

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و سرکوبگری عاطفی بیماران

عروق کرونری قلب

*سیفاله آقاجانی^۱، مریم پرنیان خوی^۲

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۷/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۳۱)

The Effectiveness of Compassion - Focused Therapy on Perceived Stress and Emotional Suppression in Patients with Coronary Artery Disease

*Seifollah Aghajani¹, Maryam Parnian Khooy²

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2. Ph.D. Student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Original Article

(Received: Oct. 07, 2020 - Accepted: Jan. 21, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of this study was to determine the effectiveness of Compassion-Focused therapy on perceived stress and emotional suppression in coronary artery disease patients. **Method:** The research method was a quasi - experimental design with pre test - post test experimental and control groups. The statistical population includes all the coronary artery patients who had referred to Tabriz medical centers and received a diagnosis by a specialist. The sample consisted of 30 patients, who were selected by convenience sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups in the same way. The experimental group received compassion - based trtherapy in 8 two-hour sessions, while the control group did not receive any therapeutic intervention. Data collection tools were perceived stress scale and Weinberger adjustment inventory. Analysis of covariance was used to analyze the data of the present study. **Findings:** The results showed that compassion - focused therapy had a significant effect on reducing perceived stress ($P < 0.01$) and emotional suppression ($P < 0.01$) in patients with coronary artery disease. **Conclusion:** It can be concluded that compassion - focused therapy is effective way to reduce perceived stress and emotional suppression in patients with coronary heart disease.

Keywords: Compassion - Focused Therapy, Perceived Stress, Emotional Suppression, Patients with Coronary Artery Disease.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب صورت گرفت. **روش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران عروق کرونری است که به مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و توسط پزشک متخصص، تشخیص را دریافت کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت یکسان گمارش شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی، در ۸ جلسه دو ساعته، تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند، در حالی که اعضای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ی درمانی دریافت نکردند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس استرس ادراک شده و پرسشنامه سازگاری وینبرگر بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش استرس ادراک شده ($P < 0.01$) و سرکوبگری عاطفی ($P < 0.01$) بیماران عروق کرونری قلب تأثیر معناداری داشته است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت، روشی مؤثر در کاهش استرس ادراک شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب بوده است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، استرس ادراک شده، سرکوبگری عاطفی، بیماران عروق کرونری قلب.

*Corresponding Author: Seifollah Aghajani

*نویسنده مسئول: سیفاله آقاجانی
Email: Sf-aghajani@yahoo.com

مقدمه

۷۵٪ از بیماری‌های جسمانی با استرس مرتبط است و یکی از عوامل مؤثر در بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها که دو عامل مهم مرگ‌ومیر در جهان شناخته می‌شوند، استرس می‌باشد (بلوم، بورگلاند و پارسلز،^۳ ۲۰۱۰؛ به نقل از پسندیده و سالک مهدی، ۱۳۹۸).

از دیگر عوامل روان‌شناختی مهمی که می‌تواند در زمینه بروز و تداوم و تشدید بیماری‌های قلبی - عروقی نقش داشته باشد، سرکوبگری عاطفی^۴ می‌باشد (ادیبی‌زاده و سجادیان، ۱۳۹۷). سرکوبگری عاطفی به‌عنوان توانایی فرد برای کنترل آگاهانه‌ی بیان احساسات منفی مانند اضطراب، غم و اندوه و خشم، تعریف می‌گردد (لی^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد تجربی نشان داده است که مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی را می‌توان برحسب سلسله مراتبی از سازش یافتگی تنظیم کرد. مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی مرتبط‌اند (وایلنت^۶، ۱۹۹۷) و مکانیسم‌ها و سبک‌های سازش نایافته مانند سرکوب‌گری با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت مرتبط هستند (پری و کوپر^۷، ۱۹۹۲). همچنین اثرات مزمن بازدارنده‌ی هیجان‌های منفی سبب افزایش فعالیت سمپاتیک نظام قلبی - عروقی می‌گردد (گراندی و ملوی^۸، ۲۰۱۷).

