

Compare Compassion-Based Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Reduce Fear of Compassion and Self-Criticism in People with Heart Failure

Maryam Ghahremani Ochghaz¹, Parvaneh Mohammadkhani*², Mohammad Hatami³, Ramin Mohammadrezaei⁴

¹ Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

² Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

³ Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

⁴ Expert of Tehran Heart Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

Article History

Received: 28/08/2020

Revised: 11/02/2022

Accepted: 19/02/2022

Available online: 19/02/2022

Article Type

Research Article

Keywords

compassion-based therapy, mind-based cognitive therapy, fear of compassion, Self-criticism, heart failure

Corresponding Author*

Parvaneh Mohammadkhani, Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, fax number 08637222526

ORCID: 0000-0003-2176-3253

E-mail: parmohamir@yahoo.com

dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1399.15.1.10.1>

ABSTRACT

The present study was conducted with the aim to compare compassion-based therapy and mindfulness-based cognitive therapy to reduce fear of compassion and Self-criticism in people with heart failure. The design of the present study was a quasi-experimental. The statistical population of this study was all patients with heart failure referred to the failure center clinic of Tehran Heart Center, from which 10 people were selected for each group using available sampling method, for one experimental group, compassion-based therapy and for the second experimental group, mind-based therapy were performed, and members of all three groups answered the fear of compassion (2011) and Self-blame (2004) scales in two stages of pre-test and post-test. The obtained data from this study were analyzed using multivariate analysis of covariance, for this purpose, SPSS/21 software was used. The results of the present study showed that compassion-based therapy and cognitive therapy based on the presence of mind have a significant effect on reducing the fear of compassion and Self-criticism of heart patients ($P < 0.001$). In addition, the results of the present study showed that compassion-based therapy has a greater effect on reducing fear of compassion than cognitive therapy based on the presence of the mind. However, no significant difference was found between the two treatments in reducing Self-criticism in patients with heart failure. According to the findings of this study, the active medical staff in the field of chronic diseases is better to prioritize psychological interventions and treatments in their treatment programs to help patients with heart failure.

Citation: Ghahremani Ochghaz, M., Mohammadkhani, P., Hatami, M., and Mohammadrezaei, R., (1399/2020). Compare Compassion-based Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy to Reduce Fear of Compassion and Self-Criticism in People with Heart Failure. *Contemporary Psychology*, 15(1), 123-137
DOR: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1399.15.1.10.1>

مقایسه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری افراد مبتلا به نارسایی قلبی

مریم قهرمانی اوچقاز^۱، پروانه محمدخانی^{۲*}، محمد حاتمی^۳، رامین محمدرضایی^۴

^۱ گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

^۳ گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۴ متخصص مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

تحقیق حاضر با هدف مقایسه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به کلینیک نارسایی مرکز قلب تهران بودند که از بین آنها ۱۰ نفر برای هر گروه با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی منتصب شدند. اعضای هر سه گروه هم در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به پرسشنامه های ترس از شفقت گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) و خودسرزنشگری گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) پاسخ دادند. داده های حاصل از این تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند که برای این منظور از نسخه ی ۲۱ نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تاثیر معناداری بر کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری بیماران قلبی دارند ($P < 0.01$). علاوه بر این، نتایج آزمونهای تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تاثیر بیشتری در کاهش ترس از شفقت دارد با این حال در کاهش خودسرزنشگری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بین دو درمان تفاوت معناداری یافت نشد. با توجه به یافته های حاصل از این تحقیق کادر درمانی فعال در حوزه بیماری های مزمن بهتر است که مداخلات و درمانهای روانشناختی را در اولویت برنامه های درمانی خود جهت کمک به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قرار دهند.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۷

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۳۰

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۱۲/۳۰

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

کلیدواژه ها

درمان مبتنی بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، ترس از شفقت، خودسرزنشگری، نارسایی قلبی

نویسنده مسئول*

پروانه محمدخانی استاد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی شماره فکس ۰۸۶۳۷۲۲۵۲۶

ارکد: 0000-0003-2176-3253

پست الکترونیکی: parmohamir@yahoo.com

مقدمه

بیماری های قلبی یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می گردند، به طوری که در شروع قرن بیستم اختلال قلبی - عروقی کمتر از ۱۰ درصد کل مرگ و میر در جهان را شامل می شد، اما در اواخر این قرن علت نزدیک به نیمی از کل مرگ و میرهای

کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد مرگ و میرهای کشورهای در حال توسعه به شمار می رود (الموس، موریس و پلاندان، ۲۰۱۶). نتایج تحقیقات اخیر چه در داخل و چه در خارج کشور از شیوع فزاینده اختلالات قلبی و عروقی حکایت می کنند، به گونه ای که این اختلالات را از مهم ترین دلایل مرگ و میر در ایران برمی شمردند

¹. Lemos, Moraes & Pellanda

قاسمی، علیها، بستانی، سمیعی، حقانی، ۲۰۱۳/۱۳۹۲). نارسایی قلبی^۱ (HF) یک سندرم بالینی است که در اثر نقایص ساختاری و عملکردی میوکارد ایجاد می شود و در نتیجه باعث اختلال در پر شدن بطن یا بیرون راندن خون می شود (داسانایاکا و جونز^۲، ۲۰۱۵). ابتلا به این بیماری علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، تپش قلب و خستگی شدید را سبب می شود و منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می کند که بر ابعاد بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی وی و به تبع آن بر روی میزان شاخص های روانی فرد تأثیر می گذارد (داندرا، تامسون، میلز، بیر و فورز^۳، ۲۰۰۵). بیماری قلبی عروقی نه تنها راحتی و سعادت بیمار را تحت تأثیر قرار می دهد بلکه ارتباطات اجتماعی، الگوهای زندگی، شغل و سطح درآمد فرد و به طور کلی کیفیت زندگی او متأثر می سازد (هسو، تساو و چن و چو^۴، ۲۰۱۴). مرور ادبیات پژوهشی موجود نشان می دهد که عوامل روانشناختی نقش مهمی در زندگی بیماران قلبی ایفاء می کنند؛ به طوری که این عوامل هم می توانند نقش ریسک فاکتور و هم نقش حمایتی در زندگی بیماران قلبی داشته باشند. بنابراین بررسی وضعیت روانشناختی این بیماران مهم به نظر می رسد (خیام نکویی، نشاط دوست، یوسفی، صادقی، منشائی، ۲۰۱۳). یکی از عواملی که وضعیت روانشناختی افراد مبتلا به نارسایی های قلبی را تحت تأثیر قرار می دهد، دیدگاه آن ها نسبت به خود، ارزیابی آن ها از خویش و به طور دقیق تر شفقت به خود است (گیلبرت^۵، ۲۰۱۶). شفقت به خود^۶ عموماً به عنوان گرایش برای مهربانی و بخشش خود تعریف می شود که سبب بهبود احساس عزت نفس و خدازشمندی می گردد (فالکنر، کینگ و بروین^۷، ۲۰۱۵). شفقت به خود و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می شود (وارن^۸ و همکاران، ۲۰۱۲). محققان بر این عقیده اند که خودشفقتی با کاهش اضطراب و افسردگی مرتبط است و در کنار آمدن با نارسایی ها، مانند عدم موفقیت تحصیلی، کمک می کند (پودینا، جاکان و دیوید^۹، ۲۰۱۵؛ نیلی، اسپالرت، محمد، ربرت، چن^{۱۰}، ۲۰۰۹).

این در حالی است که ترس از شفقت به خود و دیگری، به عنوان بازداری آگاهانه ای نسبت به اعمال شفقت اطلاق می شود که ناشی از ناتوانی در مدارا با تکان های پر خاشگرانه درون فکنی شده فرد، برای تنبیه خود و دیگری می باشد. در واقع، بررسی ها نشان داده است که معمولاً ترس از شفقت به گونه ای صورت می پذیرد که آثار و عواقب آن مشتمل بر احساس حقارت ناشی از خود سرزنشی است (لوپز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). ترس از شفقت به خود و دیگری که با کمبود یا فقدان پیوندها و روابط محبت آمیز در مراحل اولیه زندگی مرتبط است (گیلبرت مک ایون، ماتوس و ایویس^{۱۲}، ۲۰۱۱)، با مسائل روانشناختی گسترده ای از قبیل افسردگی (یاماگوچی و کیم^{۱۳}، ۲۰۱۳)، اضطراب و آشفتگی های شناختی (لانگ^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۰)، نوسانات خلقی (فالکنر، کینگ و بروین^{۱۵}، ۲۰۱۵)، مشکلات تنظیم هیجانی، ناتوانی در پایبندی به رژیم های درمانی (دورات^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۷) و رفتارهای آسیب به خود گسترده و عمیق ارتباط دارد (ناک، چا، دور^{۱۷}، ۲۰۱۵).

