

اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دل‌بستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر

محمد اورکی^۱، مزگان بیتانه^۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۱۵

تاریخ وصول: ۹۸/۱۲/۱۵

چکیده

اختلال اضطراب فراگیر، می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی فراوانی برای دانش‌آموزان در پی داشته باشد که ضروری است با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب نسبت به درمان این اختلال اقدام شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دل‌بستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر منطقه ۱۴ تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ دانش‌آموز دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ هر گروه ۱۵ دانش‌آموز). گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر خودشفقتی (گیلبرت، ۲۰۰۹) را طی دو و نیم ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶)، کمال‌گرایی (هیل و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسشنامه سبک‌های دل‌بستگی (کولینز و رید، ۱۹۹۰) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دل‌بستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار داشته است ($p < 0/01$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش کمال‌گرایی و سبک‌های دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی و بهبود سبک دل‌بستگی ایمن دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر شود. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان مبتنی بر خودشفقتی با بهره‌گیری

^۱. دانشیار رشته روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) m.oraki@pnu.ac.ir

^۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران، تهران، ایران.

از فوننی همانند آموزش آگاهی از تجربیات مثبت و منفی، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی، آموزش ابراز شفقت و اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده‌های محیطی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی و بهبود سبک دلبستگی ایمن دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر خودشفقتی، کمال‌گرایی، سبک‌های دلبستگی.

مقدمه

اضطراب^۱ و عوامل مرتبط با آن، یکی از گسترده‌ترین قلمروهای پژوهش در چند دهه اخیر بوده است. این اختلال به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی می‌تواند در یادگیری، تمرکز، به یاد آوردن مطالب و ارتباط دادن موضوعات با یکدیگر اختلال ایجاد کرده و ممکن است فرد را با مشکلات و خطرات دیگری همچون مشکلات روان‌شناختی و هیجانی مواجه سازد (فارا و اسمیت^۲، ۲۰۱۹؛ چو، وایت، یانگ و سوتو^۳، ۲۰۱۹؛ کینی، بارخوس و کلامپ^۴، ۲۰۱۹). اختلال اضطراب فراگیر^۵ به عنوان یکی از انواع اختلالات اضطرابی، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی قلمداد می‌شود (لیب، بکر و آلتامارا^۶، ۲۰۰۵) که باعث اختلال عملکرد شدیدی شده و بدون درمان احتمال بهبودی ضعیفی دارد (داهلین، ریبرگ، ورنمارک، آناس، کارلبرینگ و اندرسون^۷، ۲۰۱۶). این اختلال در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸، با اضطراب و نگرانی^۹ شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است، تعریف می‌شود (هیز - شلتون، رومر و اورسیلو^{۱۰}، ۲۰۱۳). یافته‌های

1. anxiety
2. Farra, Smith
3. Cho, White, Yang, Soto
4. Kinney, Burkhouse, Klumpp
5. Generalized Anxiety Disorder
6. Lieb, Becker & Altamura
7. Dahlin, Ryberg, Vernmark, Annas, Carlbring & Andersson
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder-Fifth Edition
9. worry
10. Hayes-Skelton, Roemer & Orsillo

پیشین نیز نشان داده‌اند که بروز اضطراب فراگیر در دانش‌آموزان، علاوه بر مشکلات روان‌شناختی، پیشرفت تحصیلی آنها را نیز با کاهش مواجه می‌کند (ریچاردز^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از متغیرهایی که با وقوع اختلال اضطراب فراگیر رابطه دارد، کمال‌گرایی^۲ است (شیرمحمدی، کاکاوند و شمس اسفندآباد، ۱۳۹۵؛ مورگان-لاوس، کلارک، هولیس، شاه، واتسون، دانلوپ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گنیلکا و برودا^۴، ۲۰۱۹). مشخصه‌های کمال‌گرایی در سه بعد کمال‌گرایی خویش‌مدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار تعریف می‌شود (کوری^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). کمال‌گرایی، یک مؤلفه انگیزشی است که شامل کوشش‌های فرد برای دستیابی به خویش‌مدار کامل است. به عبارتی، افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، معیارهای بالای غیرواقعی، کوشش اجباری و دارای تفکر همه یا هیچ در رابطه با نتایج به صورت موفقیت‌های تام یا شکست‌های تام می‌باشند. این افراد به حد کافی موشکاف و انتقادگر هستند به طوری که نمی‌توانند عیوب و اشتباهات یا شکست‌های خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند (محمدزاده، خیری‌هیق و واحدی، ۱۳۹۵). البته رسیدن به کمال و شکوفا ساختن استعدادها و توانایی‌های نهفته و بالقوه فرد به خودی خود بسیار ارزشمند است و در این وادی کمال‌گرایی امری مثبت و پسندیده است ولی آنچه که به آن اشاره شده است جنبه افراطی یا منفی کمال‌گرایی است (مرادی‌زاده، ویسکرمی، میردریکوند، قدم‌پو و غضنفری، ۱۳۹۸؛ کوبوری، یوشی، کودو و اوکساکا^۶، ۲۰۱۱).