به‌منظور بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماران

طبق گزارش انجمن قلب آمریکا (۲۰۱۵)، پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰، بیماری‌های قلبی - عروقی، جزء سه علت اصلی مرگ‌ومیر در جهان قرار گیرند (مظفریان و همکاران، ۲۰۱۵). در ایران نیز بیماری‌های قلبی - عروقی، اولین علت اصلی مرگ‌ومیر در سال‌های اخیر بوده است (شهسواری، ناظری، جهرمی و صادقی، ۲۰۱۳؛ به نقل از باقری، فراهانی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۸). بیماری‌های کرونری قلب بیانگر برخی شرایط قلبی می‌باشد که ناشی از ضایعات آترواسکلروتیک در عروق کرونر است (بنجامین و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از باقری و همکاران، ۱۳۹۸).

عوامل روان‌شناختی مختلفی می‌توانند بر سلامت جسمی ما تأثیر منفی گذاشته و باعث ابتلا و یا تشدید بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های قلبی شوند (سرافراز و محجوب، ۱۳۹۸). یکی از این عوامل، استرس ادراک‌شده^۱ می‌باشد. مفهوم استرس ادراک‌شده برگرفته از نظریه‌ی لازاروس و فولکمن^۲ (۱۹۸۴) در مورد نقش ارزیابی در فرآیند استرس است که به‌وسیله تفسیر یک رویداد به‌عنوان رویدادی ایجاد می‌شود که فشاری را بر فرد تحمیل می‌سازد (پسندیده و سالک مهدی، ۱۳۹۸). به عبارتی، ادراک و تفسیر کلی فرد از تأثیرپذیری در برابر استرس‌ها، استرس ادراک‌شده فرد می‌باشد. افراد مختلف، ممکن است یک عامل استرس‌زای مشابه را به شکل‌های گوناگون ادراک و تفسیر کنند. گفته شده است که

3. Blum, Borglund and Parcels

4. Emotional Suppression

5. Li

6. Vaillant

7. Perry & Cooper

8. Grandey and Melloy

1. Perceived Stress

2. Lazarus and Folkman

خویش را دربر می‌گیرد (آلبرتسون^۶ و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به اهمیت و گسترش روزافزون بیماری‌های قلبی و با توجه به این‌که متغیرهای پژوهش حاضر، به‌ویژه در مورد بیماران قلبی، تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته‌اند، از این‌رو هدف پژوهش حاضر، پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر شفقت، در کاهش استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب، تأثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل تمامی بیماران عروق کرونری است که به دو مورد از مراکز درمانی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و توسط پزشک متخصص، تشخیص را دریافت کرده بودند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین و اطلاع‌رسانی درباره‌ی تشکیل این جلسات درمانی، از بین بیماران مایل به شرکت در جلسات، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۳۰ نفر (۱۸ نفر مرد و ۱۲ نفر زن) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب گردیدند و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در پژوهش‌هایی از نوع آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کافی می‌باشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه‌ی سنی ۳۰ تا ۶۰ سال؛ داشتن تحصیلات حداقل خواندن و نوشتن؛

عروق کرونری قلب، روش‌های مداخله‌ای مختلفی به کار گرفته می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت^۱، یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در پژوهش‌های بسیاری از جمله پژوهش تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود^۲ (۲۰۱۷)؛ الاین و هالینز^۳ (۲۰۱۶)؛ اسمیت، نف، آلبرت و پترز^۴ (۲۰۱۴)؛ ادیبی زاده و سجادیان (۱۳۹۷)؛ و پورحسینی دهکردی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده شده است. براساس نتایج پژوهش‌های این محققان، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌طور معناداری، سطح امید، عزت‌نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد. باید توجه نمود که شفقت به خود، یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود بوده (باکر و مک نالتی^۵، ۲۰۱۱)؛ به نقل از پوردهکردی و همکاران، (۱۳۹۸) و شامل سه مؤلفه‌ی اصلی می‌باشد: اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده‌ی ناملاایمات است. دوم، شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک انسانی فرض می‌کند و سوم آن‌که آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد که به بیانی، توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک، بدون اغراق و شفقت نسبت به

