

مقاله اصلی

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونا قلبی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۰۱

خلاصه

مقدمه

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونا قلب انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه بود. بدین منظور ۳۰ بیمار مبتلا به بیماری کرونا قلب به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوهی گمارش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه اضطراب و افسردگی و پرسشنامه تنظیم هیجان بود، که توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. همچنین در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

نتایج

نتایج تحلیل کواریانس داده‌ها نشان داد، که درمان مبتنی بر شفقت خود افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به کرونا قلب را در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری بهبود داده است ($p < 0/05$). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت در بهبود متغیرهای پژوهش مؤثر بوده و نتایج درمان در طول زمان پایداری خود را حفظ نمود.

نتیجه گیری

نتایج نشان می‌دهد، که تحصیلات با تنظیم هیجانی منفی و مثبت رابطه معناداری دارد ($p < 0/05$). همچنین رابطه این سه متغیر جمعیت‌شناختی با سایر متغیرهای پژوهش غیرمعنادار بوده است. بنابراین در بررسی‌های مربوط به تنظیم هیجانی علاوه بر پیش آزمون متغیر تحصیلات کنترل گردیده است.

کلمات کلیدی

افسردگی، اضطراب، تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر شفقت، بیماری کرونا قلبی

نوشین ادیبی زاده^۱

ایلناز سجادیان^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

* گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir

مقدمه

یکی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر در دنیا، بیماری قلبی - عروقی است. بیماری قلبی - عروقی اصطلاحی عام برای بیماری‌های قلب و رگ‌های خونی است. تحقیقات پی‌پولی و همکاران^۱ نشان می‌دهد، که مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی از حدود ۱۶/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۲ به حدود ۲۳/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ می‌رسد (۱). بیماری عروق کرونر^۲ قلبی از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی است، که تظاهرات این بیماری، جسمانی - روانی بوده است، به طوری که بیماران علاوه بر درد، تعریق و استفراغ، دچار استرس و اضطراب و آسیب‌های روانی نیز می‌شوند. در واقع این بیماری فقط نتیجه غیرقابل اجتناب پیر شدن و ساخت ژنتیکی افراد نیست و متغیرهای بیولوژیک، محیطی، روان‌شناختی در سبب‌شناسی آن دخالت دارند (۲). تشخیص بیماری عروق کرونر علاوه بر مطرح نمودن مشکلات جسمی، باعث اختلالات قابل توجه در وضعیت روانی بیماران می‌شود (۳). در حقیقت درد مزمن و تجربه زندگی با آن، یک تجربه منحصر به فرد است و ادراک فرد از درد از متغیرهای جسمانی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. درد جسمانی اغلب به درد روانی تبدیل می‌شود (۴) و شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی همراه با درد مزمن، افسردگی^۳ و اضطراب^۴ ذکر شده است (۵).

افسردگی حالتی از خلق است، که با کاهش اعتماد به نفس، احساس بی‌کفایتی، عدم شایستگی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است و دارای علائم جسمانی، رفتاری و شناختی می‌باشد. افسردگی به عنوان احساس مرضی غمگینی که شامل علائم متعددی چون خلق افسرده، بی‌علاقگی، بی‌لذتی، دل‌تنگی، بی‌حرکی و آشفتگی احساسات می‌باشد، تعریف شده است (۶). همچنین افسردگی منجر به تحریک خودکار و بیش‌فعالی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - فوق کلیه می‌شود، که این امر افزایش تجمع کورتیزول و فقدان تغییرات روزانه در سطوح

کورتیزول را در پی دارد (۲). در واقع افزایش کورتیزول اثرات زهرآگینی بر روی پوشش داخلی سرخرگ کرونر گذاشته و نقش مهمی در رشد پلاکت‌های خونی بازی می‌کند. همچنین افسردگی پس از یک استرس قلبی حاد به طور مستقل پیش - بینی‌کننده‌ی مرگ و میر و تشدید بیماری‌های قلبی است (۷). وجود افسردگی و اضطراب، نیز موجب کاهش آستانه درد شده و شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری‌های مزمن، حساس‌تر می‌شود (۸). همچنین بیماران افسرده مبتلا به درد مزمن شدت و تداخل درد بیشتر، رفتارهای دردناک‌تر، کنترل کمتر بر زندگی و استفاده بیشتر از راهکارهای مقابله منفعلانه - اجتنابی را نسبت به بیماران بدون افسردگی گزارش می‌دهند (۹).

از سوی دیگر افراد افسرده کمتر به رفتارهای وابسته به ارتقاء سلامت مانند حفظ رژیم غذایی سالم، ورزش منظم، پایبندی به تجویزهای دارویی، کاهش استرس و انجام و تکمیل برنامه‌های بازتوانی قلبی تمایل نشان می‌دهند. در واقع آنها برای کم کردن کلسترول مشکل دارند و عدم پایبندی به تجویزهای دارویی و تناسب جسمانی کم با افزایش خطر رویدادهای قلبی همراه است و این امر نشانگر این است، که تغییرات رفتاری همراه با افسردگی ممکن است با پیشرفت بیماری کرونر قلب و پیامدهای قلبی بدتر همراه باشد (۱۰). شفقت^۵ می‌تواند با ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول خود، صبر، بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و همچنین یادآوری این نکته به شخص، که ناملایمات و مشکلات برای همگان اتفاق می‌افتند، از اثرات منفی ناشی از ناملایمات پیشگیری نموده و به عنوان یک سپر دفاعی در مقابل افسردگی باشد. ارتباط شفقت با برخی متغیرهای مهم روانشناختی چون خوش بینی و بهزیستی می‌تواند، یک نقطه‌ی کلیدی برای درک ارتباط منفی این متغیر با افسردگی باشد (۱۱).

