رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۲، شماره پیاپی ۸۳، اردیبهشت ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(2), 2023

مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران بهبودیافته از ویروس کرونا

Comparison of the Effectiveness of compassion-therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing on Intolerance of Uncertainty, of patients recovered from coronavirus

نسیم بیرانوند
دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر محبوبه چین اوه (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی پیشتازان، شیراز، ایران.
دکتر محسن بهرامی
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

Nasim Beiranvand
PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Dr. Mahbobeh Chinaveh*
Assistant Professor, Department of psychology, Pishtazan Higher Education Institude, Shiraz, Iran.
chinaveh@aiau.ac.ir
Dr. Mohsen Bahrami
Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه‌آماری پژوهش را تمامی بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹ شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بیمار بهبود یافتهٔ واجد شرایط و داوطلب شرکت در مطالعه بودند که بصورت هدفمند در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هرگروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، مداخله‌ی شفقت‌درمانی طی ۸ جلسه و گروه آزمایش دوم درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم را طی ۵ جلسه دریافت کردند. ابزار پژوهش مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS) (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری عدم تحمل بلاتکلیفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۱). هر دو مداخله در عدم تحمل بلاتکلیفی تأثیر داشتند اما بین دو مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P=۱). بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت هر دو درمان شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹مؤثر بودند.

واژه‌های کلیدی: *درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و بازپردازش آن، شفقت‌درمانی، عدم تحمل بلاتکلیف، بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹.*

Abstract
The present study aims to compare the effects of compassion therapy and EMDR on the Intolerance of Uncertainty of patients recovered from Covid-19. This study was a quasi-experimental type with a pre-test-post-test design, a control group, and a two-month follow-up. The statistical population of included all the patients who recovered from coronavirus and were discharged from the ICU patients in Shohaday-e Ashayer and Social Security Hospitals in Khoramabad between November and the end of December 2020. 45 people were included using a purposeful sampling method and randomly divided into three groups (15 people in each group). The first intervention group received 8 sessions of compassion therapy intervention and the second intervention group received 5 sessions of EMDR therapy intervention. The control group was placed on the intervention waiting list. The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) (Foreeston et al., 1999) was the tool used data were analyzed using analysis of variance with repeated measurements, and Bonferroni's post hoc test. The results showed that there is a significant difference between the groups in the post-test and follow-up Intolerance of Uncertainty (P<0.01). Both interventions had an effect on Intolerance of Uncertainty, but no significant difference was observed between the two interventions in Intolerance of Uncertainty (P=1). Moreover, these results continued until the follow-up stage. In accordance with the result, it can be mentioned that both compassion therapy and EMDR are effective in the Intolerance of Uncertainty of patients recovered from Covid-19.

Keywords: *eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), compassion-therapy, coronavirus Intolerance of Uncertainty, patients recovered from Covid-19.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۱۴۰۱** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

مقدمه

نزدیک به سه سال از همه‌گیری کووید-۱۹ در سطح جهان می‌گذرد اما همچنان این ویروس کشنده در حال جهش است. در این دوران بسیاری از افرادی که به کووید-۱۹ مبتلا شدند از نظر روان شناختی بسیار آسیب دیدند که بر عملکرد آنها در ابعاد گوناگون جسمانی، روانی، اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی‌شان تأثیرات بسزایی بر جای گذاشته است (آقاحسینی، ۱۴۰۰). به تازگی نیز سندرم کووید-۱۹ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک نگرانی بین المللی مراقبت های بهداشتی به رسمیت شناخته و بر آن کد استفاده اضطراری صادر شده است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سندرم کووید-۱۹ به عنوان یک بیماری دارای نشانگان پایدار و مداوم در افرادی که پس از مدتی بیماری را شکست داده‌اند، تعریف می‌شود (اسکوردو[1] و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات طیف گسترده‌ای از علائم پایدار را پس از بستری در بیمارستان و همچنین بهبودی گزارش کردند که از جمله این علائم افسردگی و اضطراب بود (هوانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۱ و ایوانز[3] و همکاران، ۲۰۲۱). در این راستا نتایج پژوهش فرناندز-دلاسپناس[4] و همکاران (۲۰۲۱) نیز بر روی بیماران بهبود یافته که مدت ۶ تا ۸ ماه از بستری شدنشان در بیمارستان می‌گذشت شیوع اضطراب و افسردگی به ترتیب ۱۶/۲ و ۱۹/۷ درصد را نشان داد.