1. Compassion –focused Therapy
2. Tanenbaum, Adams, Gozalez, Hanes, and Hood
3. Elaine, and Hollins
4. Smeets, Neff, Alberts, and Peters
5. Baker and McNulty

6. Albertson

پس از طی مراحل یادشده و تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، جلسات درمان خود - شفقتی در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه‌ی گروهی و هفتگی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمانی، دو گروه به‌وسیله پرسشنامه‌های پژوهش، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرح مختصری از روند اجرای جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

داشتن توانمندی جسمانی و شناختی لازم مطابق با نظر پزشک جهت شرکت در جلسات آموزشی؛ نداشتن اختلالات روانی مزمن (با انجام مصاحبه بالینی براساس پنجمین ویرایش آماری اختلالات روانی)؛ تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات درمانی و آگاهی از روند و شرایط پژوهش؛ نداشتن سابقه‌ی شرکت در درمان‌های مشابه، قبل و حین جلسات آموزشی مربوط به پژوهش حاضر. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمانی، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در طول جلسات و عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات، بود.

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات آموزشی درمان مبتنی بر شفقت (برگرفته از نف، کیرک پاتریک و رادو، ۲۰۰۷؛ به نقل از پورحسینی دهکردی و همکاران، ۱۳۹۸)

شماره جلسه	خلاصه‌ای از محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش - آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف جلسات درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت و اهمیت آن در زندگی، آموزش فرآیند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی.
جلسه دوم	آموزش تمرین ذهن آگاهی، حساسیت نسبت به رنج در بستری از زمان حال؛ آموزش مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت: شناسایی مشکلات و نشانه‌های موجود، بستر کنونی مشکلات، تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس‌های شکل‌گرفته، راهبردهای امنیتی، پیامدهای ناخواسته
جلسه سوم	تصویرسازی خود مهربان، تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، تصویرسازی مکانی امن، تکنیک دو صندلی، برقراری روابط شفقت‌آمیز و انعطاف‌پذیری بین جنبه‌های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت‌آمیز، همدلی و همدردی نسبت به خویش.
جلسه چهارم	ترغیب شرکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان شفقت ورز، به سورت طبیعی، ذهن شفقت ورز را پرورش دادن (اهمیت تربیت ذهن مهربان).
جلسه پنجم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار؛ تمرینات شامل: آگاهی مراجع از کشمکش مداوم خود با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در و رابط دشوار زندگی تجمل شده‌اند؛ گسلش از احساس شرمندگی.
جلسه ششم	عمیق‌زدگی کردن؛ تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی؛ بررسی و یافتن ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشند.
جلسه هفتم	تغییر روابط؛ یافتن روش‌های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی یافتن و رهایی از روش‌های اجتناب و کنترل؛ تقویت رفتارهای شفقت‌آمیز؛ ازجمله توسعه رفتارهای هوشمندانه، کسب قدرت و شجاعت و مهربانی، مشارکت فعال از طریق تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری در فعالیت‌های سخت و ترس‌آور.
جلسه هشتم	مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی؛ تمرکز کردن بر نکات مثبت زندگی، تبدیل شدن به پدیدآورنده اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات شرکت‌کنندگان و ارزیابی از کل جلسات، اجرای پس‌آزمون.

(مارتین و مارش^۳، ۲۰۰۸). همچنین پژوهشگران ذکر شده، روایی محتوایی این مقیاس را مطلوب گزارش نمودند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این مقیاس در پژوهش سجادیان و همکاران (۲۰۱۶)، ۰/۷۵ و در پژوهش پورحسینی دهکردی و همکاران (۱۳۹۸)، ۰/۸۳ می باشد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس، ۰/۷۸ بود.