اضطراب حالت هیجانی است، که با علائم فیزیولوژی مثل ضربان قلب شدید، برافروختگی، تنش عضلانی، تعریق، حالت

^۱-Piepoli et al

^۲-Coronary Artery Disease

^۳- Depression

^۴-Anxiety

^۵- Compassion

هیجان‌ها از جمله عوامل روانشناختی مؤثر هستند، که می‌توانند در بروز یا تشدید بیماری سهم داشته باشند. همچنین اثرات مزمن بازداری هیجان‌های منفی باعث افزایش فعالیت سمپاتیک نظام قلبی - عروقی می‌شود (۱۸).

شفقت با سبک مقابله و تنظیم هیجان‌ها مرتبط است (۱۹). در واقع شفقت می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود، که در آن از تجربه هیجان‌های آزار دهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شود (۲۰). تحقیقات کریجر و همکاران^۲ (۲۰۱۵) نشان داد، که افزایش شفقت خود با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی همراه است (۲۱). همچنین شفقت احتمالاً توانایی افراد را از طریق تنظیم احساسات و هیجان‌ها و نیز ارائه پاسخ مناسب به چالش‌ها و موانع اجتناب‌ناپذیر در افزایش رفتارهای مدبرانه نسبت به سلامت و مقابله با مشکلات جسمانی بالا می‌برد (۲۲).

درمان مبتنی بر شفقت^۳ در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایتگر دشواری‌هایی داشتند. در واقع درمان مبتنی بر شفقت بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است (۲۳). در حقیقت انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط است، که زیر بنای رفتارهای دلبستگی، نودوستی و مهرورزی هستند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهربانانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد (۲۴). مفهوم شفقت ملاحظت به همراه آگاهی عمیق از رنج افراد و سایر موجودات زنده و آرزو و یا تلاش برای رهایی از آن تلقی می‌شود. در واقع این تعریف دو بُعد مهم از این مفهوم را روشن می‌سازد: نخستین بُعد تحت عنوان اشتیاق شناخته می‌شود و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج و دلایل آن دارد و دومین بُعد موسوم به

تهوع، سرگیجه و سردرد و نیز علائم هیجانی و شناختی مانند تشویش، از دست دادن تمرکز، وحشت زدگی و تحریک پذیری مشخص می‌شود. اضطراب زمانی مرضی تلقی می‌شود، که در عملکرد فرد اختلال ایجاد کند (۱۲). همچنین اضطراب با افزایش خطر مرگ و میر در بیماران عروق کرونر قلبی همراه است، به خصوص هنگامی که با افسردگی همراه باشد (۱۳). از نظر روانشناختی اضطراب و پریشانی می‌تواند، باعث برانگیختگی خودکار و نشانه‌های بدنی متعاقب آن شده و این به نوبه خود می‌تواند، بیماری را تشدید کند. همچنین اضطراب احتمال ایجاد خطاهای شناختی و یا ارزیابی منفی را افزایش می‌دهد، که این مسئله می‌تواند باعث اجتناب از فعالیت و ناتوانی بیشتر شود (۱۴). در واقع انتظارات و تغییرات توجهی حاصل از اضطراب باعث می‌شود، افراد از شواهد محرک‌های مرتبط با درد آگاه‌تر شوند. همچنین این انتظارات بوسیله‌ی خاطرات برخوردارهای گذشته با درد یادآوری می‌شوند و سپس پاسخ خودکار بدن ناشی از اضطراب آغاز می‌شود (۱۵).

هیجان‌ها نقش مهمی در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزمره ایفا کرده و در انطباق با وقایع استرس‌زا و تحولات زندگی بسیار تأثیر گذار می‌باشند. در واقع هیجان‌ها واکنش‌های بیولوژیکی هستند، که در چالش‌ها و موقعیت‌های مهم زندگی جهت هماهنگی برای رویارویی و پاسخ دهی ظاهر می‌شوند. اگر چه هیجان‌ها پایه و اساس بیولوژیکی دارند، اما افراد قادر به تأثیر گذاردن بر هیجان‌ها و راه‌های ابراز آن می‌باشند، که این عمل تنظیم هیجان^۱ نامید می‌شود (۱۶). ناتوانی در تنظیم هیجان منجر به فعالیت طولانی مدت غدد درون ریز و سیستم عصبی خود مختار می‌شود. بنابراین، بیماری‌های روان تنی یا علائم جسمانی ایجاد می‌شوند. همچنین هیجان‌ها بخشی از گیرنده‌های رفلکسی نخاع را تنظیم می‌کنند و از این طریق هیجان‌ها خوشایند می‌توانند موجب بازداری در گیرنده‌ها شوند و شدت درد را کاهش دهند. در حقیقت علائم جسمی و هیجان‌ها ناخوشایند به افزایش فعالیت این گیرنده‌ها و افزایش شدت علائم جسمی درد منجر می‌شود (۱۷). در بیماری‌های قلبی عروقی نیز بیان یا سرکوب

²- Kriger et al

³-Compassion-Focused Therapy (CFT)

