در برابر احساسات منفی مقاوم می‌کند و فرد می‌تواند به صورت عقلانی مشکلات خود را حل کند. این درحالی است که افراد که آستانه تحمل پریشانی کمتری دارند در برابر اضطراب و افسردگی آسیب پذیرتر می‌شوند و همچنین به جای اتخاذ رویکردهای حل مسئله به خودانتقادی و نشخوار و روی آوردن به اجتناب تجربه‌ای (الهایی و همکاران، ۲۰۱۸) می‌پردازد.

یافته‌های این مطالعه به طور کلی نشان داد بسته ارتقای تحمل پریشانی و درمان متمرکز بر شفقت روی خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن اثربخش بوده‌اند و توانستند به طور معناداری منجر به بهبود این ویژگی‌های منفی در نمونه مورد نظر شوند. لذا از این دو بسته

منابع

- brain injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 143-162.
- Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12(2), 128.
- Banducci, A. N., Connolly, K. M., Vujanovic, A. A., Alvarez, J., & Bonn-Miller, M. O. (2017). The impact of changes in distress tolerance on PTSD symptom severity post-treatment among veterans in residential trauma treatment. *Journal of anxiety disorders*, 47, 99-105.
- Basyouni, S. S. (2019). Psychological Stress, Self-Compassion and Self-Punishment among Tension-Type Headache and Healthy University Students (A Comparative Study). *International Journal of Psychological Studies*, 11(4), 53-72.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation: A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 89-98.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Hunt, E. D., & Lejuez, C. W. (2012). Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 122(1-2), 70-76.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Strong, D. R., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Carpenter, L. L., Price, L. H. (2009). A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine and Tobacco Research*, 11(5), 493-502.
- Cramer, H., Hehlke, M., Vasmera, J., Rampapa, T., Anheyer, D., Sahaa, F. J., Paula, A., Laucheb, R., Dobosa, G. (2019). Integrated care for migraine and chronic tension-type headaches: A prospective observational study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 36, 1-6.
- Cuppige, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2018). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 240-254.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-349.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 713-730.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: احمدی، اکرم و رئیس، زهره (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۳)، ۷۹-۶۹.
- جعفرقلی زنجانی، سارا (۱۳۹۶). نقش متغیرهای مربوط به خود (شفقت خود، حرمت خود، خود انتقادی و خودکارآمدی) در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه الزهراء (س)، تهران.
- دلاور، علی (۱۳۸۱). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- رجبی، سوران و عباسی، زهره (۱۳۹۳). همه‌گیرشناسی سردردهای میگرنی و اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری بر کاهش علائم میگرن و افزایش شادکامی. روانشناسی معاصر، ۹(۲)، ۱۰۰-۸۹.
- سیدجعفری، جواد؛ برجعلی، احمد؛ شرافتی، شاهین؛ پناهی، مهدی؛ دهناشی لاطان، تاجماه و عبودیت، سعیده (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. علوم روانشناختی، ۱۹(۹۲)، ۹۵۶-۹۴۵.
- شکری، امید؛ گراوند، فریروز؛ نقش، زهرا؛ علی طرخان، رضا و پاییزی، مریم (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۳)، ۳۲۵-۳۱۶.
- طاهری، زهرا؛ رضایی جمالی، حسن و زمانی، سعید (۱۳۹۸). تأثیر آموزش تحمل پریشانی بر توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه‌بالینی خودارضایی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۱)، ۶۹-۵۴.
- عبدالکریمی، ماندانا؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و زربخش، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. علوم روانشناختی، ۱۷(۷۰)، ۶۶۲-۶۵۱.
- کاوایانی، حسین و موسوی، اشرف سادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶(۲)، ۱۴۰-۱۳۶.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C., & Longworth, C. (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired

- Leary, R. M. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Lipchik, G. L., & Rains, J. C. (2004). Psychiatric and psychological factors in headache. *Migraine in Women*, 144.
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 86, 387-400.
- Mayhew S. & Gilbert P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices. A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-38.
- McEwan, K., & Gilbert, P. (2015). A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 438-452.
- Montazeri, A., Harirchi, A.M., Shariati, M., Garmaroudi, G., Ebadi, M., & Fateh, A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 66.
- Mosewich, A.D., Crocker, P.R.E., Kowalski, K.C., & DeLongis, A. (2013). Applying Self-Compassion in Sport: An Intervention With Women Athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 35, 514-524.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Przekop, P., Przekop, A., Haviland, M.G. (2016). Multimodal compared to pharmacologic treatments for chronic tension-type headache in adolescents. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 20, 715-721.
- Robinson, L.J., Freeston, M.H. (2014). *Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. Clinical Psychology Review*, 34, 256-271.
- Rosental, J. (2018). *Tension-Type Headache, Chronic Tension-Type Headache, and Other Chronic Headache Types. Chapter 20: Essentials of Pain Medicine (Fourth Edition)*. Pages 165-168.e1.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 238-249.
- Shahar, B., Szsepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., & Levit-Binnun, N. (2015). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-
- A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 713-
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484.
- Erwin, M. C., Mitchell, M. A., Contractor, A. A., Dranger, P., Charak, R., & Elhai, J. D. (2018). The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters. *Comprehensive psychiatry*, 82, 133-140.
- Espí-López, G. V., López-Bueno, L., Vicente-Herrero, M. T., Martínez-Arnau, F. M., & Monzani, L. (2016). Efficacy of manual therapy on anxiety and depression in patients with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 22, 11-20.
- Fumal A. & Schoenen J. (2008). Tension-type headache: Current research and clinical management. *The Lancet Neurology*, 7, 70-83.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy*. New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Special Issue. International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 97-201.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). Hove, UK: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128.
- Karaminia, R., Soltani, M.A.T. and Bagherian - Sararoudi, R., 2013. Prediction of Elders; General Based on Positive and Negative Perfectionism and Type-D Personality. *International journal of preventive medicine*, 4(6), p.641.

- criticism. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 22(4), 346-56.
- Silberstein, S. D., Lipton, R. B., & Breslau, N. (1995). Migraine: association with personality characteristics and psychopathology. *Cephalalgia*, 15(5), 358-369.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*, 71, 78-89.
- Watson, D., & Friend, R. (1996). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weeks, J., Jakatdar, T. A. & Heimberg, R. G. (2010). Comparing and contrasting fears of positive and negative evaluation as facets of social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, (1), 68-94.
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543-558.
- Winton, E. C., Clark, D. M., & Edelmann, R. J. (1995). Social anxiety, fear of negative evaluation, and the detection of negative emotion in others. *Behavior Research and Therapy*, 33, 193-196 .