۲. پرسشنامه‌ی سازگاری وینبرگر^۴ (WAI): این پرسشنامه دارای ۸۴ آیتم و ۱۰ خرده مقیاس همراه با یک مقیاس اعتبار کوتاه می باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی عملکردهای بلندمدت به جای علائم کوتاه مدت طراحی شده است و برای ارزیابی هر دو جمعیت بالینی و غیر بالینی، دارای اعتبار می باشد. مقیاس حاضر برای اندازه گیری سه سازه‌ی مختلف مشتمل بر پریشانی، خودکنترلی و حالت‌های تدافعی مورد استفاده قرار می گیرد. سازه‌ی پریشانی (۲۹ آیتم) به چهار بعد اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین و سطح پایین بهزیستی، طبقه بندی شده است. مهار (۳۰ آیتم) دارای چهار بعد می باشد که عبارتند از: سرکوب خشم و پرخاشگری، کنترل تکانه، در نظر گرفتن دیگران و مسئولیت پذیری. حالت‌های تدافعی (۲۲ آیتم) نیز به دو بعد دفاع سرکوبگرانه و انکار پریشانی تقسیم می گردد. در این مقیاس ۳ آیتم نیز برای اعتبار سنجی پاسخها در نظر گرفته شده است. نمره‌ی بالا در این مقیاس نشانگر سطح بالای سرکوبگری هیجانی

همچنین ابزارهایی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفتند، عبارت بودند از:

۱. مقیاس استرس ادراک شده^۱: کوهن^۲ و همکاران (۱۹۸۳)، مقیاس استرس ادراک شده را طراحی کردند که شامل ۱۴ آیتم بوده و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز، تقریباً هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و بسیاری اوقات) پاسخ داده می شود؛ بنابراین، کمترین نمره کسب شده در این مقیاس می تواند صفر و بیشترین نمره ۵۶ باشد. نمرات بالاتر، نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. این مقیاس برای سنجش استرس عمومی درک شده به کار می رود و افکار و احساسات درباره‌ی حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). استرس ادراک شده به طور معناداری با نشانه‌های افسردگی و جسمی رویدادهای زندگی، اضطراب اجتماعی و رضایت پایین از زندگی و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، همبسته می باشد (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳؛ به نقل از پورحسینی دهکردی، سجادیان و شهربافچی، ۱۳۹۸). ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دو گروه از دانشجویان در دامنه‌ای از ۰/۸۶ - ۰/۸۴ به دست آمده است (سجادی نژاد، عسگری، مولوی و ادیبی، ۲۰۱۶). براساس پژوهشی در مورد دانشجویان ژاپنی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و نسخه ویرایش شده‌ی مقیاس ژاپنی، به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ محاسبه گردید

3. Martin and Marsh
4. Weinberger Adjustment Inventory (WAI)

1. Perceived Stress Scale (PSS-14)
2. Cohen

این پرسشنامه برای اولین بار در ایران در پژوهش حشمتی، ناصری و پرنیان خوی (۱۳۹۷) مورد استفاده قرار گرفته است و در آن آلفای کرونباخ محاسبه شده، ۰/۷۷ بود. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای محاسبه شده، ۰/۸۰ می باشد.

یافته‌ها

نتایج ارائه شده در جدول شماره ۲ نشان دهنده آمار توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل می باشد.

است (بائودیک^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در این پژوهش نیز براساس پژوهش بائودیک و همکاران (۲۰۱۶) برای ارزیابی سرکوبگری عاطفی، صرفاً از زیر مقیاس‌های مهار و حالت‌های تدافعی استفاده گردید. آلفای کرونباخ گزارش شده توسط وینبرگر برای سازه‌ی پریشانی ۰/۹۱، خودکنترلی ۰/۸۷، انکار پریشانی ۰/۷۵ و دفاع سرکوبگرانه ۰/۷۹ می باشد (وینبرگر، ۱۹۷۱). در پژوهشی نیز که توسط توروی و سالوی^۲ (۱۹۹۴) جهت اعتبار سنجی پرسشنامه‌ها در زمینه سرکوبگری عاطفی صورت پذیرفت، نتایج بیانگر آن بود که از بین شش مقیاس موردبررسی، پرسشنامه‌ی سازگاری وینبرگر، معتبرترین ابزار از نظر روان‌سنجی برای حالت سرکوبگری می باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها در دو گروه