¹- Regulation Emotion

درد و شکست از طریق خود محکوم سازی^۲ (۳۴)، احساس انزوا^۳ (۳۵)، بزرگنمایی^۴ افکار و احساسات (۳۶) تقویت می شود. بیماری های عروق کرونر با تظاهرات سندرم حاد عروق هنوز علت اصلی مرگ در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد. به طور کلی پیشرفت تکنولوژی و زندگی مدرن امروزی موجب تغییراتی در روش زندگی و شرایط اجتماعی افراد شده است، که می تواند زمینه ساز بسیاری از بیماری های قلبی- عروقی شود. در واقع افزایش میانه سنی جمعیت، رشد سریع شهرنشینی، کوچک شدن جوامع، توسعه فناوری و به دنبال آن کاهش فعالیت های جسمانی و افزایش تنش های روحی- روانی باعث گسترش عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی و در نتیجه شیوع زیاد این بیماری ها شده است. همچنین این بیماری ها علاوه بر علائم جسمانی تغییرات روانشناختی را در بیماران به وجود می آورند، که می تواند آسیب های ناشی از این بیماری را برای فرد و جامعه افزایش دهد. بنابراین ضرورت پژوهش در زمینه بررسی عملکردهای روانشناختی این بیماران در جهت افزایش سلامت روان آن ها چشمگیر می باشد. از سوی دیگر درمان متمرکز بر شفقت از معروف ترین روان درمانی موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است، که تکنیک هایی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده هایی از روان شناسی تکاملی، روان شناسی اجتماعی، روان شناسی رشد، روان شناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است. در واقع این رویکرد را می توان از جمله ها روان درمانی هایی یکپارچه نگری دانست که سعی کرده است تا پلی بر شکاف سنتی مابین هیجان و شناخت در حوزه رفتاردرمانی شناختی بزند. یکی از موضوعات کانونی این رویکرد استفاده از آموزش ذهن مشفق برای یاری رساندن به افراد و ایجاد ملایمت درونی، امنیت و تسکین از طریق شفقت به خود و دیگران است. بنابراین علاوه بر تحقیقات در این زمینه به سبب اهمیت و گسترش روز افزون بیماری های قلبی هنوز پژوهش های جدید اهمیت و جایگاه ویژه ای دارند. از اینرو این پژوهش به دنبال این سوال است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر

التماس، متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به گام برداشتن جهت کاهش رنجی است که فرد با آن روبرو می شود (۲۵). درمان مبتنی بر شفقت در کاهش هیجانات منفی و افکار پارانوئیدی (۲۶)، کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (۲۷)، کاهش شرم، خود انتقادی و اضطراب اجتماعی (۲۸) مؤثر است. در واقع شفقت سلامتی را از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش عاطفی در زمان سختی تقویت می کند و به ویژه به افراد در اصلاح الگوهای ناسازگار فکری و رفتاری کمک می کند. همچنین شفقت فرد را در برابر شکست ها با استراتژی های مقابله- ی تطبیقی محافظت می کند و نیروی انگیزشی برای رشد و بهبود سلامتی را برای او فراهم می کند (۲۹). شفقت بیشتر، مواجه شدن با هیجان را مدنظر قرار می دهد، تا اجتناب کردن از آن، بنابراین افراد با شفقت بالاتر اجتناب کمتری دارند و بیشتر از راهبردهای مسأله محور استفاده می کنند که این امر در کاهش تجربه استرس و افسردگی بسیار با اهمیت است (۳۰). در مفهوم شفقت بعد شفقت خود اهمیت ویژه ای دارد و به معنای تجربه پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران به گونه ای که فرد مشکلات و رنج های خود را قابل تحمل تر بداند، تعریف شده است (۳۱-۳۲). شفقت خود را در بردارنده سه جزء اساسی مهربان بودن و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خود انتقادگرانه، داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزئی از تجارب همه انسان ها است و تجارب و احساسات خود را به گونه ای متعادل و بدون بزرگنمایی نگریستن می داند. همچنین داشتن احساس شفقت منجر به بروز سبک های مقابله فعال در جهت ارتقاء و حفظ سلامت روانی می شود. بنابراین افراد همراه با شفقت خود درد و نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می کنند و دیدگاه حمایت گرانه نسبت به خود دارند که باعث کمتر شدن احساس افسردگی و اضطراب و افزایش رضایت آنها از زندگی می شود (۳۳). همچنین افرادی که دارای شفقت خود هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که شفقت خود کمتری دارند تجربه می کنند، زیرا تجربه

²- Self-Condensation

³-Feeling of isolation

⁴-Over-Identification

¹- Self- Compassion

افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونا قلب تأثیر دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری ۴۵ روزه انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل بیماران مبتلا به بیماری کرونا قلب مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۶ بوده است. ابتدا از میان کلینیک‌های خصوصی قلب و عروق شهر اصفهان یک کلینیک به صورت در دسترس انتخاب شد و سپس از میان بیماران مراجعه کننده به این مرکز و بر اساس معیارهای ورود و خروج ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. سپس از آزمودنی‌های هر دو گروه، آزمون و کنترل از طریق پرسشنامه پیش‌آزمون گرفته شده است و برای آزمودنی‌های گروه آزمایش یک دوره درمان مبتنی بر شفقت به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار برگزار شده است، در حالی که آزمودنی‌ها در گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند. سپس در پایان دوره آموزش از آزمودنی‌های هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد و در نهایت ۴۵ روز پس از مداخله، آزمون پیگیری از دو گروه نیز انجام شد.

معیارهای ورود برای افراد شامل تشخیص بالینی سندرم حاد کرونری توسط پزشک متخصص قلب و عروق، دامنه‌ی سنی ۳۵-۶۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل و عدم اختلالات حاد روانپزشکی بود. همچنین ملاک‌های خروج از این پژوهش نیز شامل عدم تمایل بیمار به شرکت در جلسات آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی بود.

پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۱: این پرسشنامه توسط زیگموند و اسنیث^۲ (۱۹۸۳) طراحی شده است (۳۷). این پرسشنامه یک ابزار کوتاه است، که با حذف علائم جسمی و