از متغیرهای مرتبط با اضطراب که نمایانگر ترس از وضعیت‌های ناشناخته است، عدم تحمل بلاتکلیفی[5] است. یک موقعیت با پایانی نامعلوم، به ایجاد یک وضعیت مبهم منتهی می‌گردد که اضطراب آور است. بیماری ناشی از ویروس کرونا و اضطراب و نگرانی از همه‌گیری آن به دلیل غیرقابل پیش‌بینی بودن آینده و ناتوانی در اعمال کنترل بر آنچه در حال وقوع است از جمله این ابهامات است (دل-وال[6] و همکاران، ۲۰۲۲). عدم تحمل عدم بلاتکلیفی ناتوانی شخص در تحمل موقعیت‌های ناشناخته و مبهم است که منجر به سوگیری شناختی حاصل از تفاسیر، اداراکات و عکس‌العمل‌های شخص در موقعیت‌های بی‌ثبات در سطوح رفتاری، هیجانی و شناختی تعریف می‌شود (بردمایر[7] و همکاران، ۲۰۲۲). این امکان وجود دارد که عدم تحمل بلاتکلیفی به پریشانی در پاسخ به عدم اطمینان ناشی از تجربه خطرات بالقوه (مانند قرار گرفتن در معرض علائم بیماری یا بیماری کمک کند و به نوبه خود می‌تواند به راه‌های مشکل‌ساز مانند جستجوی اطلاعات یا اجتناب از مراجعه به پزشک و انجم آزمایشات پزشکی) برای مقابله با احساس عدم اطمینان با پیوندهای شناخته شده با اضطراب سلامت منجر شود (بارگ و بروچمن[8]، ۲۰۲۲؛ بوتسی[9] و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش تال[10] و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از آن است که ویژگی غیرقابل پیش‌بینی و متغیر بودن علائم ناشی از ویروس کرونا به همراه دوره خاموشی طولانی حضور این ویروس در بدن فرد آلوده، شرایط دوران همه‌گیری را برای افراد بسیار مبهم و بلاتکلیف می‌کند. همچنین نگرانی زیاد همبستگی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نشانه‌های اضطراب را تقویت می‌کند و نقش برجسته‌ای در پیش‌بینی اضطراب دارد (آسموندسون و تیلور[11]، ۲۰۲۰) و عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان یک ویژگی متمایزکننده بالقوه فردی، خطر اضطراب ناشی از بیماری کرونا را افزایش می‌دهد (باولار[12] و همکاران، ۲۰۲۱؛ آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰).

آسیب‌های ناشی از بیماری در بهبود یافتگان کووید-۱۹، موجب شده است مطالعات بر حمایت و مراقبت ویژه در این افراد تأکید ورزند تا با تغییر ویژگی‌های روان‌شناختی مؤثر بر بهبودی پریشانی و بی‌نظمی‌های روانشناختی که با بیماری مرتبط هستند کمک کند (کایاسلان[13] و همکاران، ۲۰۲۱). از مداخلاتی که دارای سابقه خوبی در بهبود وضعیت روان‌شناختی در شرایط بحرانی است، شفقت‌درمانی[14] و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن[15] است.

1. Scordo
2. Huang
3. Evans
4. Fernández-de-Las-Peñas
5. intolerance of uncertaint
6. Del-Valle
7. Bredemeier
8. Baerg, & Bruchmann
9. Bottesi
10. Tull
11. Asmundson, & Taylor
12. Bavolar
13. Kayaaslan
14. Compassion therapy
15. eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

شفقت‌درمانی نوعی راهبرد هیجان‌محور[1] است که افراد را نسبت به هیجانات مثبت و منفی خود آگاه ساخته و آنها را به سمت پذیرش سوق می‌دهد، چرا که براساس این رویکرد درمانی اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردها موجب ایجاد و تشدید مشکلات روانشناختی می‌شود (لاک[2]و همکاران، ۲۰۲۰). شفقت‌درمانی به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود منجر می‌شود و فرد را در مقابل خودانتقادی و سرزنشگری مصون نگاه می‌دارد (کریگر[3]و همکاران، ۲۰۱۹). این روش درمانی همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و از هیجانات منفی کاسته و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌سازد (سلیمان‌پور و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعات ویلسون[4]و همکاران (۲۰۱۹)، سامرز-اسپیکرمن[5]و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش سلامت روان عمومی و بهزیستی و کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود. بلوث و بلانتون[6] (۲۰۱۵) در پژوهشی اثربخشی شفقت به خود را بر افزایش رضایت از زندگی، کاهش استرس ادراک شده و بهبود هیجان مثبت و منفی بررسی و تأیید کردند. همتیان خیاط و همکاران (۱۴۰۱) طی پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که دو روش درمان دیالکتیکی و شفقت درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب کرونا، افزایش تحمل آشفتگی و افزایش تنظیم هیجانی شدند. نتایج پژوهش وو[7] (۲۰۲۱) نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس ادراک شده ناشی از اپیدمی ویروس کرونا زنان اثربخش است.

حساسیت‌زدایی با حرکات چشم از جمله روش‌های مؤثر در کمک به افرادی است که از تجارب آسیب‌زا، اضطراب‌ها، اختلال استرس پس از سانحه، سوگ و به‌طور کلی مشکلات هیجانی[8] رنج می‌برند (رضایی و خانجانی، ۱۳۹۶). نوعی درمان مواجهه‌سازی که هدفش این است بیمار همزمان با تمرکز بر واقعه آسیب‌زا به یک انگیزاننده و محرک خارجی نیز توجه کند. بدین ترتیب به کمک حرکات چشم و فراخوانی خاطرات بدون درگیری با هیجانات منفی به فرد آسیب دیده کمک می‌کند (آرن[9]و همکاران، ۲۰۲۲). در این روش درمانی اثر حرکتی چشم موجب اختلال در حافظه کاری و فعال، در نتیجه کاهش وضوح و میزان هیجان می‌شود (تورسن[10] و همکاران، ۲۰۲۲). آرن و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش آن (EMDR) از طریق بازپردازش حرکتهای چشم برکاهش حساسیت‌ها نسبت به محرک‌ها و نیز از بین رفتن پاسخ‌های دلسرد کننده و رفتارهای نشانگر اضطراب و استرس پس از سانحه مؤثر است. نتایج پژوهش‌های اینسیناس[11]و همکاران (۲۰۱۹)، عبدلی بیدهندی و همکاران (۱۴۰۱)، فتوت و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش آن را بر بهبود بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از شرایط آسیب‌زا چون جنگ، بیماری‌ها و... بررسی و تأیید کردند.

