MEJDS. 2022; 12:235.

Published online 2023 Mar. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Compassion-Based Therapy on State-Trait Anxiety Symptoms and Impulsivity in Patients with Coronary Heart Disease

Rafieian S[1], *Ashayeri H[2], Babapour J[3]

Author Address
1. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Professor of Speech Therapy, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
***Corresponding Author Email:** ashayerih.neuroscientist@yahoo.com

Received: 2020 August 29; **Accepted:** 2020 September 29

Abstract

Background & Objectives: One of the components affected by coronary heart disease is trait anxiety. State anxiety is associated with the arousal of the autonomic nervous system and is also dependent on specific situations. In contrast, trait anxiety is a stable personality trait related to individuals' readiness and desire to experience anxiety. One of the symptoms that may increase under the influence of disease is the impulsivity of people with coronary heart disease. Impulsivity is defined as an immediate action, lack of focus on the activity at hand, and lack of planning and thinking, as well as being prepared and part of a pattern of behavior and not a single action. It is necessary to help people with coronary artery diseases to know the factors affecting state–trait anxiety and impulsivity. This study aimed to determine the effectiveness of compassion–based therapy on state–trait anxiety and impulsivity symptoms in patients with coronary heart disease.

Methods: The present study was applied research and, in terms of method, quasi–experimental with a pretest–posttest and follow–up design with a control group. The study's statistical population included all patients with confirmed heart diseases hospitalized in Tabriz Madani Cardiovascular Hospital in the internal ward of heart diseases (men and women) between January and March 2017. The study sample included 40 patients with cardiovascular diseases selected by purposive sampling and randomly divided into two groups (self–compassion therapy, 20 patients) and a control group (20 patients). The required number of samples was calculated based on similar studies, considering the effect size of 0.40, confidence level of 0.95, test power of 0.80, and the rate of drop of 10% for each group. The inclusion criteria were as follows: aged 30 to 60 years, sufficient literacy, ability to listen normally, and conscious consent to attend treatment sessions. The exclusion criteria were as follows: the presence of mental disorders requiring immediate treatment, disruption of the normal treatment process, lack of cooperation, and severe physical disability. Data in the pretest, posttest, and follow–up phases in the two groups were obtained using the Impulsivity Scale (Barrat, 1994) and State–Trait Anxiety Inventory–Revised (Spielberger & Vagg, 1984). Compassion–based therapy was implemented in twelve 60–minute sessions once a week for three months based on Gilbert's training package (2009). No intervention was implemented for the control group. After six months, the follow–up test was performed again for both groups. In the descriptive statistics, central and dispersion indicators such as mean and standard deviation were used. In the inferential statistics, the Chi–square test, analysis of variance with repeated measurements, and Bonferroni's post hoc test were calculated using SPSS version 22 software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The variance analysis of the impulsivity variable was significant for the effects of group, time, and time*group ($p<0.001$). The variance analysis of the state–trait anxiety symptom was significant for the effects of group, time, and time*group ($p<0.001$). The results showed that the impulsivity variable scores in the experimental group in the posttest were significantly lower than those in the pretest ($p<0.001$). The results revealed that impulsivity in the follow–up phase was significantly different from the pretest ($p<0.001$). Also, a significant difference was observed between the posttest and follow–up ($p<0.001$). In addition, the results showed that the variable scores of state–trait anxiety symptoms in the experimental group and in the posttest stage were significantly lower than those in the pretest ($p<0.001$). Trait–state anxiety symptoms in the follow–up phase differed significantly from the pretest ($p<0.001$). Also, a significant difference was observed between the two stages of posttest and follow–up ($p<0.001$). Therefore, the effectiveness of compassion–based therapy was sustained in the follow–up phase for both state–trait anxiety symptoms and impulsivity.

Conclusion: Based on the findings of this study, self–compassion therapy is effective in state–trait anxiety and impulsivity symptoms in patients with coronary heart disease. Self–compassion therapy can improve state–trait anxiety and impulsivity symptoms in patients with coronary heart disease.

Keywords: Compassion–Based therapy, Anxiety, Impulsivity, Heart disease.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۳۵.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب

سولماز رفیعیان[۱]، *حسن عشایری[۲]، جلیل باباپور[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیرۀ کیش، ایران؛

۲. استاد گفتاردرمانی، دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

***رایانامۀ نویسندۀ مسئول:** ashayerih.neuroscientist@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۸ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمۀ کمک به افراد مبتلا به عروق کرونر قلب، شناخت عوامل مؤثر بر اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری این افراد است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب بود.