تمرکز بر علائم روانشناختی سطح اضطراب و افسردگی را در بیماران جسمی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در واقع این پرسشنامه ابزار خود گزارشی ۱۴ سؤالی است، که برای غربال وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب و بر مبنای مقیاس چهار نمره‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) تنظیم شده است. در این مقیاس هفت پرسش در رابطه با نشانه‌های اضطراب و هفت پرسش پیرامون نشانه‌های افسردگی وجود دارد. بنابراین، نمرات هر یک از زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب بین ۰ تا ۲۱ می‌باشد. نمرات در دامنه‌ی صفر تا هفت عادی یا طبیعی، هشت تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می‌شود. در واقع مؤلفان نمره ۱۱ را به عنوان نقطه برش پیشنهاد می‌کنند، که نمره‌های بالاتر از آن از اهمیت بالینی برخوردارند. کویچرس و همکاران^۳ نشان دادند، پرسشنامه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی یک ابزار غربالگری با پایایی، روایی و حساسیت مناسب است (۳۸). همچنین در پژوهش لویز-آلوارنگا و همکاران^۴ (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ برای اولین بار برابر با ۰/۸۴ و برای مرتبه دوم ۰/۸۶ و همچنین ضریب همبستگی درون گروهی ۰/۹۴۶ بدست آمد (۳۹). کاویانی و همکاران، محاسبه آلفای کرونباخ برای آیت‌های هفت‌گانه زیرمقیاس افسردگی و اضطراب را به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۵ نشان دادند، که گویای هماهنگی درونی این زیرمقیاس بوده است (۴۰). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای این پرسشنامه ۰/۴۲۳ برای زیرمقیاس افسردگی و ۰/۴۶۹ برای زیرمقیاس اضطراب بدست آمده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۵: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران^۶ تدوین شده است (۴۱). این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است، که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. پرسشنامه تنظیم هیجان^۷ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی

3- Kuijpers et al

4- López-Alvarenga et al

5- Emotional Cognitive Regulation Questionnaire

6- Garnefski et al

1- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

2- Zigmond & Snaith

می‌کند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش بر اساس لیکرت پنج نمره‌ای هر گز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) می‌باشد، که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه‌ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (۴۱). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش سامانی و صادقی (۱۳۸۹) در دامنه‌ی ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۴۲). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی حاضر برای این پرسشنامه برای تنظیم هیجانی منفی ۰/۸۵۹ و برای تنظیم هیجانی مثبت ۰/۸۸۷ محاسبه گردید.

بسته درمانی مبتنی بر شفقت: در این پژوهش از بسته درمانی مبتنی بر شفقت نف و گرمر^۱ استفاده شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول (۱) ارائه گردیده است (۴۳).

جدول ۱- شرح جلسات درمانی مبتنی بر شفقت

جلسه اول	آموزش درک شفقت خود ذهن آگاه: در یک تمرین رقابتی اعضای گروه تفاوت میان چگونگی رفتار با خودشان و چگونگی رفتار با فردی که او را دوست دارند، را در هنگام دشواری‌های زندگی تشخیص می‌دهند. سپس سه عنصر شفقت خود در یک محیط امن آموزش داده می‌شوند.
جلسه دوم	آموزش تمرین ذهن آگاهی: در این جلسه نظریه و اصول ذهن آگاهی ارائه می‌شوند. همچنین چگونگی اینکه ذهن (مغز) به صورت طبیعی در هنگام استراحت به دنبال مسائل و مشکلات گذشته و آینده است، شرح داده می‌شوند.
جلسه سوم	آموزش تمرین مهربانی و مهر ورزیدن: در این جلسه شرکت‌کنندگان تمرین مهر ورزیدن را یاد می‌گیرند. این تمرینات شامل عباراتی مانند: من احساس امنیت می‌کنم، من با خودم مهربان هستم می‌باشد. در واقع این تمرین یا در جلسات رسمی کلاس و یا در طول روز انجام می‌شود.
جلسه چهارم	آموزش یافتن جایگاه شفقت در خودتان: درس اصلی این جلسه این است، که چگونه از تکرار عبارات‌های مهرورزی فراتر روید و به صورت طبیعی شفقت خود را در خود تمرین کنید. در واقع شفقت خود با هدف و قصد اینکه من تو را دوست دارم و نمی‌خواهم رنج بکشی، انجام شود.
جلسه پنجم	آموزش عمیق زندگی کردن: در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد، پرداخته می‌شود. اگر بدانی واقعاً چه چیزی برای مهم است می‌توانی با خود مهربان باشی. این جلسه همچنین به فرد کمک می‌کند، که در صورت عدم تطابق زندگی با ارزش‌های اصلی، باز هم شفقت خود داشته باشد.
جلسه ششم	آموزش مدیریت احساسات و عواطف دشوار: به شرکت‌کنندگان در برنامه‌ی شفقت درمانی، در ابتدا آموزش داده می‌شود، که چگونه این عواطف دشوار را نام‌گذاری کنند (از این عواطف با یک رویکرد آرام و مهربان یاد کنند) و سپس جایگاه آن عواطف را در بدن خود بیابند. تمرین اصلی که در این جلسه آموزش داده می‌شود (تمرین آرام کردن) بر اساس مهارت‌های مربوط به آگاهی‌های جسمانی می‌باشد. این تمرین شامل شفقت فیزیکی و روانی می‌باشد.
جلسه هفتم	آموزش تغییر روابط: تمرینات این جلسه شامل تغییر درد روابط، چه درد ذاتی و یا چه دردی که ناشی از عدم توانایی در برقراری رابطه باشد، می‌باشند. بسیاری از دردهای در زندگی در روابط به وجود می‌آیند و در روابط نیز خاتمه می‌یابند. شفقت خود ذهن آگاه می‌تواند اولین گام در کاهش دردها و افزایش قدرت بخشش به خود و دیگران باشد. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که برای دردهایی که در روابط دشوار زندگی آن‌ها را تحمل کرده‌اند، از جملات و عبارات همراه با شفقت استفاده کنند.
جلسه هشتم	آموزش قبول و پذیرش زندگی: این جلسه آخر تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد. اینکه جست‌وجوی تهدیدهای فیزیکی و عاطفی برای ادامه بقای ضروری است، اما در ظرفیت فرد برای شاد بودن، مشکل ایجاد می‌کند. در حقیقت با تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود فرد می‌تواند، تعصبات ذاتی خود را کم کند و بیشتر از زندگی لذت ببرد.