گروه‌ها	شاخص‌های آماری	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	پیش آزمون	خودکنترلی	۱۵	۳۱/۸۰	۴/۴۱
		حالت‌های تدافعی	۱۵	۹/۴۰	۱/۵۹
		سرکوبگری عاطفی	۱۵	۴۱/۲۰	۴/۵۳
	پس آزمون	استرس ادراک شده	۱۵	۲۴/۶۶	۳/۶۹
		خودکنترلی	۱۵	۱۲/۹۳	۲/۵۲
		حالت‌های تدافعی	۱۵	۴/۴۰	۰/۹۸
گروه کنترل	پیش آزمون	سرکوبگری عاطفی	۱۵	۱۷/۳۳	۲/۴۳
		استرس ادراک شده	۱۵	۱۰/۵۳	۲/۸۵
		خودکنترلی	۱۵	۱۴/۳۳	۳/۲۲
	پس آزمون	حالت‌های تدافعی	۱۵	۶/۰۶	۲/۰۸
		سرکوبگری عاطفی	۱۵	۲۰/۴۰	۳/۵۲
		استرس ادراک شده	۱۵	۱۲/۰۰	۳/۷۶
پس آزمون	خودکنترلی	۱۵	۱۵/۱۳	۴/۴۷	
	حالت‌های تدافعی	۱۵	۷/۲۰	۲/۵۶	
	سرکوبگری عاطفی	۱۵	۲۱/۳۳	۵/۰۶	
		استرس ادراک شده	۱۵	۱۳/۶۰	۴/۷۹

1. Baudic
2. Turvey and Salovey

در آزمون نرمال بودن داده‌ها فرض صفر چنین است که توزیع داده‌ها از توزیع نرمال تبعیت می‌کند و فرض مقابل برخلاف این امر دلالت دارد. با توجه به نتایج به دست آمده، سطح معنی داری تمامی داده‌ها بیشتر از ۰/۰۵ بوده است، از این رو می‌توان گفت که توزیع داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌های تحقیق نرمال است. به همین منظور برای آزمون فرضیه‌ها از آمار پارامتریک می‌توان استفاده نمود.

- فرضیه همسانی واریانس

برای بررسی همسانی واریانس از آزمون لون مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها استفاده می‌شود.

در تحلیل کوواریانس متغیرهای مداخله‌گر کنترل می‌شوند، یعنی اثر آن‌ها روی نمرات آزمون برداشته می‌شود و سپس میانگین نمرات باقی مانده گروه‌های پژوهشی باهم مقایسه می‌شوند؛ اما قبل از انجام تحلیل ابتدا لازم است که مفروضه‌های آن بررسی گردد.

- مفروضه نرمال بودن داده‌ها

جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است. زیرا نرمال بودن متغیرهای وابسته به نرمال بودن باقیمانده‌های مدل (تفاوت مقادیر برآوردی از مقادیر واقعی) می‌انجامد.

جدول ۳. نتایج آزمون لون مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	
۰/۸۷۵	۲۸	۱	۰/۳۵۸	خودکنترلی
۲/۶۷	۲۸	۱	۰/۱۱۳	حالت‌های تدافعی
۰/۷۲۰	۲۸	۱	۰/۴۰۳	سرکوبگری عاطفی
۰/۰۲۴	۲۸	۱	۰/۸۷۹	استرس ادراک شده