روش‌بررسی: این پژوهش، مطالعه‌ای کاربردی و از نظر روش تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعۀ آماری این پژوهش را تمامی بیماران قلبی‌عروقی بستری در بیمارستان قلب و عروق مدنی تبریز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها تعداد چهل نفر داوطلب مشارکت در پژوهش به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه بیست‌نفره (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تکانشگری (بارت، ۱۹۹۴) و فرم تجدیدنظرشدۀ سیاههٔ اضطراب حالت‌ـ صفت (اشپیلبرگر و واگ، ۱۹۸۴) به‌دست آمد. گروه مداخله براساس بستۀ آموزشی گیلبرت (۲۰۰۹) در دوازده جلسۀ شصت‌دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار آموزش دریافت کرد؛ اما گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های خی‌دو و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخۀ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب در گروه آزمایش مؤثر بود ($p<$۰/۰۰۱). در نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشگری تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ($p<$۰/۰۰۱) که ماندگاری اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت در مرحلۀ پیگیری برای هر دو متغیر مذکور را نشان داد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب مؤثر است. می‌توان از درمان مبتنی‌بر شفقت برای بهبود نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر شفقت، اضطراب، تکانشوری، بیماری قلبی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخۀ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

۱ مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی (CVDs)[1] و عمدتاً بیماری ایسکمیک قلبی (IHD) و سکته مغزی، علت اصلی مرگ‌ومیر جهانی و یکی از عوامل اصلی ناتوانی هستند. . موارد شایع کل CVD از ۲۷۱ میلیون در سال ۱۹۹۰ به ۵۲۳ میلیون در سال ۲۰۱۹ تقریباً دو برابر شد و تعداد مرگ‌ومیرهای CVD به‌طور پیوسته افزایش یافت؛ به‌طوری‌که از ۱۲/۱ میلیون در سال ۱۹۹۰، به ۱۸/۶ میلیون در سال ۲۰۱۹ رسید (۱). در ایجاد بیماری‌های قلبی‌عروقی، عوامل زیادی ازجمله فشارخون زیاد، چربی خون زیاد، اضافه‌وزن و چاقی، دیابت، فعالیت فیزیکی ناکافی، رژیم غذایی نامناسب، شاخص‌های التهابی و انعقادی، مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری و عوامل خطر کنترل‌نشدنی مانند سن، جنسیت و سابقهٔ خانوادگی دخالت دارند. استعمال دخانیات خطر ابتلا به بیماری شریان کرونر را ۸۰درصد افزایش می‌دهد (۲).

ازجمله مؤلفه‌های متأثر از بیماری عروق کرونر قلب، اضطراب حالت‌ـ‌صفت[2] است (۳). اضطراب حالت با برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار همراه است؛ همچنین وابسته به موقعیت‌های خاص است؛ درحالی‌که اضطراب صفت ویژگی پایدار شخصیتی است که به آمادگی و تمایل افراد به تجربهٔ اضطراب مربوط می‌شود (۴). پژوهش‌های مختلفی دربارهٔ ارتباط اضطراب حالت‌ـ‌صفت با سوگیری توجه وجود دارد. برخی از این پژوهش‌ها هر دو نوع اضطراب حالت‌ـ‌صفت را دخیل در سوگیری توجه دانسته‌اند؛ ولی برخی دیگر به‌طور خاص اضطراب حالت را در سوگیری توجه دخیل می‌دانند. پژوهش‌های دستهٔ سومی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد اضطراب صفت باعث سوگیری توجه می‌شود (۵).

یکی از مؤلفه‌هایی که امکان دارد تحت‌تأثیر بیمارشدن افزایش یابد، تکانشگری افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی است. تکانشگری اقدام آنی[3] به عمل، نبود تمرکز بر فعالیت در دست اقدام و فقدان برنامه‌ریزی و تفکر و همچنین به‌عنوان پیش‌آمادگی[4] و بخشی از الگویی رفتاری و نه اقدامی منفرد تعریف شده است (۶). افراد تکانشگر بدون درنظرگرفتن اثرات فعالیت خود دست به اقدام عاجل می‌زنند. این افراد در مهار پاسخ خود مشکل دارند و پاداش آنی را به پیامد تأخیری ترجیح می‌دهند. همچنین تکانشگری با سبک پردازش اطلاعات رابطه دارد. برگن‌ـ‌چیکو و چئون معتقدند افراد تکانشگر سبک پردازش اطلاعات سریعی دارند و در بازداری پاسخ با مشکل مواجه هستند. علاوه‌براین، تکانشگری ممکن است مانعی بر سر راه یادگیری در سال‌های نخستین تحول باشد (۷).