آزمایش ۶۰٪ نمونه زن و ۴۰٪ مرد، در حالی که در گروه کنترل ۵۳/۳ درصد زن و ۴۶/۷٪ مرد بودند. همچنین میانگین سن در گروه آزمایش ۴۸/۲۷ سال و در گروه کنترل ۴۷/۶ سال، میانگین مدت بیماری در گروه آزمایش ۳/۹۳ سال و در گروه کنترل ۵/۸۴ سال و میانگین سال‌های تحصیلی در گروه آزمایش ۱۲/۸۷ سال و در گروه کنترل ۱۰/۸ سال بوده است.

در جدول (۲) نتایج همبستگی نمرات متغیرهای پژوهش با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پیوسته سن، تحصیلات و مدت بیماری ارائه شده است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش		سن		تحصیلات		مدت بیماری	
شاخص	ضریب همبستگی	معناداری	ضریب همبستگی	معناداری	ضریب همبستگی	معناداری	ضریب همبستگی
افسردگی	-۰/۲۲۶	۰/۲۲۹	۰/۱۲۲	۰/۵۲۲	۰/۳۳۶	۰/۰۶۹	۰/۰۶۹
اضطراب	-۰/۰۲۵	۰/۸۹	-۰/۰۱۵	۰/۹۳۶	۰/۲۹۵	۰/۱۱۴	۰/۱۱۴
تنظیم هیجانی منفی	-۰/۰۳۱	۰/۸۷۲	۰/۵۰۴	۰/۰۰۵	-۰/۰۷	۰/۷۱۵	۰/۷۱۵
تنظیم هیجانی مثبت	۰/۱	۰/۶	-۰/۵۱۹	۰/۰۰۳	۰/۰۷۳	۰/۷۰۲	۰/۷۰۲

بنابراین در بررسی‌های مربوط به تنظیم هیجانی علاوه بر پیش‌آزمون متغیر تحصیلات کنترل گردیده است.

نتایج نشان می‌دهد، که تحصیلات با تنظیم هیجانی منفی و مثبت رابطه معناداری دارد ($P < 0.05$). همچنین رابطه این سه متغیر جمعیت‌شناختی با سایر متغیرهای پژوهش غیرمعنادار بوده است.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه‌ها	آزمایش						کنترل
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		
افسردگی	۲/۲۶	۱/۳۹	۲/۱۱	۱/۱	۲/۲۳	۲/۲۷	۲/۲۷
انحراف استاندارد	۰/۲۷	۰/۲۵	۰/۲۳	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۱۵
اضطراب	۲/۱۸	۱/۳۴	۲/۵۳	۰/۹۹	۲/۴۳	۲/۴۴	۲/۴۴
انحراف استاندارد	۰/۲۶	۰/۲۳	۰/۱۸	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۱۴	۰/۱۴
تنظیم هیجانی منفی	۶۳/۶	۴۹	۵۶/۴	۳۹/۵۳	۵۴/۸۷	۵۷/۲	۵۷/۲
تنظیم هیجانی مثبت	۶/۰۹	۲/۲۷	۲/۹۴	۳/۲	۲/۵	۴/۷۸	۴/۷۸
انحراف استاندارد	۳۹/۷۳	۵۹/۱۳	۴۹/۸۷	۶۸/۶۷	۴۹/۸۹	۴۸/۲	۴۸/۲
انحراف استاندارد	۷/۹۸	۳/۶۸	۳/۸۸	۳/۳۹	۴/۴۷	۵/۲۷	۵/۲۷

این آزمون پیش فرض نرمال بودن و همسانی واریانس‌های متغیرها بررسی شدند. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است. در واقع توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است ($p > 0/05$).

نتایج در جدول (۳) نشان می‌دهد، میانگین افسردگی و اضطراب و تنظیم هیجان منفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون پایین تر است. همچنین میانگین نمرات تنظیم هیجانی مثبت بالاتر است. در ادامه به منظور بررسی اینکه آیا میزان تأثیر مداخله درمانی، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. البته پیش از اجرای

جدول ۴- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های پژوهش

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	F	معناداری	F	معناداری	
افسردگی	۰/۸۸۷	۰/۳۵۴	۰/۱۵۲	۰/۷	۰/۴۵۳
اضطراب	۱/۲۰۴	۰/۲۸۲	۰/۲۰۹	۰/۶۵۱	۰/۲۳۱
تنظیم هیجانی منفی	۰۶/۸۹۱	۰/۰۱۴	۰/۴۰۹	۰/۵۲۸	۰/۵۳
تنظیم هیجانی مثبت	۹/۷۷۳	۰/۰۰۴	۰/۶۷۸	۰/۴۱۷	۰/۴۱۶

باکس پیش فرض تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته نیز تأیید شد.

$M_{\text{box}} = 11/279$ و $p = 0/11$ برای افسردگی، $5/48$ $M_{\text{box}} = 10/55$ ، $p = 0/168$ برای اضطراب، $10/55$ $M_{\text{box}} = 0/545$ و $p = 0/545$ برای تنظیم هیجان)

با توجه به رعایت این پیش فرض، نرمال بودن بیشتر نمره‌ها و پیش فرض تساوی واریانس‌ها، تحلیل مورد نظر برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت.

آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها در جدول (۴) نیز نشان داد، که فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات گروه‌ها در تمام متغیرها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به جز تنظیم هیجانی منفی و مثبت در مرحله پیش آزمون، رد نمی‌شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تأیید می‌گردد ($P > 0/05$). همچنین آزمون

جدول ۵- نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی

متغیر	ضریب	F	درجه آزادی		معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
			فرض	خطا			
پیش آزمون افسردگی	۰/۹۸۳	۰/۲۳	۲	۲۶	۰/۷۹۶	۰/۰۱۷	۰/۰۸۲
گروه	۰/۰۴۱	۳۰۳/۸۲۹	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۱/۰۰۰
پیش آزمون اضطراب	۰/۹۸۶	۰/۱۸۲	۲	۲۶	۰/۸۳۵	۰/۰۱۴	۰/۰۷۵
گروه	۰/۰۷۸	۱۵۳/۸۹۶	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱/۰۰۰
پیش آزمون تنظیم هیجانی منفی	۰/۶۹۸	۲/۳۸۵	۴	۲۲	۰/۰۸۲	۰/۳۰۲	۰/۵۸۸
پیش آزمون تنظیم هیجانی مثبت	۰/۹۷۷	۰/۱۳	۴	۲۲	۰/۹۷	۰/۰۲۳	۰/۰۷۲
تحصیلات	۰/۸۵	۰/۹۷	۴	۲۲	۰/۴۴۴	۰/۱۵	۰/۲۵۶
گروه	۰/۱۳	۴۲/۹۶	۴	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷	۱/۰۰۰