اضطراب فراگیر همچنین می‌تواند سبک‌های دلبستگی^۷ افراد مبتلا را نیز متأثر سازد. هر چند که وجود دلبستگی اضطرابی و اجتنابی نیز می‌تواند به شکل‌گیری و تداوم اضطراب بینجامد (نیلسن، لانفلد، ولترکی-تیلور، هاگان، ونگکیلد و دانیل^۸، ۲۰۱۷؛ بایرو و پترز^۹، ۲۰۱۷). دلبستگی، پیوند هیجانی بین دو نفر است که آنها را از نظر فیزیکی و مادی به هم

-
1. Richards
 2. Perfectionism
 3. Morgan-Lowes, Clarke, Hoiles, Shu, Watson, Dunlop
 4. Gnilka, Broda
 5. Corry
 6. Kobori, Yoshie, Kudo, Ohtsuki
 7. Attachment Styles
 8. Nielsen, Lønfeldt, Wolitzky-Taylor, Hageman, Vangkilde, Daniel
 9. Byrow, Peters

پیوند می‌زند و تداوم می‌یابد (دانکل، لاکاسزوسکی و چائا، ۲۰۱۶). سبک دلبستگی، الگویی تفهیم یافته از پاسخ به روابط صمیمانه‌ی فرد است که تصور می‌شود تجربیات قبلی روابط صمیمانه را منعکس می‌کند و در طول زمان ثبات نسبی دارد (چانگ و جوی، ۲۰۱۴؛ رضایی‌پور، جباریفر و برزگربرویی، ۱۳۹۸). مشخصه‌هایی برای تشخیص دلبستگی و تمایز آن با سایر پیوندهای عاطفی معرفی شده که شامل جستجوی مجاورت، تأثیر پایگاه ایمن، اعتراض به جدایی، واکنش نسبت به تهدید، پاسخ خاص به شخص مورد دلبستگی، ثبات و عدم حساسیت به تجربه‌های مشترک با شخص مورد علاقه است (کبک، لیدک، کوهل، آلفرینک و کرت، ۲۰۱۷). افراد دارای دلبستگی ایمن آن دسته از افرادی هستند که نسبت به خود و دیگران نگرش مثبت دارند، در ارتباطات‌شان متعهد هستند و در روابط صمیمانه احساس راحتی می‌کنند (شانماگام، جووت و مایر، ۲۰۱۲). بزرگسالان دارای سبک دلبستگی دوسوگرا با عدم تعادل در احساسات و تعارضات بیشتر مشخص می‌شوند (کید، هامر و استپتو، ۲۰۱۱). این افراد میان نیاز قوی خود برای روابط نزدیک و صمیمانه از یک سو و احساس ناامنی از پاسخگویی دیگران به نیازهای خود و احتمال طرد شدن از سوی دیگران در مانده هستند و بالاخره بزرگسالان دارای سبک دلبستگی اجتنابی دارای هراس از نزدیکی و صمیمیت هستند و به هیچ عنوان خواهان نزدیکی هیجانی نبوده و خودمختاری را ترجیح می‌دهند (آیرز، جسوپ، پیک، پاریفت و فورد، ۲۰۱۴).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، به کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی جدید، درمان مبتنی بر خودشفقتی^۷ است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده شده است (باتیستا، کانها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو، ۲۰۱۵؛ بلاث و ایزنلوهر-ماول، ۲۰۱۷؛ تانبنام،

-
1. Dunkel, Lukaszewski, Chua
 2. Chung, Choi
 3. Kebeck, Liedtke, Kohl, Alferink, Kret
 4. Shanmugam, Jowett, Meyer
 5. Kidd, Hamer, Steptoe
 6. Ayers, Jessop, Pike, Parfitt, Ford
 7. Self-compassion therapy
 8. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso
 9. Bluth, Eisenlohr-Moul