به‌منظور بهبود اضطراب حالت‌ـ‌صفت و تکانشوری[5] بیماران عروق کرونر قلب راهکارهای بسیاری وجود دارد. یکی از این راهکارها درمان مبتنی‌بر شفقت به خود[6] است. شیوهٔ مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر شفقت به خود به این صورت می‌تواند بر بیماران تأثیرگذار باشد که این درمان براساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است؛ همچنین بر چهار حوزهٔ تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده و غیرعمدی، متمرکز است (۸،۹). شفقت مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت‌تأثیر قرار گیرد. در این درمان ازطریق ایجاد یا افزایش رابطه‌ای شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش‌کردن، محکوم‌کردن یا خودانتقادی کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج درمان شفقت به خود، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی‌کردن، قضاوت‌نکردن و مقصرنشمردن دیگران، تحمل یا تاب‌آوری، آشفتگی و درد و رنج ازطریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس‌کردن شفقت‌آمیز است (۱۰). اثربخشی درمان شفقت به خود در برخی از پژوهش‌های آزمایشی بررسی شده است (۱۱،۱۲)؛ همچنین تأثیرات این نوع درمان بر کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه و عزت‌نفس (۱۳)، کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (۱۴)، درمان افسردگی (۱۵)، بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب (۱۶)، کاهش نشانه‌ها و علائم متداول اضطراب، استرس و افسردگی (۱۷) و در ارتقای بهبود هیجانی (۱۸) گروه‌های مختلفی نشان داده شده است؛ ولی مطالعه‌ای که اثربخشی درمان شفقت به خود را بر افراد مبتلا به عروق کرونر قلب بررسی کرده باشد، مشاهده نشد. نتایج پژوهش بلاث و همکاران حاکی از اثربخشی مداخلهٔ ذهن‌آگاهی در نوجوانان و نقش احتمالی خودشفقتی در کاهش استرس بود (۱۲).

ضرورت پژوهش حاضر از آن حیث است که عوامل متعددی نظیر حالات اضطرابی، افسردگی، استرس‌های اجتماعی، تعارض و رفتار خصمانه و سبک زندگی باعث ایجاد نابهنجاری‌های کرونری، بی‌نظمی‌های بدخیم ضربان قلب و درنتیجه ناتوانی قلب می‌شود. باتوجه به تحقیقات مشخص شده است که بیماران قلبی ترس از شکست زیادی دارند و به‌طور متناوب از خویش انتقاد می‌کنند. به همین دلیل در مواجهه با مشکلات و استرس‌های روزمره دچار تشویش اذهان شده و آشفته می‌شوند؛ چراکه اضطراب و تکانشوری اثراتی به‌مراتب بیشتر از خود بیماری بر فرد وارد می‌سازد (۱۱). از طرف دیگر افراد دچار اضطراب درمقایسه با افراد معمولی ارزیابی‌ها و انتقادات بیشتری از خود می‌کنند که همین باعث تکانشوری آن‌ها می‌شود؛ ازاین‌رو افراد مذکور بیشتر درگیر مشکلات و مسائل جسمی و روانی و به‌خصوص بیماری‌های قلبی می‌شوند؛ ازاین‌رو مداخله‌هایی که هدفشان تحت‌تأثیر قراردادن فرایندهای ذهنی است، می‌توانند گام مهمی در ایجاد مهارت‌ها و توانایی‌های مربوط به کنارآمدن و پذیرش مسائل و مشکلات باشند. از درمان‌های مهم‌تر، درمان مبتنی‌بر شفقت است؛ بنابراین ازآنجاکه بیماران قلبی، درمقایسه با افراد عادی اضطراب و تکانشوری بیشتری دارند، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر نشانگان اضطراب حالت‌ـ‌صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب بود.

---

1. Cardiovascular diseases
2. State-trait anxiety
3. Immediate
4. Predisposition
5. Impulsivity
6. Compassion Focused Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کاربردی و از نظر روش تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی تشکیل دادند که بین ماه‌های دی تا اسفند ۱۳۹۸ در بیمارستان قلب و عروق مدنی تبریز در بخش داخلی قلب (مردان و زنان) بستری بودند و بیماری قلبی آن‌ها توسط متخصص قلب محرز شد. نمونهٔ این پژوهش شامل چهل نفر از بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی بود که به‌روش نمونه‌گیری داوطلبانه و هدف‌مند انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه شفقت به خود (بیست نفر) و گروه گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه بیست نفر محاسبه شد (۱۴). معیارهای ورود بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی به پژوهش عبارت بود از: دامنهٔ سنی ۳۰تا۶۰ سال؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ توانایی گوش‌کردن عادی؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی. معیارهای خروج بیماران از پژوهش شامل وجود اختلالات روانی نیازمند درمان‌های فوری (براساس مصاحبهٔ بالینی توسط روان‌شناس)، ایجاد اختلال در روند طبیعی درمان، همکاری‌نکردن و ناتوانی جسمی شدید بود. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس تکانشگری[1]: مقیاس تکانشگری توسط بارت در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۱۹). این مقیاس سی گویه دارد و سه خرده‌مقیاس تکانشگری شناختی (سیزده گویه)، تکانشگری حرکتی (ده گویه) و بی‌برنامگی (هفت گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی به هر گویه براساس مقیاسی چهاردرجه‌ای (هرگز=یک/تقریباً همیشه=چهار) پاسخ می‌دهد و نمرهٔ هر فرد براساس نمرهٔ سه خرده‌مقیاس و یک نمرهٔ کل محاسبه می‌شود. دامنهٔ نمرات فرد در این مقیاس بین ۳۰تا۱۲۰ است. نمرات بیشتر به‌معنای تکانشگری بیشتر در فرد است (۱۹). در پژوهش بارت، پایایی کل پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی تحلیل شد که به‌ترتیب مقادیر آن ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به‌دست آمد (۱۹). در پژوهش براتی و همکاران، پایایی این پرسشنامه به‌روش تصنیف ۰/۶۰ و همسانی درونی ۰/۷۲ گزارش شد (۲۰).