جدول ۶- نتایج تحلیل تک متغیری مقایسه دو گروه در متغیر افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری

منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی داری	حجم اثر	توان
مجذورات	آزادی	مجذورات	مجذورات			آماري	آماري
پس آزمون	۵/۰۹۳	۱	۵/۰۹۳	۱۱۲/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶	۱/۰۰۰
پیگیری	۹/۴۰۸	۱	۹/۴۰۸	۴۴۴/۹۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳	۱/۰۰۰
پس آزمون	۵/۶۵	۱	۵/۶۵	۹۶/۷۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲	۱/۰۰۰
پیگیری	۹/۷۷	۱	۹/۷۷	۲۲۵/۷۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳	۱/۰۰۰
پس آزمون	۲۱۲/۲۳۷	۱	۲۱۲/۲۳۷	۳۸/۹۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹	۱/۰۰۰
پیگیری	۱۲۳۰/۴۴۸	۱	۱۲۳۰/۴۴۸	۷۰/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷	۱/۰۰۰
پس آزمون	۳۹۷/۰۵۵	۱	۳۹۷/۰۵۵	۲۱/۹۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷	۰/۹۹۴
پیگیری	۲۲۹۱/۸۲۱	۱	۲۲۹۱/۸۲۱	۱۵۱/۲۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۸	۱/۰۰۰

پژوهش نشان داد، که درمان مبتنی بر شفقت در بیماران کرونر قلبی در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش تنظیم هیجانی مؤثر بوده است. لینکولن و همکاران و (۲۲،۲۶) در تحقیقات خود توانایی شفقت در تنظیم هیجان را نشان دادند، که همسو با نتایج این پژوهش است. آرمیتسو و هافمن و گیلبرت و پروستر (۱۱،۳۰) نیز در تحقیقات خود به نقش شفقت در کاهش افسردگی اشاره کردند (۲۹-۳۰). الیک و سدیکیدز نیز بیان کردند، که شفقت خود باعث کاهش اضطراب و افسردگی می-شود که همسو با نتایج این پژوهش است (۳۳). در تبیین این فرضیه می توان ادعان کرد، که بیمار مبتلا به کرونر قلبی به سبب حساسیت بیماری و مشکلات ناشی از آن اغلب نگران است و این نگرانی اضطراب را برای او به همراه دارد. بروز اضطراب فقط به یک نقطه ختم نمی شود و پیامدهای ناگوار دیگر هم دارد. در واقع بیمار وقتی اضطراب و نگرانی داشته باشد در انجام بسیار از فعالیت ها و ارتباطات اجتماعی منفعل و ناتوان می شود. در حقیقت آشفتگی های ناشی از اضطراب موانعی برای یک زندگی آرام محسوب می شوند، که می تواند در برهم زدن تنظیمات هیجانی و تشدید علائم بیماری مؤثر باشد. در واقع تنظیم هیجان در زندگی بسیار مهم و کلیدی می باشد و نیازمند توانایی در ایجاد و حفظ تعادل خود هنگام برخورد با چالش ها و ناملازمات است. مسلماً زندگی در بیماران کرونر قلبی هم مانند زندگی همه ی انسان ها مشکلات زیادی دارد، که به گونه ای

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول (۶) بیانگر این است، که درمان مبتنی بر شفقت، نمرات افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به کرونر قلب را در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری بهبود داده است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت در بهبود متغیرهای پژوهش مؤثر بوده و نتایج درمان مذکور در طی زمان نیز دارای ثبات بوده است و اثربخشی آن باقی مانده است.

بحث و نتیجه گیری

یکی از مهم ترین عوامل مرگ و میر در دنیا، بیماری قلبی-عروقی است بیماری عروق کرونر^۱ قلبی از جمله بیماری های قلبی-عروقی است، که تظاهرات این بیماری، جسمانی-روانی بوده است، به طوری که بیماران علاوه بر درد، تعریق و استفراغ، دچار استرس و اضطراب و آسیب های روانی نیز می شوند. در واقع این بیماری فقط نتیجه غیر قابل اجتناب پیر شدن و ساخت ژنتیکی افراد نیست و متغیرهای بیولوژیک، محیطی، روان شناختی در سبب شناسی آن دخالت دارند (۲). تشخیص بیماری عروق کرونر علاوه بر مطرح نمودن مشکلات جسمی، باعث اختلالات قابل توجه در وضعیت روانی بیماران می شود (۳).

پژوهش حاضر به بررسی عوامل مؤثر بر این بیماری و تحقیق در مورد راههای درمان این بیماری پرداخته، چنانچه نتایج این

¹-Coronary Artery Disease

می‌باشد. همچنین شفقت بیشتر، مواجه شدن با هیجان را مدنظر قرار می‌دهد، تا اجتناب کردن از آن و استفاده از راهبردهای مسأله محور را سرلوحه قرار می‌دهد (۳۰). بنابراین بیمار پس از درمان به جای اجتناب از مسائل هیجانی با برخورد مسأله مدار همراه با شفقت تنظیم هیجان‌ات را به مرور فرا می‌گیرد و توانمندی او در ایجاد تعادل در هیجان‌ات به نوعی او را در مسیر بهتری سوق می‌دهد. در واقع وقتی بیمار نسبت به خود و دیگران مهربان تر شود و دیدگاه جدیدی پیدا کند به مرور دامنه‌ی ارتباطات بین فردی و اجتماعی هم عوارغم وجود بیماری افزایش می‌یابد. گسترش ارتباطات و مهربانی با دیگران سطح خلق بیمار را بهبود می‌بخشد و افسردگی کاهش می‌یابد. زیرا درمان مبتنی بر شفقت در بیمار نگرشی شفقت بار بدون تمرکز بر کاستی‌ها و ترس‌ها ایجاد کرده است. در واقع پس از درمان تقویت مثبت هر کدام از متغیرها می‌تواند به نوعی تأثیرات مثبت بر دیگری داشته باشد.