محققان بر این باورند که شفقت به خود پایین در صورت تداوم می تواند حالات و هیجانات منفی همچون خودسرزنشگری را به دنبال داشته باشد (کهرتری، حشمتی و پورشریفی، ۲۰۱۸/۱۳۹۷). خودسرزنشگری به خود ویرانگری روانشناختی و آگاهانه ای اطلاق می شود که ناشی از ناتوانی در مدارا کردن با تکان های پر خاشگرانه درون فکنی شده فرد، برای تنبیه خود می باشد. در واقع، بررسی ها نشان داده است که معمولاً خود سرزنشگری به گونه ای صورت می پذیرد که آثار و عواقب آن مشتمل بر احساس حقارت ناشی از خود سرزنشی است (لوپز و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات صورت گرفته بر اساس مدل های شناختی افسردگی، نقش خود سرزنشگری را به عنوان عوامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده اند (میلر و رایسون^{۱۸}، ۲۰۱۶). نتایج تحقیقات مختلف حاکی از این است که نسبت به دیگر مولفه های درون فردی، خود سرزنشگری تأثیر عمیق تری بر بروز نشانگان آسیب شناسی روانی دارد. جنگ و ترس^{۱۹} (۲۰۱۵) نشان دادند که افکار خودآیند منفی، صرفاً پیش بینی کننده نگرش منفی نسبت به وقایع خنثی و ارزیابی های منفی کوتاه مدت از شکست ها می باشد، در حالی که خود سرزنشگری، زنجیره ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود

¹¹ . López

¹² . Gilbert, McEwan, Matos & Rivis

¹³ . Yamaguchi & Kim

¹⁴ . Longe

¹⁵ . Falconer, King & Brewin

¹⁶ . Duarte

¹⁷ . Nock, Cha & Dour

¹⁸ . Miller & Raison

¹⁹ . Joeng & Turner

¹ . Heart failure (HF)

² . Dassanayaka & Jones

³ . Dunderdale, Thompson, Miles, Beer, & Furze

⁴ . Hsu, Tsao, Chen & Chou

⁵ . Gilbert

⁶ . Self-compassion

⁷ . Falconer, King, Brewin

⁸ . Wren

⁹ . Podina, Jucan & David

¹⁰ . Neely, Schallert, Mohammed, Roberts & Chen

سرزنش‌کننده است که مانع حل مسئله سازگاران شده، به افزایش افکار منفی می‌انجامد و بهبودی علائم آسیب‌شناسی روانی را در درمان به تاخیر می‌اندازد. خود سرزنشگری، دوره‌های خلق افسرده را طولانی‌تر و شدیدتر می‌کند، تفکر افراد را به طور منفی جهت‌دار کرده و باعث می‌شود توانایی حل مسئله فرد، پایین بیاید. بنابراین در درمان علائم آسیب‌شناسی روانی مبتلایان به نارسایی قلبی، پرداختن به خود سرزنشگری از اهمیت بالایی برخوردار است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۶). مرور ادبیات پژوهشی مرتبط با متغیرهای پژوهش در بیماران قلبی و سایر نمونه‌های پژوهشی نشان می‌دهد که خودسرزنشگری زیاد و خود شفقتی کم عموماً با شیوع بالاتر آسیب‌شناسی روانی مرتبط است (شاهار^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). این در حالی است که خود شفقتی زیاد و خودسرزنشگری کم به داشتن سلامت روان بهتر و زندگی شادتر کمک می‌کند. از طرفی، محققان در مطالعات خود اذعان کرده‌اند که خودشفقتی و خودسرزنشگری سازهایی هستند که قابلیت تغییر دارند. بنابراین، این سازه‌ها از نظر بالینی مهم هستند و لذا تحقیق در مورد مداخلاتی که می‌تواند باعث افزایش خودشفقتی و کاهش خودسرزنشگری شود، ضروری است (هالامووا^۲، کورونوویوا، کانوویسکی، تونیوا، کاپلی^۳، ۲۰۱۹). به ویژه، در بیماران قلبی که به دنبال ابتلا به نارسایی قلبی با فشارهای روانی و جسمانی متعددی مواجه می‌شوند (الصوبایی^۴ و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از مداخلاتی که در سال‌های اخیر در مورد طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی به کار برده شده است، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن است (ساروی، مک مانوس، موس و ویلیامز^۵، ۲۰۱۵). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن^۵ برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی‌کننده عود افسردگی است که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل در سال ۱۹۹۵ مطرح شد (سگال، ویلیامز، تیزدل^۶، ۲۰۱۱). بنیان‌گذاران درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با بررسی عوامل تأثیر رفتاردرمانی شناختی در درمان افسردگی به این یافته دست یافتند که کار کردن مکرر با محتوای افکار و گرایش‌های اجتنابی عادت به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می‌شود، به عبارت دیگر، آن‌ها پی بردند که رسیدن به نوعی ارتباط "تمرکز زدایی شده" و توسعه چشم‌اندازی متفاوت نسبت به افکار و هیجان‌ها عامل اصلی تأثیر درمان‌های شناختی می‌باشد و