آدامز، گونالز، هانس و هود^۱، ۲۰۱۷؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین^۲، ۲۰۱۷؛ پالمر، چانگ، سامون، بالانجی و زایتسوف^۳، ۲۰۱۹؛ لائو، منگ، لی، لیو، کائو و جی^۴، ۲۰۱۹؛ لاترن، بلاث و پارک^۵، ۲۰۱۹؛ باکر، کاسول و اکلس^۶، ۲۰۱۹؛ خونساری، تاجری، سرداری‌پور، حاتمی و حسین‌زاده تقوایی، ۱۳۹۸؛ غفاریان و خیاطان، ۱۳۹۷؛ عبدالکریمی، قربان شیروودی، خلعتبری و زربخش، ۱۳۹۷؛ زمانی‌مزد، گرافر، داورنیا و بابایی‌گرمخانی، ۱۳۹۷؛ و خلعتبری، همتی‌ثابت و محمدی، ۱۳۹۷). خودشفقت‌ورزی شامل سه مولفه محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی است (نف^۷، ۲۰۰۹). ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۴). شفقت شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه ملاحظت و مراقبت دخالت دارند. درمان مبتنی بر خودشفقتی، به جای مشاهدات بالینی، مفهوم‌سازی خود را از شفقت بر اساس مفاهیم علوم پایه بنیان نهاده است. در الگوی مبتنی بر شفقت بین فرایندهای موثر در تجربه شفقت و هیجان و برانگیختگی سیستم نوروفیزیولوژی، به خصوص آنهایی که با رفتارهای اجتماعی در ارتباطند، به واسطه دو بعد اشتیاق و التیام پیوند برقرار شده است (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال اضطراب فراگیر و نقش مخرب آن در سلامت روان و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان و همچنین تاثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی، اجتماعی و شغلی آنها و نظر به اینکه این اختلال می‌تواند زندگی شخصی و خانوادگی دانش‌آموزان را با آسیب جدی مواجه سازد، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و شغلی این افراد و کاهش اختلال اضطراب فراگیر صورت گیرد. بنابراین با توجه به تاثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر بهبود مشکلات روانی، رفتاری و هیجانی، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهش مشابه، پژوهش حاضر در پی پاسخ به

1. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood
2. Wang, Chen, Poon, Teng, Jin
3. Pullmer, Chung, Samson, Balanji, Zaitsoff
4. Luo, Meng, Li, Liu, Cao, Ge
5. Lathren, Bluth, Park
6. Baker, Caswell, Eccles
7. Neff

این سوال است که آیا درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر تاثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر در منطقه ۱۴ تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از جامعه آماری ذکر شده، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دختر به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که با مراجعه به ۱۰ آموزشگاه دخترانه دوره دوم متوسطه منطقه ۱۴ تهران از مشاوران آموزشگاه‌ها درخواست شد تا دانش‌آموزانی را که با علائم اختلال اضطراب فراگیر به ایشان مراجعه کرده بودند، معرفی نمایند. پس از معرفی این دانش‌آموزان، پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر نیز توسط آنها تکمیل و توسط مصاحبه‌بالینی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مورد بررسی قرار گرفتند تا نسبت به ابتلای آنها به اختلال اضطراب فراگیر اطمینان حاصل شود. سپس با توجه به نتایج پرسشنامه و مصاحبه‌بالینی تعداد ۳۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنسیت دختر، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه‌بالینی (با استفاده از پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) و پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (نمره بالاتر از ۱۱)، حضور در دوره دوم متوسطه و تمایل و رضایت به حضور در پژوهش بود. هم‌چنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان، عدم همکاری با پژوهشگر و تغییر در اندازه یا نوع داروی مصرفی در صورت مصرف دارو بود. در گام بعد افراد گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر خودشفقتی را در طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار در طی دو و نیم ماه دریافت نمودند، در حالیکه گروه کنترل به زندگی عادی خود ادامه داده و در لیست انتظار قرار گرفته و نهایتاً پس از جمع‌آوری داده‌ها، آموزش‌های داده شده در قالب بروشور به آنها ارائه داده شد. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۱: پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونک، ویلیامز و لاولو^۲ (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال است. طیف پاسخگویی به صورت لیکرت و گزینه‌ها به صورت هیچ‌وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمره بالاتر ۱۱ نشانگر وجود اختلال اضطراب فراگیر در فرد است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سوالی، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سوالی ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت و ابعاد آن بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی بدست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده‌مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی ۰/۲۸- بدست آمد. در پژوهش حاضر از این پرسشنامه جهت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر در دانش‌آموزان استفاده شد.