بر اساس تأثیری که درمان مبتنی بر شفقت در این پژوهش بر متغیرهای روانشناختی بیماران کرونا قلبی داشته است. بنابراین جای مداخلات روانشناختی بالخصوص درمان مبتنی بر شفقت در کنار درمان‌های دیگر در حوزه‌ی درمان بیماران کرونا قلبی خالی می‌باشد و توجه به این سازه و تلاش به تقویت و آموزش آن به بیماران و روانشناسان پیشنهاد می‌شود. همچنین بررسی تأثیر دیگر مداخلات روانشناختی برای کاهش افسردگی و اضطراب و تنظیم هیجانی در بیماران کرونا قلبی و مقایسه‌ی نتایج حاصل از مداخلات مختلف در جهت بهبود سلامتی روان بیماران پیشنهاد می‌شود.

انعطاف و درایت در برخورد با آن‌ها لازم می‌باشد. حتی تنظیم هیجان‌ات در این بیماران به نوعی نقش مهم تری دارد، زیرا هر گونه تلاطمات هیجانی می‌تواند آسیب‌های جبران ناپذیری را در رابطه با بیماری به دنبال داشته باشد. همچنین این دیدگاه در بیمار وجود دارد، که کنترل هیجان‌ات در کنترل بیماری‌اش مهم است و به سبب این حساسیت گاهی به جای مواجه صحیح با موانع اجتناب را در پیش می‌گیرد، که این خود می‌تواند تشدید کننده‌ی هیجان‌ات منفی باشد. از سوی دیگر اضطراب نیز ناتوانی بیمار را تنظیم هیجان‌ات تشدید می‌کند. در پی اضطراب و عدم تنظیم هیجانی بیمار به مرور سرخورده می‌شود و خلق افسرده به سراغ او می‌آید. در واقع مجموعه‌ی این تغییرات به صورت دور باطل در تشدید یکدیگر و ایجاد مشکلات برای بیمار نقش اساسی دارند. افراد همراه با شفقت درد و نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند و دیدگاه حمایت‌گرانه باعث کمتر شدن احساس افسردگی و اضطراب و افزایش رضایت آنها از زندگی می‌شود (۳۳). بنابراین مبنا در درمان مبتنی بر شفقت آموزش ذهن مشفق نسبت به خود و دیگران است. در این تکنیک به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند، تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل ساز خود را تغییر دهد. با تغییرات ایجاد شده در الگوهای ذهنی مخرب، بیمار نسبت به خود و دیگران مهربان تر می‌شود و حساسیت بر کاستی‌ها و ناملایمات نیز کمتر می‌شود. این تغییرات آرامش ذهنی و کاهش اضطراب و نگرانی را برای بیمار به همراه دارد. همچنین شفقت با سبک مقابله و تنظیم هیجان‌ات مرتبط است (۱۹). بنابراین هیجان‌ات مثبت در بیمار پس از درمان مبتنی بر شفقت نیز تقویت می‌شود، چون اساس شفقت به نوعی بر پایه‌ی هیجان‌ات مثبت

References

- 1- Piepoli, MF. Hoes, AW. Agewall, S. Albus, C. Brotons, C. Catapano, AL. et al. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*. 37 (29): 2315-2381.
- 2- Braunwald, E. (2012). *Coronary Artery Diseases*. In: Bonow, RO. Mann, DL. Zipes, DP. (editors). *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine*. 9th ed. Philadelphia: WB. Elsevier Saunders. P. 294-302.
- 3- Ebadi A, Moradian ST, Faizi F, Asiabi M. Comparison of Hospital Anxiety and Depression in Patients with Coronary Artery Disease. *Quarterly Iranian Journal Of Critical Care Nursing*. 1390; 4(2):97-102