جدول ۱. شرح جلسات برنامهٔ آموزشی شفقت خود

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط اولیه با افراد گروه آزمایش، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین وارسی بدنی (آگاهی جزبه‌جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارائهٔ تکلیف خانگی صورت گرفت.
دوم	در این جلسه به افراد آموزش داده شد وقتی با حس‌های ناراحت‌کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می‌شوند، با استفاده از وارسی بدنی با آن‌ها روبه‌رو شوند. همچنین آموزش پنج مهارت دانش‌افزایی (آگاهی از خود، آگاهی از دیگران، آگاهی از محیط، آگاهی از توانایی‌های فردی و آگاهی از افکار)
سوم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، آگاهی از رابطهٔ بین خلق، افکار، احساسات و وقایع با اجرای تنفس سه‌دقیقه‌ای، سپس تعریف اینکه همدردی چیست، وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم، بیان شد.
چهارم	تمرین و مرور جلسات قبل و تمرین تنفس انجام شد. درواقع تنفس به‌عنوان وسیله‌ای برای مراقبه محسوب می‌شود. تعریف اینکه همدلی چیست، وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می‌کنند چه می‌کنند، وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم و ذهن دربارهٔ تنفس و بدن (تمرین بهشیاری)، بیان شد.
پنجم و ششم	برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری یعنی چه و انسانیت‌زدایی در روابط یعنی چه؟ دو تا از خطاهای تفسیری و انسانیت‌زدایی خودتان و دوستانتان را نام ببرید. چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ همچنین در این جلسات در بارهٔ مشکلات حاضر و پذیرش بدون قضاوت و شناسایی افکار خودآیند منفی آموزش داده شد.
هفتم	خطاهای تفسیری کدام است؟ هریک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ در پایان، آموزش در زمینهٔ تحریف‌های شناختی، پیامدها و روش‌های مقابله با آن ارائه شد.
هشتم و نهم	این جلسات دربارهٔ راهبردهای ایمنی و رفتارهای سلطه‌پذیر و رابطهٔ راهبردهای ایمنی با خودانتقادی (به چالش طلبیدن بیمار ازطریق گفت‌وگوی سقراطی) و ارائهٔ تکلیف خانگی بود.
دهم تا دوازدهم	در این جلسات از افراد خواسته شد همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، دربارهٔ حمله به خود صحبت کنند و نحوهٔ ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائهٔ مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک‌هفته پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد.

ـ فرم تجدیدنظرشدهٔ سیاههٔ اضطراب حالت‌ـ‌صفت[2]: نخستین فرم پرسشنامهٔ حالت‌ـ‌صفت (آشکار و پنهان) اضطراب در سال ۱۹۷۰ توسط اشپیلبرگر و همکاران ارائه شد و در سال ۱۹۸۴ مجدد توسط اشپیلبرگر و واگ تجدیدنظر شد (۲۱). فرم تجدیدنظرشدهٔ سیاههٔ اضطراب حالت‌ـ‌صفت چهل سؤال دارد. از سؤال ۱تا۲۰ اضطراب حالت (آشکار) با چهار گزینه (به‌هیچ‌وجه=۱، گاهی=۲، عموماً=۳، خیلی زیاد=۴) و از سؤال ۲۱تا۴۰ اضطراب صفت با چهار گزینه (تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، بیشتر اوقات=۳، تقریباً همیشه=۴)

[1]. Impulsivity Scale

[2]. State-Trait Anxiety Inventory-Revised

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

را شامل می‌شود. نمره‌گذاری این سؤالات در قالب طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای صورت می‌گیرد. دامنهٔ نمرات فرد در این مقیاس بین ۴۰تا۱۶۰ است. نمرات بیشتر به‌معنای اضطراب حالت‌ـ‌صفت بیشتر در فرد است (۲۱). همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار تایلر[1] از ۰/۷۹تا۰/۸۳ و همبستگی بین صفت اضطراب با فهرست صفات عاطفه از ۰/۵۲ تا۰/۵۸ گزارش شد (۲۱). در پژوهش عبدلی و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس حالت ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس صفت ۰/۸۸ به‌دست آمد (۲۲). در پژوهش حاضر از فرم تجدیدنظرشدهٔ سیاههٔ اضطراب حالت‌ـ‌صفت استفاده شده است.