پرسشنامه کمال‌گرایی^۳: برای سنجش کمال‌گرایی از مقیاس جدید کمال‌گرایی هیل^۴ و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵۹ سؤال است که ۸ بعد مختلف کمال‌گرایی (تلقی منفی از خود، نظم و سازماندهی، هدفمندی، ادراک فشار از سوی والدین، تلاش برای عالی بودن، استانداردهای بالا برای دیگران، کمال‌گرایی منفی و کمال‌گرایی مثبت) را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت: کاملاً موافقم: ۵، تا حدی موافقم: ۴، نه موافق و نه مخالفم: ۳، تا حدی مخالفم: ۲، کاملاً

1. General Anxiety Disorder Questionnaire
2. Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe
3. Perfectionism Questionnaire
4. Hill

مخالقم: ۱، نمره گذاری می‌شوند. از پرسشنامه حاضر ۹ نمره بدست می‌آید که ۸ نمره مربوط به خرده مقیاس‌ها و یک نمره کلی است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۵۹ تا ۲۹۵ است. هرچه فردی نمره بالاتری بدست آورد از کمال‌گرایی بالاتری برخوردار است. جمشیدی، حسین‌چاری، شهربانو و رزمی (۱۳۸۸) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ و روایی همگرایی آن از طریق بررسی رابطه ابعاد مقیاس با مقیاس سلامت عمومی مورد بررسی قرار دادند. محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ حاکی از پایایی قابل قبول ۰/۸۰ این پرسشنامه بود. همچنین روایی مقیاس نیز با وجود رابطه ابعاد منفی کمال‌گرایی و سلامت روایی تأیید گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش معتمدی (۱۳۹۷) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه سبک دلبستگی^۱: کولینز و رید^۲ در سال ۱۹۹۰ پرسشنامه سبک دلبستگی را تهیه کردند. این پرسشنامه در ابتدا دارای ۲۱ ماده بود که بعدها به ۱۸ آیتم کاهش یافت که توسط علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت (نمرات ۱: به هیچ‌وجه با خصوصیات من تطابق ندارد تا ۵: کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد) برای هر ماده سنجیده می‌شود. این پرسشنامه سه زیرمقیاس دارد که هرزیر مقیاس شامل شش سوال می‌باشد این سه مقیاس عبارتند از: سبک اضطرابی: که با سبک دلبستگی دوسوگرا^۳ مطابقت دارد و ترس از داشتن رابطه را در ارتباط‌ها می‌سنجد. سبک نزدیک بودن: که با سبک دلبستگی ایمن^۴ مطابقت دارد و میزان آسایش در رابطه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. سبک وابستگی: که تقریباً عکس دلبستگی اجتنابی^۵ است و شامل میزان اعتمادی است که آزمودنی‌ها به دیگران کرده و به آنها متکی می‌شوند (کولینز و رید، ۱۹۹۰). سوالات ۱، ۸، ۹، ۱۰، ۱۴ و ۱۷ دلبستگی ایمن؛ سوالات ۳، ۴، ۷، ۱۵، ۱۶ و ۱۸ دلبستگی اجتنابی؛ و سوالات ۲، ۵، ۶، ۱۱، ۱۲ و ۱۳ دلبستگی اضطرابی را می‌سنجد. پاکدامن (۱۳۸۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه را بر اساس شیوه بازآزمایی در مورد ۱۰۵ دختر و پسر در شهر تهران ۰/۹۷ و روایی

1. Attachment Style Scale
2. Collins, Read
3. Ambivalent Attachment Style
4. Secure Attachment Style
5. Avoidant Attachment Style

آن را ۰/۵۶ گزارش کرده است. در پژوهش رضایی جمالویی، حسنی و نورمحمدی نجف‌آبادی (۱۳۹۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های ایمن ۰/۸۹، اجتنابی ۰/۸۱ و اضطرابی دوسوگرا ۰/۷۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز در پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ دلبستگی‌های ایمن ۰/۸۲، اجتنابی ۰/۸۱ و اضطرابی ۰/۸۴ به دست آمده است.

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، دانش‌آموزان انتخاب شده (۳۰ دانش‌آموز) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ دانش‌آموز). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر خودشفقتی را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان مبتنی بر خودشفقتی (گیلبرت، ۲۰۰۹) بود که از پژوهش غفاریان و خیاطان (۱۳۹۷) اقتباس شده است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر خودشفقتی

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از شفقت در زندگی /
جلسه دوم	تعریف شفقت، شناخت و توضیح در مورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه سوم	آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی بخش و غفلت از نگرانی.
جلسه چهارم	آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن مهارت زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر.