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع	متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	ضریب	سطح	مجذور	توان
			مجذورات	آزادی	مجذورات	F	معناداری	اتا	آماری
خودکنترلی			۱۱۲/۹۹۰	۲	۵۶/۴۹۵	۲۹/۴۴۲	۰/۰۰۰	۰/۶۸۶	۰/۸۷۰
اثربخشی	گروه‌ها	حالت‌های تدافعی	۲۷۴/۳۵۵	۲	۱۳۷/۱۷۷	۹/۶۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	۰/۹۶۹
درمان مبتنی بر شفقت		سرکوبگری عاطفی	۷۰۶/۲۹۹	۲	۳۵۳/۱۴۹	۲۷/۷۲۹	۰/۰۰۰	۰/۶۷۳	۰/۸۵۰
گروه‌ها ادراک شده	استرس ادراک شده		۵۰/۹۶۰	۱	۵۰/۹۶۰	۶/۳۹۶	۰/۰۱۸	۰/۱۹۷	۰/۶۸۳

اگرچه پژوهشی که دقیقاً بتوان این یافته را با آن مقایسه نمود در دسترس نبود، اما مطالعه‌ی پژوهش‌های مشابه نشان داد که به‌کارگیری این درمان می‌تواند سبب کاهش استرس در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان شود (پورحسینی دهکردی و همکاران، ۱۳۹۸؛ باتیستا، کیونها، گالهاردو، کویوتو و ماسانو-کاردوسو^۱، ۲۰۱۵). باتیستا و همکاران (۲۰۱۵) مطرح کرده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با به‌کارگیری مهربانی با خود و مهربانی با دیگران، حمایت اجتماعی افراد بیمار را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش استرس آنان شود. همچنین ونگ، چن، پون، تنگ و جین^۲ (۲۰۱۷)؛ بلاث و ایزنلو-ماول^۳ (۲۰۱۷)؛ به نقل از پورحسینی دهکردی و همکاران، (۱۳۹۸) نیز در پژوهش‌های خودشان، کارآیی درمان مبتنی بر شفقت را بر استرس و سلامت روان‌شناختی افراد، موردحمایت و تأیید قرار داده‌اند. افرادی که شفقت به خود بالاتری را به دست می‌آورند، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردار بوده و در بازسازی خلقی حالت‌های هیجانی منفی و ایجاد تمایز بین احساساتشان توانمندتر هستند (پورحسینی دهکردی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین نتایج پژوهش یارنل^۴ و نف (۲۰۱۳) نیز نشانگر آن بود که افراد دارای شفقت به خود بالاتر، آشفتنگی عاطفی و استرس کمتری داشته و در زمینه حل تعارض‌های درون فردی از توانمندی بیشتری برخوردار هستند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای شفقت به

جدول ۳ نتایج آزمون لون مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها را نشان می‌دهد. براساس نتایج فرض همسانی واریانس رعایت شده است.

- آزمون M باکس

همچنین براساس نتایج به‌دست‌آمده، پیش‌فرض M باکس مبنی بر فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه تأیید گردید ($P < 0/116$). با توجه به تأیید مفروضه‌ها، در ادامه به بررسی آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره خواهیم پرداخت که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (آزمایش و کنترل) بر استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌ها برحسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (آزمایش و کنترل) بر استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب در گروه آزمایش تأثیر داشته و باعث کاهش استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی شده است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب انجام گرفت. یافته‌ی اول پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش استرس ادراک‌شده بیماران عروق کرونری قلب شده بود.

1. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso
2. Wang, Chen, Poon, Teng, Jin
3. Bluth, Eisenlohr-Moul
4. Yarnell