همین عامل است که توانایی رها شدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرخه‌های خلق پایین را از بین می‌برد (کرین^۷، ۲۰۰۹؛ ترجمه محمدخانی، خانی‌پور و جعفری، ۲۰۱۲/۱۳۹۱). حضور ذهن مفهومی برخاسته از آموزه‌های بودایسم است و ریشه در کلمه ساتی در زبان پالیایی دارد که نزدیکترین معادل برای آن توجه خالصانه یعنی توجه کامل به لحظه حال و نه توجه آگاهی یا ذهن آگاهی و یا هر چیز دیگری است (محمدخانی، خانی‌پور، آزاد مهر، ناصری ۲۰۱۵/۱۳۹۴). به‌طور کلی، در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن‌ها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آنها معمولاً برمی‌انگیزانند جدا کند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد (موسویان و همکاران، ۲۰۱۰/۱۳۸۹). از جمله تمرین‌های این درمان می‌توان به تنفس، تفکر، احساسات بدنی، صداها و فعالیتهای روزانه مبتنی بر حضور ذهن اشاره کرد (شاکری، محمدخانی و محمدنژاد، ۲۰۱۸/۱۳۹۷). در مطالعات تجربی متعددی اثربخشی مداخله مبتنی بر حضور ذهن بر بیشتر ابعاد زندگی جوامع پژوهشی مختلف نشان داده شده است. برای مثال؛ آقاباقری، عمرانی، فرهنگ (۲۰۱۲/۱۳۹۱) در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس دریافتند که میانگین نمرات بهزیستی ذهنی و امید گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به صورت معناداری افزایش یافته است. در تحقیقی دیگر، مقتدائی و همکاران (۲۰۱۲/۱۳۹۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر حضور ذهن به طور معناداری باعث بهبود علائم جسمی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر می‌شود. همچنین، میلان^۸ (۲۰۱۴) در تحقیقی نشان داد که درمان مبتنی بر حضور ذهن به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش عزت‌نفس منجر می‌گردد (جوهری-فرد و سبک‌خیز، ۲۰۱۷/۱۳۹۶). یزدانی، اسماعیلی و نامدای (۲۰۱۸/۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر حضور ذهن بر خودشفقتی نیز اثربخش است.

با وجود اینکه تاکنون روش‌های درمانی متعددی نظیر درمان دارویی، روان درمانی فردی، تحلیلی، شناختی رفتاری و خانواده‌درمانی برای درمان علائم آسیب‌شناسی روانی و بهبود وضعیت روانشناختی