جلسه پنجم	آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی شفقت، آموزش راهبردی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.
جلسه ششم	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده‌های محیطی، آموزش، آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسه هفتم	توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان.
جلسه هشتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز شفقت، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت
جلسه نهم	آموزش تغییر شفقت منفی از طریق عمل بر خلاف شفقت تجربه شده
جلسه دهم	جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بودند که بیشترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط به گروه سنی ۱۶ سال (۴۶/۶۶ درصد) و در گروه کنترل نیز مربوط به گروه سنی ۱۵ سال (۵۳/۳۳ درصد) بود. علاوه بر این، دانش‌آموزان در رشته‌های ریاضی و فیزیک، ادبیات و علوم انسانی و علوم تجربی مشغول به تحصیل بودند که بیشترین فراوانی در هر دو گروه آزمایش (۴۰ درصد) و کنترل (۴۶/۶۶ درصد) مربوط به رشته علوم تجربی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل، در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی	گروه آزمایش	۱۴۶/۶۰	۲۲/۷۶	۱۲۴/۲۶	۱۹/۰۹
	گروه کنترل	۱۵۰/۶۰	۱۸/۴۸	۱۴۹/۰۶	۲۰/۹۷
سبک دلبستگی اضطرابی	گروه آزمایش	۱۳/۷۳	۳/۹۸	۱۰/۲۰	۳/۸۲
	گروه کنترل	۱۳/۹۳	۲/۱۸	۱۴/۲۶	۳/۷۱
سبک دلبستگی ایمن	گروه آزمایش	۹/۹۳	۲/۳۴	۱۳/۳۳	۲/۲۲
	گروه کنترل	۱۱/۰۶	۲/۸۶	۱۰/۳۳	۲/۷۱
سبک دلبستگی اجتنابی	گروه آزمایش	۱۲/۱۳	۳/۷۶	۹/۰۶	۲/۳۸
	گروه کنترل	۱۱/۱۳	۲/۸۴	۱۰/۵۳	۲/۱۶

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس-کواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0/05$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0/05$). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی برقرار بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
------------	-------	---------------	------------	-----------------	---------	--------------	------------	------

۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۳۹/۵۲	۲۹۸۴/۶۷	۱	۲۹۸۴/۶۷	کمال‌گرایی	
۱	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۳۴/۱۰	۸۱/۷۳	۱	۸۱/۷۳	دل‌بستگی اضطرابی	اثر
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱	۵۳/۰۳	۸۷/۶۸	۱	۸۷/۶۸	دل‌بستگی ایمن	متغیر مستقل
۰/۸۹	۰/۲۷	۰/۰۰۰۴	۱۰/۲۹	۲۸/۱۵	۱	۲۸/۱۵	دل‌بستگی اجتنابی	
			۷۵/۵۰	۲۴	۱۸۱۲/۱۷		کمال‌گرایی	
			۲/۳۹	۲۴	۵۷/۵۱		دل‌بستگی اضطرابی	
			۱/۶۵	۲۴	۳۹/۶۷		دل‌بستگی ایمن	خطا
			۲/۷۳	۲۴	۶۵/۶۱		دل‌بستگی اجتنابی	
					۳۰	۵۷۶۲۰۸	کمال‌گرایی	
					۳۰	۴۷۰۱	دل‌بستگی اضطرابی	
					۳۰	۴۳۷۹	دل‌بستگی ایمن	کل
					۳۰	۲۹۹۰	دل‌بستگی اجتنابی	

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (درمان مبتنی بر خودشفقتی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (کمال‌گرایی و سبک‌های دل‌بستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دل‌بستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر با ارائه درمان مبتنی بر خودشفقتی دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که درمان مبتنی بر خودشفقتی توانسته منجر به کاهش کمال‌گرایی و سبک‌های دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی و افزایش سبک دل‌بستگی ایمن در دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر شود. مقدار

تأثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر میزان کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۸، ۰/۶۸ و ۰/۳۰ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۶۲، ۵۸، ۶۸ و ۳۰ درصد تغییرات متغیرهای کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر توسط ارائه متغیر مستقل (درمان مبتنی بر خودشفقتی) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. یافته اول پژوهش بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر خودشفقتی منجر به کاهش کمال‌گرایی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر شده است. این یافته همسو با نتایج پژوهش تاننام و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ پالمر و همکاران (۲۰۱۹)؛ لائو و همکاران (۲۰۱۹)؛ خونساری و همکاران (۱۳۹۸)؛ زمانی‌مزد و همکاران (۱۳۹۷)؛ و خلعتیری و همکاران (۱۳۹۷) بود. این پژوهشگران بر این باورند که درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند سلامت روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. چنانکه خونساری و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که آموزش گروهی شفقت می‌تواند خودکارآمدپنداری دانش‌آموزان را بهبود بخشد. این در حالی بود که پژوهش کاملاً همسو با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد، چرا که اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر مورد پژوهش قرار نگرفته است.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن و با ذهن آگاهی تأکید دارد (لائو و همکاران، ۲۰۱۹). مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شود، این فرایند سبب می‌شود تا دانش‌آموزان نسبت به خود کمتر ایراد گرفته و از میزان کمال‌گرایی آنها