درمان مبتنی‌بر شفقت در دوازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به‌مدت سه ماه براساس بستهٔ آموزشی گیلبرت که در سال ۲۰۰۹ ارائه کرد، اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی زیادی برخوردار است (۲۳). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط دو تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش (با حداقل ده سال تجربهٔ کار بالینی و دارای مدرک دکتری روان‌شناسی) تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای اجرا نشد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر شفقت ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: ۱. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ ۲. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ ۳. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. گزینش نمونهٔ این پژوهش به این طریق بود که به بیماران واجد شرایط بستری‌شده در بیمارستان و مراکز درمانی، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوهٔ اجرای درمان داده شد. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به‌مدت دوازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای، به‌صورت هفتگی درمان شفقت به خود را دریافت کردند؛ اما برای بیماران گروه گواه در این مدت تنها مراقبت‌های معمول پزشکی ارائه شد. بیماران هر دو گروه نیز در ابتدای ورود به مطالعه و بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. پس از شش ماه مجدد آزمون پیگیری اجرا شد.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. برای مقایسهٔ دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات) آزمون خی‌دو به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ اجرا شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

نتایج مربوط به توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش برای تمامی متغیرهای مطالعه‌شده در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	سطح متغیر	درمان مبتنی‌بر شفقت	گواه	مقدار احتمال
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	زن	۹ (۴۵)	۱۰ (۵۰)	۰/۲۹۴
	مرد	۱۱ (۵۵)	۱۰ (۵۰)	
تأهل	مجرد (مطلقه یا بیوه)	۳ (۱۵)	۴ (۲۰)	۰/۴۸۱
	متأهل	۱۷ (۸۵)	۱۶ (۸۰)	
گروه سنی	۳۱تا۴۰ سال	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)	۰/۵۶۵
	۴۱تا۵۰ سال	۱۰ (۵۰)	۱۰(۵۰)	
	۵۱تا۶۰ سال	۴ (۲۰)	۵ (۲۵)	
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۱ (۵۵)	۹ (۴۵)	۰/۰۹۳
	فوق‌دیپلم	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)	
	کارشناسی	۳ (۱۵)	۶ (۳۰)	
	کارشناسی‌ارشد و بیشتر	۲ (۱۰)	۲ (۱۰)	

باتوجه به نتایج جدول ۲، گروه‌های درمان مبتنی‌بر شفقت و گواه از نظر متغیرهای جنسیت (p=۰/۲۹۴)، تأهل (p=۰/۴۸۱)، سن (p=۰/۵۶۵) و تحصیلات (p=۰/۰۹۳) به‌لحاظ آماری تفاوت معناداری باهم نداشتند.

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات تکانشگری و نشانگان اضطراب حالت‌ـ‌صفت در گروه درمان مبتنی‌بر شفقت در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش یافت. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به‌منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های

[1]. Taylor's Manifest Anxiety Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

ام‌باکس، کرویت موچلی و لون بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس رد نشد (p>۰/۰۵). همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود (p>۰/۰۵). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد (p<۰/۰۰۱)؛ ازاین‌رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر با ۰/۵۷ (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش درمان مبتنی‌بر شفقت بر تکانشگری و اضطراب صفت و حالت در دو گروه درمان مبتنی‌بر شفقت و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد. این امر بیانگر آن بود که میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری داشت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های درمان مبتنی‌بر شفقت و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تکانشگری	درمان مبتنی‌بر شفقت	۵۸/۳۵	۵/۷۶	۵۴/۵۰	۶/۰۸	۵۴/۱۰	۵/۹۴
	گواه	۵۸/۱۵	۶/۶۸	۵۷/۷۵	۷/۱۸	۵۷/۶۵	۷/۲۷
نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت	درمان مبتنی‌بر شفقت	۶۳/۶۵	۲/۶۸	۵۹/۹۰	۳/۰۰	۵۹/۵۰	۲/۶۲
	گواه	۶۳/۹۰	۲/۱۲	۶۳/۷۰	۲/۳۴	۶۳/۹۰	۲/۱۲