بطور کلی هر دو روش مداخله‌ای فوق در تلفیق با درمان شناختی-رفتاری عمل می‌کنند؛ اما تفاوت‌هایی بین دو روش در فنون و تکنیک‌های اجرایی وجود دارد. از جمله این که شفقت‌درمانی بعنوان راهبردی هیجان محور براین دید استوار است که اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردها موجب ایجاد و تشدید مشکلات روان‌شناختی می‌شود. بنابراین با تعدیل افکار و هیجانات منفی نسبت به خود، فرد را در مقابل تشدید مشکلات روان‌شناختی مصون نگاه می‌دارد. درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن به کمک حرکات چشم و فراخوانی خاطرات بدون درگیری با هیجانات منفی خود به مراجع آسیب دیده کمک می‌کند. با توجه شباهت و تفاوت دو روش فوق و نظر به جمعیت قابل توجه بهبود یافتگان مبتلا به کووید-۱۹ و پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی مزمن و با توجه به کاستی‌های پژوهش‌های مداخله‌ای جامع در این حوزه از سویی و از سویی دیگر کاستی‌های پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مذکور، استفاده از روش‌های درمانی منظم به منظور مشخص شدن میزان اثربخشی هر یک از روش‌ها بر حالات روان‌شناختی بیماران بهبود یافته؛ پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ انجام شد.

1. emotions-focused Strategie
2. Lack
3. Krieger
4. Wilson
5. Sommers-Spijkerman
6. Bluth, & Blanton
7. Wu
8. motional disorders
9. Auren
10. Thoresen
11. Encinas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌آماری مورد مطالعه شامل تمامی بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹ در شهر خرم‌آباد بود که در بازه زمانی آبان تا آذر ماه سال ۱۳۹۹ از بخش ویژه بیماران کووید-۱۹ ترخیص شده بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها تعیین شد. تعداد نمونه با در نظر گرفتن ۵ درصد خطای نوع اول، ۲۰ درصد خطای نوع دوم و انحراف معیار ۱۴/۵، برای هر گروه ۱۵نفر تعیین شد. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که پس از کسب مجوز، با مراجعه به بخش ترخیص بیماران کووید-۱۹ در دو بیمارستان شهدای عشایر و تأمین اجتماعی بصورت محرمانه پرونده بیماران بررسی و به مدت یک هفته طی تماس تلفنی با ارائه توضیحاتی در مورد اهداف و ملاحظات اخلاقی پژوهش از بیماران بهبود یافته‌ای که از معیارهای اولیه ورود به پژوهش برخوردار بودند جهت شرکت در پژوهش دعوت شد (۷۶ نفر) و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی[1] (فریستون[2] و همکاران، ۱۹۹۴) با هدف غربالگری و پیش‌آزمون پاسخ گفتند. ۴۵ نفر از بیماران بهبود یافته واجد شرایط بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵نفر) وارد طرح درمانی-پژوهشی شدند. گروه آزمایش اول (شفقت‌درمانی) طی ۸ جلسه و گروه آزمایش دوم (EMDR) طی ۵ جلسه بصورت فردی تحت مداخله قرار گرفتند. در این مدت شرکت‌کنندگان در گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات و همچنین بعد از طی مدت ۲ ماه مجدداً مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی در پس‌آزمون و سپس پیگیری اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل مدت زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیماران کووید-۱۹ ۱۰ روز، طی شدن بیش از ۱ ماه از زمان ترخیص، عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا داروهای روان‌پزشکی، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، کسب نمره پایین‌تر از میانگین (نمره میانگین=۸۱) در مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). معیارهای خروج عبارت بود از: غیبت بیش از دو جلسه متوالی، و عدم تمایل به ادامه همکاری در طی جلسات بعنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

به منظور رعایت اخلاق پژوهش برای شرکت‌کنندگان رعایت حریم خصوصی و حفظ رازداری، امکان انصراف از ادامه همکاری در پژوهش در هر مقطعی از زمان، برگزاری جلسات مشاوره رایگان با استفاده از روش مداخله با اثربخشی بیشتر برای بیماران بهبود یافته شرکت‌کننده در گروه گواه، توضیح و تعهد داده شد. در نهایت داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

ابزار سنجش

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی(IUS) : این مقیاس توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی با ۲۷ گویه و ۴ عامل (ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها، و بلاتکلیفی در مورد آینده) طراحی شده است. پاسخ به گویه‌ها بصورت ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۳۵-۲۷ و میانگین ۸۱ می‌باشد. فریستون و همکاران (۱۹۹۴) در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی α=۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته r=۰/۷۸ و ضریب پایایی این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (اسدی مجره و همکاران، ۱۳۹۱). بوهر و داگاس[3] (۲۰۰۲) نسخه انگلیسی مقیاس را تهیه و اعتباریابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند؛ همچنین ضریب همبستگی با مقیاس نگرانی ۰/۶۰ و مقیاس افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۵۵ در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمده است که تأییدی بر روایی همگرا می‌باشد. بشارت (۱۳۸۹) در نسخه فارسی روایی تشخیصی و همگرای پرسشنامه ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب، عواطف منفی و درماندگی از ۰/۴۳ تا ۰/۶۲ گزارش نموده است (سرکشیکیان و همکاران، ۱۴۰۱). آلفای کرونباخ در پژوهش سرکشیکیان و همکاران (۱۴۰۱) برابر ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۸ بدست آمد.

1. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)
2. Freeston
3. Buhr, & Dugas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

جلسات مداخله‌ی شفقت‌درمانی: با استفاده از برنامه شفقت‌درمانی گیلبرت[1] ترجمه (اثباتی و فیضی، ۱۳۹۷)، پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند تن از افراد متخصص طی ۸ جلسه بصورت هفتگی (هر جلسه ۷۵-۶۵ دقیقه) اجرا شد (جدول ۱).

جلسات مداخله‌ی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش آن (EMDR): با استفاده از برنامه درمانی ۸ مرحله‌ای شاپیرو[2] (۲۰۰۲) که در ایران توسط حکمتیان فرد و همکاران (۱۴۰۰) استفاده و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته، پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند تن از افراد متخصص طی ۵ جلسه بصورت هفتگی (هر جلسه ۹۰-۷۵ دقیقه‌ای) اجرا شد (جدول ۲).

جدول ۱. خلاصه جلسات شفقت‌درمانی

جلسه	موضوع	محتوای جلسات
اول	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه؛ تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع؛ گوش سپردن به روایت‌ها و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)؛ توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن.
دوم	معرفی شفقت به خود و خودانتقادی	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا)؛ تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن؛ تعریف شفقت.
سوم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟؛ بررسی ویژگی‌ها و مهارتهای آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد؛ معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها.
چهارم	معرفی تصویرسازی ذهنی	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن. آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر)
پنجم	پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری	بررسی تکلیف و سرور جلسه‌ی قبل؛ پرورش خودشفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت؛ آموزش نحوه‌ی تصویرپردازی در مورد خود-شفقت‌ورز.
ششم	آموزش نامه‌نگاری شفقت ورز	بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل؛ آموزش نامه نگاری شفقت‌ورز.
هفتم	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود	بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل؛ ترس از شفقت به خود؛ شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات؛ درخواست از اعضا برای توضیح دست آوردهایشان از گروه. تکلیف: ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی.

جدول ۲. خلاصه جلسات حساسیت‌زدایی منظم با حرکات چشم و بازپردازش آن

مرحله	هدف	محتوا
اول	تاریخچه	کسب اطلاعات لازم از درمان‌جو، بررسی باورهای فرد، یافتن مکان امن مراجع و مشخص کردن اهداف مداخله.
دوم	آمادگی	آموزش‌های لازم در مورد روش درمان، آرمیدگی، و استعاره‌های لازم به درمان‌جو. برای مثال تجسم دیدن صحنه‌های آسیب‌زا از طریق تماشای تلویزیون و یا تماشای صحنه‌های آسیب‌زا از پنجره قطار در حالی که درمان‌جو در قطار نشسته و صحنه‌ها را در بیرون از قطار می‌نگرد.
سوم	ارزیابی	به انتخاب خاطره دردناکی که درمان‌جو تمایل به تغییر آن دارد پرداخته می‌شود. سپس یک شناخت منفی مربوط به خاطره آسیب‌زا انتخاب می‌شود. این شناخت ناسالم است و به تجربه آسیب‌زا مربوط می‌شود؛ مثلاً من تنها و بی‌کس هستم یا من گناهکارم. سپس از درمان‌جو خواسته می‌شود که شناخت مثبت و سازگارانه‌ای را که با آسیب مرتبط است نام برد. این شناخت در مراحل بعدی جایگزین شناخت ناسالم شود.
چهارم	حساسیت‌زدایی	مرحله حساسیت‌زدایی که دشوارترین و طولانی‌ترین مرحله می‌باشد و طی آن مراجع به تصویر دیداری مناظر رنج‌آور، باورهای منفی و هیجانات و احساسات بدنی خود متمرکز می‌شود و همزمان تحریک دوجانبه مغز به‌وسیله حرکات چشم درمان‌جو در تعقیب حرکت درمانگر رخ می‌دهد. معمولاً درمانگر دو انگشت خود را بالا نگه می‌دارد و کف دستش به سمت درمان‌جو است و حدود ۴۳-۳۰ سانتی متر از درمان‌جو فاصله دارد. معمولاً ۳۰-۱۵ حرکت دوجانبه انجام می‌شود. سپس درمان‌جو ضمن بستن چشمانش نفس عمیق می‌کشد. در این موقعیت از سوی درمانگر سؤالاتی نظیر احساست را بگو، چه تجربه‌ای دارد؟ و... مطرح