کاسته شود. از طرفی ذهن آگاهی (به عنوان یکی از مولفه‌های درمان مبتنی بر خودشفقتی) در مقابل همانندسازی افراطی، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکنند که به‌کارگیری این فرایندها سبب کاهش رنج درونی و کمال‌گرایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود. همچنین باید اشاره کرد، از آنجایی که در مداخله درمان مبتنی بر خودشفقتی، از تکنیک‌های آموزشی فرآیند تنظیم سیستم هیجانات و تأثیر آن بر سطوح هورمون‌های مغزی و تأثیر متعاقب آن در تغییر رفتار و سبک زندگی استفاده می‌شود (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹)، می‌توان انتظار تغییر فرایندهای مرتبط با شناخت همچون کمال‌گرایی را بر اساس درمان مبتنی بر خودشفقتی داشت. چنانکه به کمک درمان مبتنی بر خودشفقتی، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با بهره‌گیری از ذهن آگاهی و حل مساله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند. بنابراین بهبود در سطح کمال‌گرایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در اثر درمان مبتنی بر خودشفقتی دور از انتظار نیست.

یافته دوم پژوهش بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر خودشفقتی منجر به کاهش سبک‌های دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی و بهبود سبک دل‌بستگی ایمن دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر شده است. با بررسی در پایگاه داده‌های علمی داخلی و خارجی، پژوهشی کاملاً مشابه با پژوهش حاضر یافت نشد. اما پژوهش‌های مختلفی بودند که در آنها نشان داده شده که درمان مبتنی بر خودشفقتی دارای کارایی بالینی لازم است. چنانکه یافته باتیستا و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده است که درمان مبتنی بر خودشفقتی توانسته منجر به بهبود بهزیستی هیجانی کودکان و نوجوانان شود. علاوه بر این لاترن و همکاران (۲۰۱۹) و باکر و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که خودشفقتی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب، افسردگی، استریس و بهبود قدرت تاب‌آوری افراد شود. از طرفی غفاریان و خیاطان (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند منجر به بهبود خودپنداره دانش‌آموزان دختر شود.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر خودشفقتی، یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود است که فرد را نسبت به برخورد مهربانانه با خود و دیگران تشویق می‌کند (تاننام و همکاران، ۲۰۱۷). برخورد مهربانانه با خود و دیگران نیز می‌تواند منجر به بهبود سبک دلبستگی ایمن شود؛ چرا که افراد دارای دلبستگی ایمن نسبت به خود و دیگران نگرش مثبت دارند و در روابط صمیمانه احساس راحتی می‌کنند. بنابراین تعامل مهربانانه با خود و دیگران می‌تواند با تقویت قدرت همدلی در دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر منجر سبب بهبود نگرش مثبت آنها به خود و دیگران و در نتیجه افزایش نمرات سبک دلبستگی ایمن در آنها شود. علاوه بر این می‌توان اظهار داشت، افرادی که درمان مبتنی بر خودشفقتی را کسب می‌کنند، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردارند، در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمندترند (لائو و همکاران، ۲۰۱۹) و به شکل مطلوب‌تری می‌توانند ادراکات منفی و آزاردهنده را در فرایندهای پردازشی شناختی و هیجانی خود کاهش دهند. بر این اساس کسب مهارت‌های مربوط به خودشفقتی می‌تواند حالات خلقی منفی و ادراکات سوءدار هیجانی و شناختی را کاهش داده و از این طریق بر احساس ناامنی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر موثر واقع شود. احساس ناامنی ویژگی افرادی است که سبک دلبستگی اضطرابی را تجربه می‌کنند. بر همین اساس درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند با تاثیر بر این فرایند، نمرات دلبستگی اضطرابی این دانش‌آموزان را کاهش دهد. در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر سبک دلبستگی اجتنابی می‌توان اینگونه بحث کرد که یکی از ابعاد آموزشی درمان مبتنی بر خودشفقتی، آموزش اشتراکات انسانی در مقابل انزوا است (ونگ و همکاران، ۲۰۱۷). چنانکه درمان مبتنی بر خودشفقتی بر این پایه تاکید دارد که افراد به دنبال گسترش دامنه ارتباطات اجتماعی و ایجاد دامنه حمایت اجتماعی برای خود باشند (باتیستا و همکاران، ۲۰۱۵). این نکته زمانی اهمیت بیشتری می‌یابد که توجه شود، افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی دارای هراس از نزدیکی و صمیمیت بوده و به هیچ عنوان خواهان نزدیکی هیجانی با دیگران نیستند (آیز و همکاران، ۲۰۱۴). براین اساس درمان مبتنی بر خودشفقتی با آموزش اهمیت روابط اجتماعی و نقش اشتراکات انسانی در سلامت روان، دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر را