- 4- Costa, MA. Trentini, CA. Schafranski, MD. Pipino, O. Gomes, RZ. Reis, ES. (2015). Factors Associated with the Development of Chronic Post-Sternotomy Pain: a Case-Control Study. *Braz J Cardiovasc Surg.* 30 (5):552-556.
- 5- Greenwood, M. (2015). Essentials of medical history-taking in dental patients. *Dent Update.* 42 (4):308-310.
- 6- Fathi Ashtiyani A. Psychological tests: personality assessment and mental health. Tehran. Besat.(Persian)
- 7- Leung, YW. Flora, DB. Gravely, S. Irvine, J. Carney, RM. Grace, S. L. (2012). The impact of pre-morbid and post-morbid depression onset on mortality and cardiac morbidity among patients with coronary heart disease: meta-analysis. *Psychosomatic Medicine.* 74 (8): 786-801.
- 8- Jain, A. Bhadauria, D. (2013). Evaluation of efficacy of fluoxetine in the management of major depression and arthritis in patients of rheumatoid arthritis. *Indian J Rheumatol.* 8 (6): 165- 169.
- 9- Baker, TA. Buchanan, NT. Small, BJ. Hines, RD. Whitfield, KE. (2011). Identifying the relationship between chronic pain, depression, and life satisfaction in older African Americans. *Res Aging.* 33 (4):426-443.
- 10- Huffman, JC. Celano, CM. Beach, SR. Motiwala, SR. Januzzi, JL. (2013). Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular psychiatry and neurology*, retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2013/695925>.
- 11- Gilbert, P. Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology Psychotherapy.* 13 (6): 353-379.
- 12- Ganji M. DSM-based psychopathology. Tehran. Savalan. (Persian)
- 13- Watkins, LL. Koch, GG. Sherwood, A. Blumenthal, JA. Davidson, JRT. O'Connor, C. et al. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *American Heart Association's.* 2 (2):e000068.
- 14- Thompson, B. (2006). The relationship between the expectation of pain and pre-competitive anxiety Msc Thesis, Florida State University, United States of America.
- 15- Asmundson, GJG. Collimore, KC. Bernstein, A. Zvolensky, MJ. Hadjistavropoulos, HD. (2007). Is the latent structure of fear of pain continuous or discontinuous among pain patients? Taxometric analysis of the pain anxiety symptoms scale. *The Journal of Pain.* 5: 387-395.
- 16- Tamir, M. (2016). Why Do People Regulate Their Emotions? A Taxonomy of Motives in Emotion Regulation. *Personality and social psychology review.* 20(3):199-222.
- 17- Goldenberg, A. Halperin, E. van Zomeren, M. Gross, JJ. (2016). The Process Model of Group-Based Emotion: Integrating Intergroup Emotion and Emotion Regulation Perspectives. *Personality and social psychology review.* 20(2):118-141.
- 18- Grandey, AA. Melloy, RC. (2017). The state of the heart: Emotional labor as emotion regulation reviewed and revised. *J Occup Health Psychol.* 22(3):407-422.
- 19- Diedrich, A. Grant, M. Hofmann, S.G. Hiller, W. Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy.* 58: 43-51.
- 20- Alen, AB. Leary, MR. (2010). Self-compassion, stress and coping. *Social and Personality Psychology Compass.* 4 (2): 107-118.
- 21- Kriger, T. Hermann, H. Zimmermann, J. Holtforth, MG. (2015). Associations of self-compassion and global self-esteem with positive and negative affect and stress reactivity in daily life. *Personality and Individual Differences.* 87: 288-292.
- 22- Terry, LM. Leary, RM. (2011). Self-compassion, self regulation and health. *Journal of Self and Identity.* 10 (3): 352-362.
- 23- Ashworth, F. Gracey, F. Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment.* 12(02):128-139.
- 24- Depue, RA. Morrone-Strupinsky, JV. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behav Brain Sci.* 28(3):313-350.
- 25- Gilbert, P. (2013). *The Compassionate Mind Approach to Mindful Compassion.* Constable-Robinson, London.
- 26- Lincoln, TM. 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.
- 27- Heriot-Maitland, C. Vidal, JB. Ball, S. Irons, C. (2011). A compassion-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol.* 53(1):78-94.
- 28- Boersma, K. Håkanson, A. Salomonsson, E. Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 45(2):89-98.
- 29- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment.* 15: 199-208.
- 30- Arimitsu, K. Hofman, SG. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences.* 74: 41-48.

- 31- Neff, KD. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2: 223-250.
- 32- Neff, KD. (2011). Self-compassion, self-esteem and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*. 5 (1): 1-12.
- 33- Alicke, MD. Sedikides, C. (2009). Self-enhancement and self-protection: what they are and what they do. *European Review of Social Psychology*. 20: 1-48.
- 34- Lee, Wk. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*. 54 (18): 899-902.
- 35- Van Dam, NT. Sheppard, SC. Forsyth, J. Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 25 (1): 123-130.
- 36- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10 (1): 125-162.
- 37- Zigmond, AS. Snaith, RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 67: 361-70.
- 38- Kuijpers, PM. Denollet, J. Lousberg, R. Wellens, HJ. Crijns, H. Honig, A. (2003). Validity of the hospital anxiety and depression scale for use with patients with noncardiac chest pain. *Psychosomatics*. 44: 329-35.
- 39- López-Alvarenga, JC. Vázquez-Velázquez, V. Arcila-Martínez, D, Sierra-Ovando, AE. González-Barranco, J. Salín-Pascual, RJ. (2002). Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients. *RevInvest Clin*. 54: 403-409.
- 40- Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and Validity of Iranian Anxiety and Depression Hospital Scale for Depressed and Anxiety Iranian Patients. *Tehran Journal of Medical Sciences*. 5(67):379-385.
- 41- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- 42- Samani S, Sadeghi L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal Management System*. 1(1): 51-62
- 43- Neff, K. Germer, C. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of clinical psychology*. 69(8): 1-12.

Original Article

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Depression, Anxiety and Emotion Regulation in Patients with Coronary Heart Disease

Received: 06/12/2018 - Accepted: 22/11/2018

Nooshin Adibizadeh¹
Ilnaz Sajjadian^{2*}

¹ M.A of general psychology, Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Assistant Professor Department of psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

* Department of psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Abstract

Introduction: The purpose of the present study was to determine the effectiveness of compassion focused therapy on depression, anxiety and emotion regulation in patients with coronary heart disease.

Methods: A quasi-experimental design including pretest, posttest and follow-up assessments with control group was used in the study. For this purpose, 30 patients with coronary heart disease were selected using available sampling method and were randomly assigned to two experimental and control groups. The instrument for measuring Anxiety and depression scale and emotion regulation questionnaire which was completed by the participants. In the experimental group, Compassion-focused therapy was performed in 8 sessions of 90 minutes.

Results: The results of covariance analysis showed that self-compassion therapy improved the scores of depression, anxiety and emotional regulation in patients with coronary heart disease in the experimental group in the post-test and follow up ($P < 0.05$). In other words, compassion-focused therapy was effective in improving the variables of the study and the results of the therapy remained stable over time.

Discussion and Conclusion: The results show that education has a significant positive correlation with negative and positive emotional regulation ($P < 0.05$). Also, the relationship between these three demographic variables with other research variables has been irrational. Therefore, in the study of emotional regulation, in addition to the pre-test, the variable of education has been controlled.

Key words: depression, anxiety, emotion regulation, compassion-focused therapy, coronary heart disease.