^۵ . Mindfulness

^۶ . Segal, Williams, Teasdale

^۷ . Crane

^۸ . Milian

^۱ . Shahar

^۲ . Halamová, Koróniová, Kanovský, Túniyov & Kupeli

^۳ . Alsubaie

^۴ . Surawy, McManus, Muse & Williams

مبتلایان به بیماری‌های قلبی مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال هر یک از این رویکردها بر سازه‌های متفاوتی در تبیین شکل گیری مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به نارسایی‌های قلبی تاکید می‌کنند، اما به نظر می‌رسد که هیچکدام از این نظریه‌ها تبیین مناسب و جامعی را که منجر به کاهش علائم آسیب شناسی ناشی این افراد شود، ارائه نداده اند. از این رو مطالعه و پژوهش بیشتر در مورد مداخلات درمانی جدید در پیشگیری و درمان مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به نارسایی‌های قلبی موضوعی است که کماکان در معرض توجه صاحب‌نظران قرار گرفته است (لموس، موریس و پلاندا، ۲۰۱۶). در این میان، مدل نظری ارائه شده توسط گیلبرت (۲۰۰۹) این یافته‌های ظاهراً متنوع و پراکنده را ادغام می‌کند و توضیح می‌دهد که مداخلات روانشناختی، چگونه می‌توانند منجر به بهبود مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن شوند. از دیدگاه یکپارچه گیلبرت (۲۰۰۹)، مشکلات روانشناختی از طریق نقائص در نحوه برخورد فرد با خودش بروز و تداوم می‌یابند. این فرایندها با توجه به اینکه آیا دیدگاه فرد به خود مثبت یا منفی است و این که آیا پیامدهایی که بعد از بروز مشکلات جسمانی و روانشناختی رخ می‌دهند، درون فردی و یا بین فردی هستند، متفاوت می‌باشند. به این ترتیب، مشکلات روانشناختی ممکن است توسط دیدگاه منفی فرد به خودش تداوم یابند (فالکنر و همکاران، ۲۰۱۵). گیلبرت (۲۰۰۹) با توجه به مدل آسیب‌شناسی که طبق نظریه شفقت ارائه می‌کند، یک رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت ارائه می‌کند که در آن تلاش می‌شود دیدگاه فرد نسبت به خودش تعدیل شود و از طریق افزایش شفقت به خود، ترس از شفقت کاهش یابد. در این زمینه نتایج مطالعاتی موجود نشان می‌دهد که درمان گروهی متمرکز بر شفقت می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای نوین در کاهش شرم درونی شده و خودانتقادی موثر باشد (فتح‌الله زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی، نوایی نژاد، ۲۰۱۷/۱۳۹۶). آلبرستون، نف و دیل-شکلی فور^۱ (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش علائم روان شناختی منفی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش علائم روان شناختی منفی در بیماران مزمن جسمی موثر است. گانزالز-هرناندز^۲ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ناشی از ابتلا به سرطان، خود شفقت ورزی و کیفیت زندگی بیماران نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ناشی از ابتلا به سرطان، خود شفقت ورزی و کیفیت زندگی

بیماران دچار سرطان سینه مؤثر بوده است. غفاریان و خیاطان (۲۰۱۸/۱۳۹۷) نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت با افزایش خود شفقتی دانش‌آموزان، باعث بهبود توانایی ابراز وجود دانش‌آموزان دختر می‌گردد. با توجه به مطالب ذکر شده در خصوص ضرورت انجام مداخلات روانشناختی برای بهبود وضعیت سلامت روان بیماران مبتلا به درد مزمن همچون نارسایی قلبی (الصوبایی و همکاران، ۲۰۱۷؛ برجلی، عباسی، اسدیان، اعیادی، ۲۰۱۷/۱۳۹۵) و از آنجایی که متغیرهای شفقت به خود یا سرزنش بیش از حد خود به عنوان عوامل تاثیر گذار بر سلامت روان نمونه‌های مختلفی پژوهشی شناخته شده‌اند که از قابلیت تغییر برخوردارند (هالامووا و همکاران، ۲۰۱۹)، در این تحقیق درصددیم تا مداخله روانشناختی موثر در این زمینه را شناسایی کنیم که برای این منظور با مرور پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی مشخص شد که از بین مداخلات درمانی موجود، درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن از جمله مداخلات رایج در زمینه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی هستند (هالامووا و همکاران، ۲۰۱۹؛ گیلبرت، ۲۰۰۹)، لذا در این تحقیق درصدد پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا بین درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری افراد مبتلا به نارسایی قلبی تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهشی

طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گواه است.

شرکت کنندگان

جامعه آماری این پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به کلینیک نارسایی مرکز قلب تهران بودند. از بین بیمارانی که در بازه زمانی اردیبهشت تا خرداد ماه ۱۳۹۸ به کلینیک نارسایی مرکز قلب تهران مراجعه کرده بودند، بعد از بررسی معیارهای پزشکی و معیارهای ورود و خروج پژوهش (همچون؛ تمایل به همکاری در تحقیق، برخورداری از حداقل توانایی جسمی و شناختی، دارا نبودن اختلال حاد سایکوتیک یا اختلالی روانی دیگری که منجر به مصرف دارو باشد) و با در نظر گرفتن اندازه اثر و آلفای ۰/۰۵ بر اساس نرم‌افزار G.Power برای هر گروه ۱۰ نفر به عنوان نمونه