می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری را در رابطه با بیماری در پی داشته باشد. همچنین این دیدگاه در بیمار وجود دارد که کنترل هیجانات در کنترل بیماری‌اش مهم است و به سبب این حساسیت، گاهی به‌جای مواجهه‌ی درست با موانع، اجتناب و سرکوب را در پیش می‌گیرد که این امر می‌تواند تشدیدکننده هیجانات منفی باشد (ادیبی‌زاده و سجادیان، ۱۳۹۷). شفقت همچنین با تنظیم هیجانات مرتبط است (ددریچ، گرانت، هافمن، هیلر و برکینگ^۲، ۲۰۱۴؛ به نقل از ادیبی‌زاده و سجادیان، ۱۳۹۷)؛ بنابراین هیجانات مثبت در بیمار پس از درمان مبتنی بر شفقت نیز تقویت می‌شود، چون اساس شفقت به‌نوعی بر پایه‌ی هیجانات مثبت می‌باشد. همچنین شفقت بیشتر، مواجهه‌شدن با هیجان را مدنظر قرار می‌دهد تا اجتناب کردن از آن؛ و استفاده از راهبردهای مسئله محور را سرمشق قرار می‌دهد (آرمیتسو^۳ و هافمن، ۲۰۱۵)؛ بنابراین بیمار بعد از دریافت این درمان، به‌جای اجتناب از مسائل هیجانی، با برخورد مسئله مدار همراه با شفقت، تنظیم هیجانات را به‌مرور فرا می‌گیرد و توانایی او در ایجاد تعادل در هیجانات، او را در مسیر بهتری قرار می‌دهد (ادیبی‌زاده و سجادیان، ۱۳۹۷).

یکی از اصول مهم درمان مبتنی بر شفقت، آموزش ذهن مشفق نسبت به خود و دیگران است. آموزش این تکنیک به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز خود را تغییر دهند. با ایجاد این تغییرات، بیمار نسبت به خود و دیگران مهربان‌تر می‌شود و حساسیت نسبت به کاستی‌ها و

خود بالا، نسبت به افرادی که شفقت به خود کمتری دارند، سلامت روانی بیشتری داشته و استرس کمتری نشان می‌دهند؛ زیرا در آن‌ها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند، به‌وسیله‌ی یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار پیدا نمی‌کند. این نگرش حمایتی نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه‌ی بیشتر برای حل تعارضات شخصی و حل مسئله سازنده در تعاملات اجتماعی مرتبط می‌باشد و تعاملات اجتماعی گسترده و حمایت‌گرانه سبب می‌شود بیماران مزمن، حمایت اجتماعی بیشتری را تجربه نمایند و این فرآیند باعث کاهش استرس ادراک‌شده می‌شود (پور حسینی دهکردی و همکاران، ۱۳۹۸).

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت، باعث کاهش سرکوبگری عاطفی در بیماران عروق کرونری قلب می‌شود. این یافته را می‌توان تقریباً با نتایج پژوهش‌های لینکولن، هوهنهاوس و هارتمن^۱ (۲۰۱۳)، ادیبی‌زاده و سجادیان (۱۳۹۷) همسو دانست. تنظیم هیجانات در زندگی بسیار مهم است و نیازمند توانایی در ایجاد و حفظ تعادل خود هنگام برخورد با چالش‌ها و ناملایمات است. بدون تردید، بیماران قلبی هم همانند سایر افراد، مشکلات زیادی در زندگی خویش دارند که در برخورد با این مشکلات، انعطاف لازم است. حتی تنظیم هیجانات و مدیریت صحیح آن‌ها در بیماران قلبی از اهمیت بیشتری هم برخوردار است، زیرا هرگونه تلاطم و عدم ثبات هیجانی

2. Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller and Berking

3. Arimitsu

1. Lincoln, Hohenhaus, Hartmann

مدیریت عواطف در این گروه از بیماران، کمک شایانی نماید. پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران در پژوهش‌های آتی خود این درمان را در مورد سایر آسیب‌ها و بیماری‌ها نیز به‌کار گیرند.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین پزشکان محترمی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز؛ شعرباغچی، محمدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۸ (۳)، ۳۷-۵۲.

حشمتی، رسول؛ ناصری، الهه؛ پرنیان خوی، مریم (۱۳۹۷). نقش سرکوبگری عاطفی و توانمندی ایگو در پیش‌بینی مصرف و عدم مصرف سیگار در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۷ (۴)، ۷-۱۹.