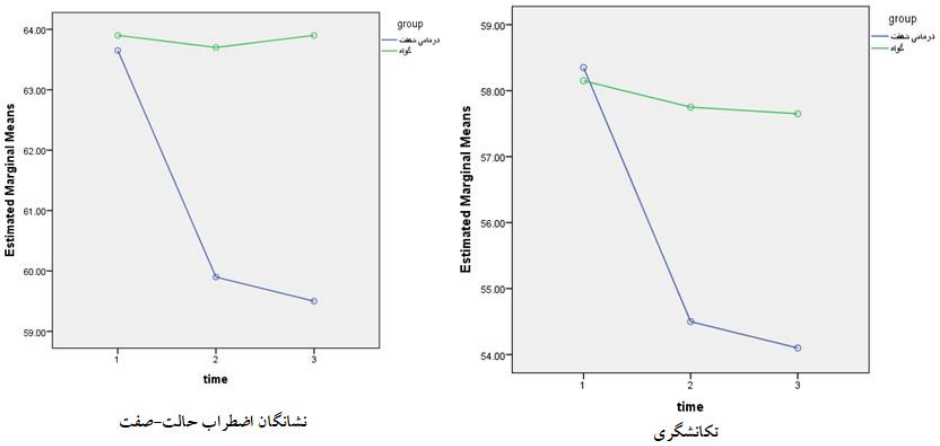
جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر تکانشگری و نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
تکانشگری	درون‌گروهی	زمان	۱۳۶/۲۵	۱/۳۸	۹۸/۱۹	۲۰۲/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
		زمان*گروه	۸۶/۸۵	۱/۳۸	۶۲/۵۹	۱۲۹/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۷
		خطا	۲۵/۵۶	۵۲/۷۲	۰/۴۸			
	بین‌گروهی	گروه	۱۴۵/۲۰	۱	۱۴۵/۲۰	۹/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۸
		خطا	۴۸۱۴/۶۳	۳۸	۱۲۶/۷۰			
نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت	درون‌گروهی	زمان	۱۰۹/۵۵	۱/۵۰	۷۲/۷۲	۷۱۳/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۴
		زمان*گروه	۱۰۰/۶۱	۱/۱۰	۶۶/۷۹	۶۵۵/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۴
		خطا	۵/۸۳	۵۷/۲۴	۰/۱۰			
	بین‌گروهی	گروه	۲۳۸/۰۰	۱	۲۳۸/۰۰	۱۲/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
		خطا	۷۰۹/۳۱	۳۸	۱۸/۶۶			

باتوجه به نتایج جدول ۴، تحلیل واریانس متغیر تکانشگری برای اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی برای تکانشگری، ۰/۳۸ بود. همچنین اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر مقابل زمان و گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار به‌دست آمد و اندازهٔ اثر آن‌ها به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۷ بود. تحلیل واریانس متغیر نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت برای اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی برای نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت، ۰/۲۵ بود. همچنین اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر مقابل زمان و گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار و اندازهٔ اثر آن‌ها ۰/۹۴ به‌دست آمد. این نتایج به آن معنا بود که هر دو متغیر تکانشگری و نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت بین گروه‌های آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری دارند که حاکی‌از تأثیر مداخله بود. برای بررسی تفاوت در هریک از زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
تکانشگری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۱۲	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۳۷	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۲۵	۱/۱۸	<۰/۰۰۱
نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۷	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۰۷	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۱۰	۰/۵۳	<۰/۰۰۱



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشانگان اضطراب حالت_صفت و تکانشگری در گروه‌های آزمایش و گواه

نتایج جدول ۵ و نمودار ۱ نشان داد، نمرات متغیر تکانشگری در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌طور معناداری کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مشخص کرد که تکانشگری در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). به‌علاوه نتایج نشان داد، نمرات متغیر نشانگان اضطراب حالت_صفت در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌طور معناداری کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). نشانگان اضطراب حالت_صفت در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). میانگین هر دو متغیر نشانگان اضطراب حالت_صفت و تکانشگری در مرحلهٔ پیگیری کاهش یافت؛ بنابراین، اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت در مرحلهٔ پیگیری برای هر دو متغیر نشانگان اضطراب حالت_صفت و تکانشگری ماندگار بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود بر نشانگان اضطراب حالت_صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب بود. یافته‌ها نشان داد، درمان شفقت به خود بر کاهش نشانگان اضطراب حالت_صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب تأثیر داشت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش بلاث و همکاران مبنی‌بر اثربخشی مداخلهٔ ذهن‌آگاهی بر نوجوانان و نقش احتمالی خودشفقتی در کاهش استرس (۱۴) و پژوهش اسکینتا و همکاران مبنی‌بر پذیرش و گروه‌درمانی خودشفقتی بر کاهش ننگ HIV (۲۴) همسوست.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر نشانگان اضطراب حالت_صفت در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب می‌توان گفت، وجود نگرش مشفقانه در افراد به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به‌واسطهٔ این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند؛ بنابراین افراد دارای شفقت به خود بیشتر، در تجربهٔ وقایع ناخوشایند خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسهٔ اجتماعی است، با درنظرگرفتن اینکه انسان امکان دارد خطا کند و همهٔ انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفهٔ اشتراکات انسانی). مؤلفهٔ ذهن‌آگاهی شفقت به خود، به فرد کمک می‌کند از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری به‌عنوان خصیصهٔ محوری اضطراب حالت_صفت پیشگیری کند؛ همچنین بخش عمده‌ای از اضطراب حالت_صفت که افراد تجربه می‌کنند، ناشی‌از نشخوارهای فکری است که به‌دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود؛ ازاین‌رو می‌توان گفت مؤلفهٔ ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد موجب کاهش اضطراب حالت_صفت در آن‌ها می‌شود (۱۱).