1. Gilbert
2. Shapiro

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

پنجم	کدگزاری	می‌شود. پاسخ‌ها، احساسات عاطفی و بدنی را مشخص می‌کند سپس از درمان‌جو خواسته می‌شود ضمن یادآوری خاطره دردناک در معرض مجموعه جدیدی قرار گیرد. در اینجا حرکات چشم تنها وسیله‌ای برای فعال کردن نظام پردازش اطلاعات است. ضربه‌های ملایم دست و تکرار نشانه‌های شنیداری محرک‌های دیگری هستند که به‌طور وسیعی به کار می‌روند.
ششم	پویش بدنی	هدف این مرحله کار گذاشتن و افزایش نیرومندی شناخت مثبت است. آنگاه که SUD ارزیابی شود و به عدد ۱ یا ۲ برسد، درمان‌جو تسکین قابل قبولی یافته است و هرگاه در مقیاس VOC به عدد ۶ یا ۷ برسد تقریباً درمان به انجام رسیده است.
هفتم	بستن	وارسی بدنی است و در آن، درمان‌جو به کاوش در همه اندام‌های بدن از سر تا نوک پا می‌پردازد و تنش و ناراحتی‌های جسمی را شناسایی کرده و با قرار در موقعیت در بافت مجموعه‌های جدید کمک می‌شود.
هشتم	ارزیابی مجدد	خاتمه یا بستن است. در این مرحله درمان‌جو به وضعیت آرمیدگی برگردانده می‌شود و افکار و هیجانات و ویژگی‌های جسمانی به طور همزمان بررسی می‌شود.
		مرحله ارزیابی مجدد است. بررسی این که هدف درمان تأمین شده است یا نه و بر اساس آن برنامه‌ریزی برای جلسات بعد انجام می‌شود.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ بیمار بهبود یافته حضور داشتند که شرکت کنندگان در گروه شفقت درمانی (۵۶/۷٪)، گروه EMDR (۵۴/۸٪) و در گروه گواه (۵۳/۴٪) زنان بودند. میانگین و انحراف‌معیار سن برای گروه شفقت‌درمانی ۶/۶۶ ± ۳۴/۴۳؛ گروه EMDR ۶/۳۰ ± ۳۳/۵۲ و گروه گواه ۵/۸۳ ± ۳۴/۹۳ بود. میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت‌کننده ۵/۷ ± ۳۶/۶ و در مردان شرکت کننده ۶/۷۳ ± ۳۷/۸ بود. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. به منظور توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف‌معیار به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه مداخله اول (شفقت‌درمانی)، گروه مداخله دوم (EMDR) و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (میانگین ± انحراف‌معیار)	پس‌آزمون (میانگین ± انحراف‌معیار)	پیگیری (میانگین ± انحراف‌معیار)
عدم تحمل بلاتکلیفی	شفقت‌درمانی	۸۲/۵۳ ± ۱۹/۸۰	۵۳/۰۰ ± ۱۸/۰۴	۵۴/۱۳ ± ۱۹/۵۲
	EMDR	۸۳/۲۰± ۲۱/۲۰	۴۸/۰۰ ± ۱۶/۹۹	۴۹/۱۳ ± ۱۷/۸۱
	گواه	۸۴/۴۰ ± ۲۴/۰۹	۸۱/۲۶ ± ۱۹/۸۵	۸۲/۴۰ ± ۱۹/۶۴

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد میانگین گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافت.

پیش از انجام تحلیل با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر (آمیخته) مفروضه‌های آزمون بررسی شد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان از برقراری این مفروضه بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لون به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی در هر سه مرحله پیش‌آزمون (p=۰/۴۴۹ و $F_{(۴۲, ۲)}$=۰/۸۱۵)، پس‌آزمون (p=۰/۸۵۴ و $F_{(۴۲, ۲)}$=۰/۱۵۸) و پیگیری (p=۰/۹۱۱ و $F_{(۴۲, ۲)}$=۰/۰۹۳) برقرار بود. به منظور بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی (χ^2 =۴۰/۱۴۷ , P=۰/۰۰۰۱) برقرار نبود. در نتیجه برای اصلاح درجه آزادی از شاخصی به نام اپسیلون گرین هاوس گایسر استفاده؛ و نتایج تحلیل واریانس آمیخته با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه شد. که یافته‌ها در جدول ۴ ارائه می‌شود.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی

عوامل	عامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
عدم تحمل بلاتکلیفی	عامل درون‌گروهی	مراحل زمان	۱۴۶۲۲/۳۲۶	۱/۲۳۱	۱۱۸۷۶/۱۲۷	۳۰۱/۳۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۸
		تعامل مراحل *گروه	۵۸۵۷/۸۰۷	۲/۴۶۲	۲۳۷۸/۸۳۰	۶۰/۳۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

	خطا	۲۰۳۷/۸۶۷	۵۱/۷۱۲	۳۹/۴۰۸		
عامل بین‌گروهی	گروه	۱۳۴۷۵/۷۹۳	۲	۶۷۳۷/۸۹۶	۵/۹۹۸	۰/۰۰۵	۰/۲۲۲
	خطا	۴۷۱۷۷/۸۶۷	۴۲	۱۱۲۳/۲۸۳			

خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی عدم تحمل بلاتکلیفی در جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در عدم تحمل بلاتکلیفی (Eta=۰/۸۷۸ , P<۰/۰۱, F=۳۰۱/۳۶۳) معنادار است (P<۰/۰۱)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده برای عدم تحمل بلاتکلیفی (F=۵/۹۹۸, P<۰/۰۱ , Eta=۰/۲۲۲) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی عدم تحمل بلاتکلیفی در دوگروه مداخله و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی(مقایسه‌های چندگانه) به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل محاسبه شد. نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی(مقایسه‌های چندگانه) در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی

متغیر		مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
عدم تحمل بلاتکلیفی	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲۲/۶۲۲	۱/۲۰۰	۰/۰۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۲۱/۴۸۹	۱/۲۵۱	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	-۱/۱۳۳	۰/۴۷۹	۰/۰۶۸
	گروه‌ها	شفقت‌درمانی - EMDR	۳/۱۱۱	۷/۰۶۶	۱
		شفقت‌درمانی- گواه	-۱۹/۴۶۷	۷/۰۶۶	۰/۰۲۶
		EMDR -گواه	-۲۲/۵۷۸	۷/۰۶۶	۰/۰۰۸