به حرکت در این روند ترغیب کرده و این فرایند نیز منجر به کاهش نمرات سبک دلبستگی اجتنابی در آنها می‌شود.

این پژوهش همانند دیگر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر کمال‌گرایی، سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. علاوه بر این، در قسمت اجرا نیز بعضی از دانش‌آموزان دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر تمایلی به حضور در پژوهش نداشتند که این مورد نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش برای دیگر دانش‌آموزان دارای آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی همچون اختلال اضطراب اجتماعی، افسردگی، بدتنظیمی هیجانی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز اجرا شود تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها را افزایش دهد. علاوه بر این، مهار عوامل اثرگذار بر کمال‌گرایی، سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، بهره‌گیری روش نمونه‌گیری تصادفی نیز می‌تواند روایی بیرونی پژوهش را ارتقا دهد. در نهایت اجرای مرحله پیگیری نیز می‌تواند ثبات اثر درمان مبتنی بر خودشفقتی در طول زمان را بویژه آزمایش قرار دهد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با تهیه بروشور و کتابچه‌ای علمی، درمان مبتنی بر خودشفقتی به مشاوران آموزش و پرورش ارائه داده شود تا آنها با بکارگیری محتوای این درمان، جهت کاهش کمال‌گرایی و تغییر در سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان گامی عملی بردارند.

منابع

- پاکدامن، ش. (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانی، رساله دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- جمشیدی، ب؛ حسین چاری، م؛ حقیقت، ش؛ رزمی، م. ر. (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس جدید کمال‌گرایی. مجله علوم رفتاری، ۳ (۱)، ۳۵-۴۳.

خلعتبری، ج؛ همتی ثابت، و؛ محمدی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده، *مجله بیماری‌های پستان ایران*، ۱۱(۳)، ۲۰-۸.

خونساری، م؛ تاجری، ب؛ سرداری پور، م؛ حاتمی، م؛ حسین زاده تقوایی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شفقت و تئوری انتخاب بر احساس درماندگی آموخته شده و خودکارآمد پنداری دانش‌آموزان، *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۳)، ۲۸-۱۷.

رضایی جمالویی، ح؛ حسنی، ج؛ نورمحمدی نجف‌آبادی، م. (۱۳۹۸). نقش سبک‌های دلبستگی در رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر مقطع متوسطه دوم، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۱۲۱-۱۱۲.

رضایی پور، ف؛ جباریفر، ت؛ برزگر برویی، ک. (۱۳۹۸). بررسی مقایسه‌ای ابعاد دلبستگی، ترس از ارزیابی منفی، سازگاری اجتماعی و تحصیلی بر اساس پیشرفت تحصیلی در دانشجویان با آسیب بینایی، *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۵)، ۲۱۵-۲۳۲.

زمانی مزد، ر؛ گرافر، ا؛ داورنیا، ر؛ بابایی گرمخانی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک، *مجله تصویر سلامت*، ۹(۴)، ۲۴۳-۲۳۳.

سعیدی، ض؛ قربانی، ن؛ سرفراز، م. ر؛ شریفیان، م. ح. (۱۳۹۴). رابطه شفقت خود، ارزش خودتنظیمی هیجان خودآگاه، *مجله پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۶(۳)، ۹-۱.

شیرمحمدی، ف؛ کاکاوند، ع؛ شمس اسفندآباد، ح. (۱۳۹۵). ارتباط کمال‌گرایی و اختلال اضطراب فراگیر با میانجی‌گری تفکر ارجاعی، *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۱)، ۱۲۳-۱۰۷.

عبدالکریمی، م؛ قربان شیرودی، ش؛ خلعتبری، ج؛ زربخش، م. ر. (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، *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۷(۷۰)، ۶۵۱-۶۶۲.

غفاریان، ح؛ خیاطان، ف. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دوره اول دبیرستان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۱)، ۲۶-۳۶.

محمدزاده، ع؛ خیری‌هیق، ع؛ واحدی، م. (۱۳۹۵). مقایسه مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلالات وسواسی جبری، افسردگی اساسی و گروه بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۶(۴): ۵۱۲-۵۲۱.