درواقع شفقت به خود مانند ضربه‌گیری درمقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افراد دارای شفقت به خودِ بیشتر، ازآنجاکه با سخت‌گیری کمتر خودشان را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایهٔ عملکرد واقعی‌شان است؛ چراکه قضاوت خود در این افراد نه به‌سمت خودانتقادی اغراق‌آمیزی میل می‌کند و نه به‌سمت تورمی خوددفاعی (۱۳). شفقت به خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به‌یادآوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح کمتر عواطف منفی در ارتباط است و منجربه تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افراد دارای شفقت به خود زیاد، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه هستند، در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و درنتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس دارند (۹).

همچنین در تبیین درمان مبتنی‌بر شفقت بر تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب می‌توان گفت، اصول پایه در درمان مبتنی‌بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند؛ در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. با آموزش سیستم‌های شفقت به خود که باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی می‌شوند می‌توان سیستم تهدید را خنثی کرد و سیستم مراقبت را فعال نمود. سیستم تهدید مربوط به

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

احساساتی مانند ناامنی، دفاع و تحریکات اتوماتیک است و سیستم مراقبت به احساساتی مانند امنیت، دل‌بستگی و سیستم اکسی‌توسین مربوط می‌شود. در کنترل و کاهش خشم و تکانشگری شرکت‌کنندگان در درمان تلاش شد با آگاه‌ساختن افراد از این سیستم، تکانشوری آن‌ها به میزان درخورتوجهی کاهش داده شود (۱۱). همچنین با انجام تمرینات، قدرت کنترل خشم شرکت‌کنندگان بسیار افزایش یافت. ازآنجاکه شفقت به خود نیازمند آگاهی هشیار از هیجان‌های خود است، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود؛ بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند. در انجام این درمان سعی شد با آموزش شفقت به خود و توانایی‌هایی چون پذیرش احساسات منفی و جایگزین‌نکردن احساسات مثبت در افراد، خوش‌بینی و ابتکارات فردی، به شرکت‌کنندگان در درمان از بیش‌حساسیتی آن‌ها به‌خصوص در روابط بین‌فردی‌شان کاسته شود (۱۰). باکمک به آن‌ها برای تغییر تفاسیرشان از توانایی‌های خود در ارتباط با دیگران و شناخت بیشتر خود و روابطی که با آن مواجه خواهند شد، سعی شد تا درک درست‌تری از روابط بین‌فردی به آن‌ها داده شود. همین‌طور می‌توان گفت، شفقت به خود می‌تواند با ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول خود، صبر و بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و نیز یادآوری این نکته به شخص که ناملایمت و بدبیاری برای همگان اتفاق می‌افتد، از اثرات منفی آن‌ها پیشگیری کند و به‌عنوان سپری دفاعی دربرابر افسردگی و خشم قرار گیرد (۱۴).

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، این پژوهش تنها بر جمعیت بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب شهر تبریز صورت گرفت؛ ازاین‌رو در تعمیم نتایج به سایر مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونهٔ دیگر نیز انجام پذیرد و نتایج آن ارزیابی و با نتایج این پژوهش مقایسه شود؛ همچنین در سایر شهرها صورت گیرد و نتایج آن ارزیابی شود و این پژوهش پس از آموزش گروهی به‌صورت مشاورهٔ فردی پیگیری شود. ارائهٔ آموزش‌های گروهی درمان مبتنی‌بر شفقت و استفاده از کارگاه‌های آموزشی، بروشور، بسته‌های آموزشی، اطلاع‌رسانی، ازطریق رسانه‌ها، خدمات مشاورهای رایگان و آگاهی‌دادن به آحاد جامعه و بیماران قلبی در زمینهٔ اضطراب و درمان‌های غیردارویی می‌تواند کمک شایان توجهی درجهت کاهش مشکلات بیماران قلبی‌عروقی باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در سطح گسترده‌تر با درنظرگرفتن متغیرهای اقتصادی‌ـ اجتماعی و سبک زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب مؤثر است. می‌توان از درمان مبتنی‌بر شفقت برای بهبود نشانگان اضطراب حالت‌ـ صفت و تکانشوری در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در رشتهٔ روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش با کد ۹۵۸۶۷۸۷ است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان قلب و عروق مدنی تبریز با شماره نامهٔ ۸۷ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن در گوگل درایو ذخیره شده است و همهٔ نویسندگان به داده‌های پژوهش دسترسی داشتند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