نتایج جدول نشان می‌دهد بین نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنادار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پیش‌آزمون (M=۸۳/۳) بیشتر از مرحله پس‌آزمون (M=۶۰/۷) و پیگیری (M=۶۱/۸) است. همچنین بین اثر گروه‌های آزمایش اول و دوم و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه آزمایشی اول شفقت‌درمانی (M=۶۳/۲ ، Eta=۰/۲۹۸)، و گروه آزمایشی دوم EMDR (M=۶۰/۱ ، Eta=۰/۳۷۰)، بیشتر از گروه گواه (M=۸۲/۶) است. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه آزمایش و کنترل برای عدم تحمل بلاتکلیفی (F=۶۰/۳۶۴ , P<۰/۰۱ Eta,=۰/۷۴۲) در سطح ۰/۰۱ معنادار است، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران بهبودیافته از ویروس کرونا بود و نتایج به دست آمده نشان داد بین میزان اثربخشی هر دو روش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

یافته نخست پژوهش مبنی بر اثربخشی شفقت‌درمانی بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی با نتایج پژوهش ویلسون و همکاران (۲۰۱۹)، همتیان خیاط و همکاران (۲۰۲۲)، سامرز-اسپیکرمن و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران بهبودیافته از کرونا ویروس می‌توان گفت: شفقت‌درمانی موجب تسهیل تغییر هیجانی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا برده و آشفتگی‌های هیجانی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند تا بتواند بدور از نگرانی و اضطراب در خانواده و اجتماع حضور یابد. در شفقت‌درمانی، افراد روش‌ها و فنونی را می‌آموزند که با سازه‌ی موازنه تصمیمی مدل شفقت‌درمانی هماهنگ است (نف[1]، ۲۰۲۲). استفاده از عوامل فراشناختی و فنون ذهن آگاهانه در شفقت‌درمانی موجب افزایش ظرفیت‌های درونی چون تحمل کردن، انتظار کشیدن، و صبر کردن در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود، به طوری که خودشفقتی موجب کاهش نگرش منفی در مورد وقایع و رویدادها و ناتوانی در مقابله با شرایط تنش‌زا می‌شود (نف، ۲۰۲۲). عدم تحمل بلاتکلیفی ممکن است ارزیابی‌های فرد نسبت به توانایی حل مشکلاتش را تحت تأثیر قرار دهد که با تمرینات مبتنی بر خودشناسی، شناسایی عوامل تشدید کننده نگرانی، ثبت افکار ناکارآمد و پذیرش بدون قضاوت فعالیت‌های چالش برانگیز روزانه (کاروالیو[2] و همکاران، ۲۰۲۲)، روند ارزیابی بیماران بهبود یافته از خود و توانایی‌هایشان به طور صحیح و با تمرکز بیشتری انجام شد. در این مطالعه بیماران بهبود یافته توانایی بیشتری در خودشفقت‌ورزی پیدا کردند که این امر موجب شد موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشارآور و آشفته‌ساز درک نکنند و در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، از مقابله‌های کارآمدتری استفاده کنند. به طوری که گزارش می‌کردند توانایی کنار آمدن با موقعیت‌های مبهم و چالش‌های به وجود آمده در زندگی‌شان را کسب کرده‌اند و به واسطه راهبردهایی چون پذیرش وضع موجود، پرورش ذهن شفقتانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات و شرایط سخت و چالش برانگیز، توجه به گذرا بودن شرایط، از توانایی بالایی در کنترل افکار، احساسات و رفتارشان برخوردار شدند و در نتیجه در برخورد با موقعیت‌های مبهم کمتر دچار تنش و اضطراب شده و عدم تحمل بلاتکلیفی در آنها کاهش یافت.

دومین یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش آن در کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی با نتایج پژوهش اینسیناس و همکاران (۲۰۱۹)، عبدلی بیدهندی و همکاران (۱۴۰۱)، فتوت و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت: اثربخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازش آن بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران بهبودیافته از کرونا ویروس را می‌توان چنین تبیین نمود که: EMDR با تأکید بر تسهیل نمودن اثرات درمانی مکانیزم خودالتیام بخشی مغز به وسیله قطع پیوندهای قبلی و بی‌ارتباط سازی شبکه های نوروفیزیولوژیکی مربوط به خاطره مربوط داشته است. علاوه بر این به دلیل فاصله فیزیکی میان شبکه‌های کوچک از پیوندهای عصبی، موفقیت در ایجاد پیوند میان آنها به سرعت اتفاق می‌افتد. بنابراین، نتایج درمانی آن نیاز به گذشت زمان طولانی نداشته، و در مدتی محدود اتفاق می‌افتد. این موضوع خود منطبق با مدل پردازش سریع اطلاعات براساس نظریه لانگ[3] است (پری[4] و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، وقوع سریع اثرات درمانی EMDR در یافته‌های پژوهش قابل توجیه است. همچنین در EMDR بیماران تشویق می‌شوند تا جزئیات مربوط به افکار منفی توجه نمایند، و هیچ تلاشی در جهت هدایت این فرایند انجام ندهند. چنین حالتی یک وضعیت پویا و سیال را در مواجهه مجدد در مقایسه با سایر روش‌هایی مبتنی بر مواجهه، و به وسیله فراخوانی مجدد پاسخ‌های هیجانی در مقابل محرک‌های مختلف مربوط به افکار منفی، ایجاد و مورد استفاده قرار می‌دهد. چنین حالت سیال و پویایی در نهایت منجر به وقوع خاموش از نوع پاولفی در رفتارهای غیرانطباقی می‌شود (به نقل از اوتگار، ۲۰۲۱).