². Gonzalez-Hernandez

¹. Albertson, Neff & Dill-Shackelford

محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش در جریان تحقیق، برای هر گروه ۱۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. با این حال، در نهایت بعد از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص پر شده و افت بعضی شرکت‌کنندگان در جریان تحقیق، نمونه نهایی تحقیق حاضر ۳۰ نفر بودند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس ترس از شفتت^۱: برای سنجش ترس از شفتت در این تحقیق از مقیاس ارزیابی ترس از شفتت گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد که دارای سه مؤلفه هراس از شفتت به خود، هراس از دریافت شفتت از سوی دیگران و هراس از شفتت به دیگران است که گویه‌های مربوط به این مؤلفه‌ها برگرفته از ایده‌های موجود در نظریه دلبستگی (بالبی، ۱۹۶۳، ۱۹۷۳ و ۱۹۸۰) یا ایده‌های آرتی و بمبوراد (۱۹۸۰) است (از دلسوزی و محبت کردن به دیگران می‌ترسم). ۱۳ گویه از این مقیاس مربوط به مؤلفه هراس از شفتت به خود، ۱۵ گویه مربوط به هراس از شفتت به دیگران است. نمره‌گذاری گویه‌های این مقیاس با استفاده از طیف لیکرت چندگزینه‌ای از ۰ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) صورت می‌گیرد. روایی این ابزار با استفاده از روایی صوری و پایایی آن با استفاده از بررسی همبستگی درونی سوالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه هراس از شفتت به خود، هراس از دریافت شفتت از سوی دیگران و هراس از شفتت به دیگران به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ به دست آمد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر در بررسی کفایت روانسنجی این مقیاس، نسخه اصلی مقیاس ترس از شفتت توسط دو مترجم از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. سپس مجدداً مقیاس توسط اساتید روانشناسی مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفته و در نهایت پرسشنامه فارسی با ۴۱ ماده و در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای تهیه و بر روی اعضای نمونه اجرا گردید. پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۳۰۰ آزمودنی دانشجوی مقاطع رشته‌ها و سنین مختلف، تحلیل‌های آماری بر روی داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها صورت گرفت. آزمون بارلت در سطح کمتر از ۰/۰۰۵ معنادار و ارزش آزمون KMO برابر با ۰/۶۴ بدست آمد که این نتیجه حاکی از آن است که سوالات مقیاس ترس از شفتت برای تشکیل عوامل دارای همبستگی کافی می‌باشد.

نتایج حاصل از تحلیل عوامل نشان داد که این پرسشنامه از ساختار عاملی مناسب برخوردار است. سوالات مربوط به هریک از عوامل هراس از شفتت به خود، هراس از دریافت شفتت از سوی دیگران و هراس از شفتت به دیگران، توانایی خوبی در پیش بینی میزان و کیفیت ترس از شفتت دارند. با در نظر گرفتن بالاترین میزان بار عاملی سه مؤلفه مقیاس ترس از شفتت مطابق با یافته‌های گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) تایید گردید. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای هر سه خرده مقیاس در سطح مطلوب بود، بدین صورت که ضریب همسانی درونی برای عامل هراس از شفتت به خود ۰/۷۶، هراس از دریافت شفتت از سوی دیگران ۰/۷۲ و هراس از شفتت به دیگران ۰/۷۵ بدست آمد.

مقیاس خود سرزنشگری گیلبرت^۲ و همکاران:

سنجش خود سرزنشگری در این تحقیق از مقیاس خود سرزنشگری گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. این مقیاس ۲۲ آیتم دارد که افکار و احساسات مختلف افراد نسبت به خودشان را در زمانی که اوضاع برای آن‌ها خوب پیش نمی‌رود، بررسی می‌کنند. این آیتم‌ها دارای سه مؤلفه هستند. دو مؤلفه به خود انتقادگری مربوط است؛ خود بی‌کفایتی که بر روی نابسندگی شخصی تمرکز می‌کند (من به راحتی از خودم ناامید می‌شوم) و بیزاری از خود، که میزان تمایل فرد برای آسیب رساندن به خودش را نشان می‌دهد (من به حدی از خودم عصبانی می‌شوم که می‌خواهم به خودم آسیب برسانم). یک مؤلفه دیگر نیز درباره اطمینان‌بخشی به خود است؛ به خود اطمینان دادن (می‌توانم جنبه‌های مثبتم را به خودم یادآوری کنم). پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۰ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شوند (گیلبرت، کلارک، همپل، مایلز و ایرونز^۳، ۲۰۰۴). گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای عامل خود بی‌کفایتی ۰/۹۰، برای عامل بیزاری از خود ۰/۸۶ و برای عامل اطمینان‌بخشی ۰/۸۶ گزارش کردند. علاوه بر این، در تحقیقی در ایران قهرمانی اوچقاز، محمدخانی، حاتمی و محمدرضایی (۲۰۲۰) به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداختند. برای این منظور نسخه اصلی مقیاس خود سرزنشگری توسط دو مترجم از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. سپس مجدداً مقیاس توسط اساتید روانشناسی مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفته و در نهایت پرسشنامه فارسی با ۲۲ ماده و در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای تهیه و بر روی اعضای نمونه