مرادی‌زاده؛ س؛ ویسکرمی، ح؛ میردریکوند، ف؛ قدم‌پور، ع؛ غضنفری، ف. (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و واقعیت‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی و استرس تحصیلی دانش‌آموزان دختر تیزهوش، *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۴)، ۷۹-۱۱۰.

معتمدی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر اضطراب، پرخاشگری، کمال‌گرایی و نارسایی هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلال خواندن دوره دبستان (۱۲-۸ سال). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).

Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y., Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 155: 295-298.

Baker, D.A., Caswell, H.L., Eccles, F.J.R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 90: 154-161.

Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: The Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30: 1511-1515.

Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57: 108-118.

- Byrow, Y., Peters, L.(2017). The influence of attention biases and adult attachment style on treatment outcome for adults with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 217: 281-288.
- Cho, S., White, K.H., Yang, Y., Soto, J.A.(2019). The role of trait anxiety in the selection of emotion regulation strategies and subsequent effectiveness. *Personality and Individual Differences*, 147: 326-331.
- Chung, K., Choi, E.(2014). Attachment styles and mother's well-being among mothers of preschool children in Korea: The mediating role of marital satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 69: 135-139.
- Collins, V.L., Read, S.J. (1990). *Adult attachment: Working models relationship quality in dating couples*. *Journal of personality and social psychology*, 58(4): 644-663.
- Corry, J., Green, M., Roberts, G., Frankland, A., Wright, A., Lau, P., Loo, C., Breakspear, M., Mitchell, P.B.(2013). Anxiety, stress and perfectionism in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151(3): 1016-1024.
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., Andersson, G.(2016). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet Interventions*, 23: 16-21.
- Dunkel, C.S., Lukaszewski, A.W., Chua, K.(2016). The relationships between sex, life history strategy, and adult romantic attachment style. *Personality and Individual Differences*, 98: 176-178.
- Farra, S.L., Smith, S.J.(2019). Anxiety and Stress in Live Disaster Exercises. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4): 366-373.
- Gnilka, P.B., Broda, M.D.(2019). Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*, 139: 295-300.
- Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L., Orsillo, S.M., (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81: 761-773.
- Hill, R.W., Huelsman, T.J., Furr, R.M., Kibler, J., Vicente, B.B., Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personal Assessments*, 82(1): 80-91.
- Kebeck, K.K., Liedtke, C., Kohl, W., Alferink, J., Kret, M.E.(2017). Attachment style moderates theory of mind abilities in depression. *Journal of Affective Disorders*, 213: 156-160.
- Kidd, T., Hamer, M., Steptoe, A.(2011). Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. *Psychoneuroendocrinology*, 36(6): 771-779.
- Kinney, K.L., Burkhouse, K.L., Klumpp, H.(2019). Self-report and neurophysiological indicators of emotion processing and regulation in social anxiety disorder. *Biological Psychology*, 142: 126-131.
- Kobori, O., Yoshie, M., Kudo, K., Ohtsuki, T.(2011). Traits and cognitions of perfectionism and their relation with coping style, effort, achievement, and performance anxiety in Japanese musicians. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5): 674-679.

- Lathren, C., Bluth, K., Park, J.(2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143: 36-41.
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Europe Neuropsychopharmacology*, 15: 445-452.
- Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., Ge, W.(2019). Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. *Public Health*, 174: 1-10.
- Morgan-Lowes, K.L., Clarke, P.J.F., Hoiles, K.J., Shu, C.Y., Watson, H.J., Dunlop, P.D., Egan, S.J.(2019). The relationships between perfectionism, anxiety and depression across time in pediatric eating disorders. *Eating Behaviors*, 34: 101-107.
- Neff, K.D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4): 211-214.
- Nielsen, S.K.K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K.B., Hageman, I., Vangkilde, S., Daniel, S.I.F. (2017). Adult attachment style and anxiety – The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218: 253-259.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S.(2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74: 210-220.
- Richards, D., Timulak, L., Rashleigh, C., McLoughlin, O., Colla, A., Joyce, C., Doherty, G., Sharry, J., Duffy, D., Anderson-Gibbons, M.(2016). Effectiveness of an internet-delivered intervention for generalized anxiety disorder in routine care: A randomised controlled trial in a student population. *Internet Interventions*, 6: 80-88.
- Shanmugam, V., Jowett, S., Meyer, C.(2012). Eating psychopathology amongst athletes: Links to current attachment styles. *Eating Behaviors*, 13(1): 5-12.
- 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.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K.(2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(10): 1540-1545.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S.(2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106: 329-333.