به طور کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو روش شفقت‌درمانی و درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپرداز آن بر عدم تحمل بلاتکلیفی بود. این روش‌های مداخله‌ای هر یک توانستند به تنهایی موجب کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی شوند. بنابراین هر یک از این آموزش‌ها در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنی‌داری را نشان داد، این در حالی بود که در مقایسه این دو روش با یکدیگر، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و می‌توان گفت هر دو روش تقریباً به یک اندازه بر عدم تحمل بلاتکلیفی مؤثر بودند.

پژوهش حاضر تهی از محدودیت نبود. اول آنکه پژوهش بر روی بیماران بهبود یافته از کرونا در شهر خرم‌آباد انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین با توجه به استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، حجم نمونه اندک و اجرای فردی مداخلات درمانی به علت اینکه پژوهش در زمان پاندمی کرونا انجام شده است، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج پژوهش باید با احتیاط انجام شود. به منظور تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش در پژوهش‌هایی مشابه در سایر جوامع آماری با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود و میزان اثربخشی مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی مشابهی در مورد اثرات روان‌شناختی باقی‌مانده بر بهبودیافتگان بیماری انجام دهند تا در طی این مطالعات طولی، ابعاد روان‌شناختی بیماری ناشی از ویروس کرونا با اطمینان

1. Neff
2. Carvalho
3. Lange
4. Perri

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

بیشتری شناسایی شود. به روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی در مراکز بهداشتی، کلینیک‌ها و ... پیشنهاد می‌شود مشاوره روان‌شناختی توسط برای بیماران بهبود یافته مورد نظر قرار گیرد.

منابع

اسدی مجره، س.، عابدینی، م.، پورشریفی، ح.، و نیکوکار، م. (۱۳۹۱). رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی. *روان‌شناسی بالینی*، ۴(۴)، ۹۱-۸۳. https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2110

آقاحسینی، ش. (۱۴۰۰). تجربه زندگی بیماران بهبود یافته مبتلا به کووید-۱۹: مطالعه پدیدارشناسی تفسیری. *حیات*، ۲۷(۴)، ۳۸۶-۳۷۴. http://hayat.tums.ac.ir/article-1-4341-fa.html

حکمتیان فرد، ص.، رجبی، س.، و حسینی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بر اضطراب سخنرانی و خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۵)، ۲۹۴-۲۶۹. http://doi.org/10.22054/qccpc.2020.49651.2309

رضایی، س.، و خانجانی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی روش مداخله حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازسازی شناختی (EMDR) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس گناه والدین کودکان با اختلال اتیسم عملکرد پایین. *خانواده پژوهی*، ۱۳(۳)، ۴۷۵-۴۶۱. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97591.html?lang=en

سرکشیکیان، م.، باباخانی، ن.، و باقری، ن. (۱۴۰۱). رابطه استرس انتظارات تحصیلی و رفتارهای خودشکن تحصیلی: نقش میانجی عدم تحمل بلاتکلیفی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۴)، ۱۸۰-۱۶۹. http://frooyesh.ir/article-1-3561-fa.html

سلیمان‌پور، م.، پیرخائفی، ع.، و زهراکار، ک. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. *علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۳)، ۹۸۷-۱۰۰۴. http://psychologicalscience.ir/article-1-1485-en.html

عبدلی بیدهندی، م.، رفیعی نیا، پ.، پورحسین، ر.، صباحی، پ.، و شاه منصوری ن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و درمان شمارش پیشرونده بر اضطراب، استرس و افسردگی بیماران عمل جراحی بای پس عروق کرونر. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۳)، ۶۵-۷۶. http://frooyesh.ir/article-1-2528-en.html

فتوت، ن.، مرادی بگلوئی، م.، سلیمانی، م.، و مافی، م. (۱۴۰۰). بررسی تاثیر حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *کومش*، ۲۳(۲)، ۱۹۱-۱۸۳. http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-6003-en.html

گیلبرت ، پ. (۱۳۹۷). *درمان متمرکز بر شفقت*. ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی. تهران: ابن سینا.

همتیان خیاط، د.، نجات، ح.، ثمری، ع.، و ارمز، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و شفقت درمانی بر اضطراب، تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در بازماندگان بیماری کووید- ۱۹. *علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۴)، ۱۶۸-۱۶۰. http://rjms.iums.ac.ir/article-1-7526-en.html

Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of anxiety disorders*, 71, 102211. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211

Auren, T.J.B., Klæth, J.R., Jensen, A.G., & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2128048. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048

Baerg, L., & Bruchmann, K. (2022). COVID-19 information overload: Intolerance of uncertainty moderates the relationship between frequency of internet searching and fear of COVID-19. *Acta psychologica*, 224, 103534. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103534

Bavolar, J., Kacmar, P., Hricova, M., Schrötter, J., Kovacova-Holevova, B., Köverova, M., & Raczova, B. (2021). Intolerance of uncertainty and reactions to the COVID-19 pandemic. *The Journal of general psychology*, 1-28. https://doi.org/10.1080/00221309.2021.1922346