سولماز رفیعیان داده‌ها را جمع‌آوری و سپس آنالیز و تفسیر کرد. حسن عشایری و جلیل باباپور، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. Journal of the American College of Cardiology. 2020;76(25):2982-3021. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010
2. Saeed A, Kampangkaew J, Nambi V. Prevention of cardiovascular disease in women. Methodist Debakey Cardiovasc J. 2017;13(4):185–92. doi: 10.14797/mdcj-13-4-185
3. Vaidya A, Aryal UR, Krettek A. Cardiovascular health knowledge, attitude and practice/behaviour in an urbanising community of Nepal: a population-based cross-sectional study from Jhaukhel-Duwakot Health Demographic Surveillance Site. BMJ Open. 2013;3(10):e002976. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002976

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]

4. Barake M, Evins AE, Stoeckel L, Pachas GN, Nachtigall LB, Miller KK, et al. Investigation of impulsivity in patients on dopamine agonist therapy for hyperprolactinemia: a pilot study. Pituitary. 2014;17(2):150–6. doi: 10.1007/s11102-013-0480-6
5. Wang R, Yang Y, Sheng M, Bu D, Huang F, Liu X, et al. Phenotype-genotype association analysis of ACTH-secreting pituitary adenoma and its molecular link to patient osteoporosis. Int J Mol Sci. 2016;17(10). doi: 10.3390/ijms17101654
6. Zhang P. Study of anxiety/depression in patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. Cell Biochem Biophys. 2015;72(2):503–7. doi: 10.1007/s12013-014-0495-2
7. Bergen-Cico D, Cheon S. The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. Mindfulness. 2014;5(5):505–19. doi: 10.1007/s12671-013-0205-y
8. Johnson SB, Goodnight BL, Zhang H, Daboin I, Patterson B, Kaslow NJ. Compassion-based meditation in african americans: self-criticism mediates changes in depression. Suicide Life Threat Behav. 2018;48(2):160–8. doi: 10.1111/sltb.12347
9. Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among australian psychologists: testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. PLoS One. 2015;10(7):e0133481. doi: 10.1371/journal.pone.0133481
10. Boellinghaus I, Jones FW, Hutton J. The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. Mindfulness. 2014;5(2):129–38. doi: 10.1007/s12671-012-0158-6
11. Hoffart A, Øktedalen T, Langkaas TF. Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. Front Psychol. 2015;6:1273. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01273
12. Bluth K, Roberson PNE, Gaylord SA. A pilot study of a mindfulness intervention for adolescents and the potential role of self-compassion in reducing stress. Explore (NY). 2015;11(4):292–5. doi: 10.1016/j.explore.2015.04.005
13. Seekis V, Bradley GL, Duffy A. The effectiveness of self-compassion and self-esteem writing tasks in reducing body image concerns. Body Image. 2017;23:206-13. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.003
14. Perez-Blasco J, Sales A, Meléndez JC, Mayordomo T. The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. Clinical Gerontologist. 2016;39(2):90-103. https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1120253
15. Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. Psychol Psychother. 2010;83(Pt 2):129-43. doi: 10.1348/147608309X471000
16. Wakelin KE, Perman G, Simonds LM. Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2022:29(1):1-25. https://doi.org/10.1002/cpp.2586
17. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. J Anxiety Disord. 2011;25(1):123-30. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011
18. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2014;58:43-51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006
19. Barratt ES. Impulsiveness and aggression. In: Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. Chicago, IL, US: The University of Chicago Press; 1994. pp: 61–79.
20. Barati F, Pourshahbaz A, Nosratabadi M, Shiasy Y. Driving behaviors in Iran: comparison of impulsivity, attentional bias, and decision-making styles in safe and high-risk drivers. Iran J Psychiatry. 2020;15(4):312–21. doi: 10.18502/ijps.v15i4.4297
21. Spielberger CD, Vagg PR. Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. J Pers Assess. 1984;48(1):95–7. doi: 10.1207/s15327752jpa4801_16
22. Abdoli N, Farnia V, Salemi S, Davarinejad O, Ahmadi Jouybari T, Khanegi M, et al. Reliability and validity of Persian version of state-trait anxiety inventory among high school students. East Asian Arch Psychiatry. 2020;30(2):44–7. doi: 10.12809/eaap1870
23. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009;15(3):199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
24. Skinta MD, Lezama M, Wells G, Dilley JW. Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. Cognitive and Behavioral Practice. 2015;22(4):481–90. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.05.006

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.208.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.197]