سرافراز، مهدی رضا؛ محجوب، محمد پارسا (۱۳۹۸). نقش تنظیم هیجانات، استرس ادراک شده، نشخوار ذهنی و نگرانی در بیماران ایسکمیک قلبی و افراد غیر بیمار. *نشریه ارمغان دانش*، ۲۴ (۲)، ۲۶۲-۲۷۳.

ناملایمات نیز کمتر می‌شود (ادیبی زاده و سجادیان، ۱۳۹۷). همچنین تکنیک‌های این درمان کمک می‌کند بیمار در هر زمان، از هیجانات خویش آگاه بوده و بتواند آن‌ها را به‌صورت مناسبی مدیریت و ابراز سازد و تأکید بیشتری در مورد هیجانات مثبت داشته باشد که این امور می‌تواند زندگی بیماران را در جنبه‌های مختلف، بهبود دهد.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند استرس ادراک شده بیماران عروق کرونری قلب را کاهش دهد و همچنین به کاهش سرکوبگری عاطفی و افزایش ابراز و

منابع

ادیبی‌زاده، نوشین؛ سجادیان، ایلناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونر قلبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱ (۱)، ۱۱۵-۱۰۳.

باقری، مائده؛ فراهانی، محمد نقی؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۸). مدل یابی عوامل روانی - اجتماعی - فرهنگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۸ (۲)، ۲۵-۷.

پسندیده، مهدی؛ سالک مهدی، فرانک (۱۳۹۸). مقایسه‌ی استرس ادراک شده، راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران دستگاه گوارش و افراد بهنجار. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۸ (۱)، ۱۰۰-

- Albertson, E. R., Neff, K. D., Dill-Shackleford, K. E., (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6 (3), 444-54.
- Armitsu, K., Hofman, S. G. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self – compassion and affect. *Personality and individual differences*, 74, 41-48.
- 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, 28-32.
- Baudic, S., Jayr, C., Albi-Feldzer, A., Fermanian, J., Masselin-Dubois, A., Bouhassira, D., Attal, N. (2016). Effect of alexithymia and emotional repression on postsurgical pain in women with breast cancer: A prospective longitudinal 12-month study. *Journal of pain*, 17 (1), 90-100.
- 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.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24, 385-396.
- Elaine, B. C. J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programmed for student therapists that employs compassionate mind training (CMT) to develop compassion for self and others. *The arts in psychotherapy*, 22, 5-13.
- Grandey, A. A., Melloy, R. C. (2017). The state of the heart: Emotional labor as emotion regulation reviewed and revised. *Journal of occupational health psychology*, 22 (3), 407-422.
- Li, L., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., Zhang, J., & Zhu, X. (2015). Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC women's health*, 15(1), 2-8.
- Lincoln, T. M., Hohenhaus, F. Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion – focused intervention. *Cognitive therapy and research*. 37 (2), 390-402.
- Matin, A. J., Marsh, H. W. (2008). Academic buoyancy: towards an understanding of students everyday academic resilience. *Journal of school psychology*, 46 (1), 53-83.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Fullerton, H. J. (2015). Heart disease and stroke statistics – 2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, CIR. 0000000000000350.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41, 139-154.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1992). What do cross-sectional measures of defense mechanisms predict? In G. E. Vaillant (Ed.), *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers* (pp. 195-216). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sajjadinezhad, M., Asgari, K., Molavi, H., Adibi, P. (2016). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral stress management, optimism

- training and medical therapy on somatic symptoms, perceived stress, illness perception and quality of life in patients with ulcerative colitis. *Arak medical university journal*, 18 (103), 40-54.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self – compassion intervention for female college students. *Journal of clinical psychology*, 70 (9), 794-807.
- 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), 1540-1541.
- Turvey, C., Salovey, P. (1994). Measures of repression: converging on the same construct? *Imagination, cognition and personality*, 13(4), 279-289.
- Vaillant, G., E. (1997). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*, Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decrease acceptance of own immoral behaviors. *Personality and individual differences*, 106, 329-333.
- Yarnell, L. M., Neff- K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and identity*, 12(2), 146-59.