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, *40*(8), 931-945. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4

Bottesi, G., Marino, C., Vieno, A., Ghisi, M., & Spada, M. M. (2021). Psychological distress in the context of the COVID-19 pandemic: The joint contribution of intolerance of uncertainty and cyberchondria. *Psychology & Health*, 37, 1396-1413. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1952584

Bluth, K., & Blanton, P.W. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The journal of positive psychology*, 10(3), 219-230. https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936967

Bredemeier, K., Church, L. D., Bounoua, N., Feler, B., & Spielberg, J. M. (2022). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, and health anxiety during the COVID-19 pandemic: Exploring temporal relationships using cross-lag analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 102660. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102660

Carvalho, S. A., Skvarc, D., Barbosa, R., Tavares, T., Santos, D., & Trindade, I. A. (2022). A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 524-541.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]

Del-Valle, M. V., López-Morales, H., Andrés, M. L., Yerro-Avincetto, M., Trudo, R. G., Urquijo, S., & Canet-Juric, L. (2022). Intolerance of COVID-19-related uncertainty and depressive and anxiety symptoms during the pandemic: A longitudinal study in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102531. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102531

Encinas, M., Osorio, A., Jarero, I., & Givaudan, M. (2019). Randomized Controlled Clinical Trial on the Provision of the EMDR-PRECI to Family Caregivers of Patients with Autism Spectrum Disorder. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 11(1), 1-8. http://doi.org/10.19080/PBSIJ.2019.11.555802

Evans, R.A., McAuley, H., Harrison, E.M., Shikotra, A., Singapuri, A., Singapuri, A., Sereno, M., Elneima, O., Docherty, A.B., Lone, N., Leavy, O., Daines, L., Baillie, K., Brown, J., Chalder, T., De Soyza, A., Diar Bakerly, N., Easom, N., Geddes, J., Greening, N., Hart, N. & Zongo, O. (2021). Physical, cognitive, and mental health impacts of COVID -19 after hospitalisation (PHOSP -COVID): a UK multicentre, prospective cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(11), 1275 -87. http://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00383–0.

Freeston, M., Rhe´aume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?, *Personality & Individual Differences*, 17, 791–802. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5

Fernández-de-Las-Peñas, C., Pellicer-Valero, O.J., Navarro-Pardo, E., Rodríguez-Jiménez, J., Martín-Guerrero, J.D., Cigarán -Méndez, M. (2021). The number of symptoms at the acute COVID -19 phase is associated with anxiety and depressive long -term post -COVID symptoms: A multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 150,110625. http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110625

Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Gu, X., Kang, L., Guo, L., Liu, M., Zhou, X., Luo, J., Huang, Z., Yu, S., Zhao, Y., Chen, L., Xu, D., Li, Y., Li, C., Peng, L., Li, Y., Cao, B. (2021). 6 -month consequences of COVID -19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397(10270): 220 -32. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8

Kayaaslan, B., Eser, F., Kalem, A.K., Kaya, G., Kaplan, B., Kacar, D., Hasanoglu, I., Coskun, B., Guner, R. (2021). Post-COVID syndrome: A single-center questionnaire study on 1007 participants recovered from COVID-19. *Journal of Medical Virology*, 93(12), 6566-74.

Krieger, T., Reber, F., Von Glutz, B., Urech, A., Moser, T., Schulz, A., & Berger, T. (2019). An internet -based compassion -focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 50(2), 430-445. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.003

Lack, S., Brown, R., & Kinser, P.A. (2020). An integrative review of yoga and mindfulness-based approaches for children and adolescents with asthma. *Journal of pediatric nursing*, 52, 76-81. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.006

Neff, K. D. (2022). Self-Compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, *74*.

Otgaar, H., Houben, S.T., Rassin, E., & Merckelbach, H. (2021). Memory and eye movement desensitization and reprocessing therapy: a potentially risky combination in the courtroom. *Memory*, 29(9), 1254-1262. https://doi.org/10.1080/09658211.2021.1966043

Perri, R. L., Castelli, P., La Rosa, C., Zucchi, T., & Onofri, A. (2021). COVID-19, isolation, quarantine: on the efficacy of internet-based eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and cognitive-behavioral therapy (CBT) for ongoing trauma. *Brain Sciences*, *11*(5), 579. https://doi.org/10.3390/brainsci11050579

Scordo, K.A., Richmond, M.M., & Munro, N. (2021). Post–COVID -19 Syndrome: Theoretical Basis, Identification, and Management. *AACN Advanced Critical Care*, 32(2),188 -94. http://doi.org/10.4037/aacnacc2021492

Shapiro, F. E. (2002). EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. (pp. vii-444). American Psychological Association.

Sommers-Spijkerman, M.P.J., Trompetter, H.R., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2018). Compassion -focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 101–115. https://doi.org/10.1037/ccp0000268

Thoresen, I. H., Auren, T. J. B., Langvik, E. O., Engesæth, C., Jensen, A. G., & Klæth, J. R. (2022). Intensive outpatient treatment for post-traumatic stress disorder: a thematic analysis of patient experience. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2043639. https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2043639

Tull, M. T., Barbano, A. C., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 75, 102290. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102290

Wilson, A.C., Mackintosh, K., Power, K., & Cha, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6

Wu, X. (2021). The effectiveness of Compassion-Focused Group therapy on Perceived Stress in the Covid-19 Epidemic among the Academic women. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 30(2), 633. https://doi.org/10.24205/03276716.2020.4066

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.16.2]