². Self-Blame Scale

³. Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons

¹. Fear of Compassion Scale

اجرا گردید. پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۳۰۰ آزمودنی دانشجوی مقاطع، رشته ها و سنین مختلف، تحلیل های آماری بر روی داده های حاصل از پرسشنامه ها صورت گرفت. آزمون بارتلت در سطح کمتر از ۰/۰۰۵ معنادار و ارزش آزمون KMO برابر با ۰/۶۲ بدست آمد که این نتیجه حاکی از آن است که سوالات مقیاس خودسرزنشگری برای تشکیل عوامل دارای همبستگی کافی می باشد.

نتایج حاصل از تحلیل عوامل نشان داد که این پرسشنامه از ساختار عاملی مناسب برخوردار است. سوالات مربوط به هریک از عوامل، توانایی خوبی در پیش بینی میزان و کیفیت خودسرزنشگری به خود دارند. با در نظر گرفتن بالاترین میزان بار عاملی سه مولفه مقیاس خودسرزنشگری مطابق با یافته های گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) تایید گردید، با این تفاوت که در تحقیق حاضر، سوالات ۸، ۱۴ و ۱۹ در هیچ کدام از عوامل، بار عاملی مناسب را کسب نکردند و از پرسشنامه حذف شدند. روایی آن با استفاده از تحلیل اکتشافی و عاملی تأیید شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای

عامل خود بی کفایتی ۰/۸۹، برای عامل بیزاری از خود ۰/۷۳ و برای عامل اطمینان بخشی ۰/۷۵ به دست آمد.

مطالب و محتوای مداخله

برای تحلیل داده ها از آماره های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و برای آزمون فرضیه ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. همچنین، الگوی شفقت درمانی که در تحقیق حاضر به کار رفت برگرفته از پروتکل شفقت درمانی گیلبرت (۲۰۱۰)، ترجمه قهرمانی و محمدخانی، (۲۰۱۷/۱۳۹۶) و الگوی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن که در تحقیق حاضر به کار رفت برگرفته از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن محمدخانی و خانی پور (۲۰۱۲/۱۳۹۱) بود که خلاصه ی جلسات پروتکل شفقت درمانی در جدول ۱ و پروتکل درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در جدول ۲ به صورت خلاصه بیان شده است. قابل ذکر است که پروتکل های مذکور با کمک اساتید راهنما و مشاور و با مطالعه ی پژوهش هایی که در آنها این پروتکل ها برای بیماران قلبی استفاده شده بودند، برای نمونه های تحقیق حاضر متناسب سازی شدند.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
۱	برقراری رابطه اولیه و ارزیابی شدت مشکلات مراجع و بررسی وضعیت فعلی مشکلات افراد برای شناخت بیشتر. آشنایی مراجع و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات مراجع از درمان و شرح قوانین جلسات. توضیح مختصر مدل درمانی CFT و چارچوب های اصلی درمان مبتنی بر شفقت آموزش تمرین تنفس آرامبخش ریتمیک انجام شد. اجرای پیش آزمون. تکلیف خانگی: تمرین تنفس آرامبخش ریتمیک.
۲	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: بررسی نوع برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقتگر)، تعریف خودانتقادی و علل و پیامدهای آن، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنها با هم، و تعریف شفقت. تکلیف خانگی: تمرین تنفس ریتمیک یا انواع خود، شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر.
۳	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: شفقت به خود چیست؟ ویژگی ها و مهارت های آن و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روحی فرد. توضیح درباره حضور ذهن و آموزش آن. بحث درباره موقعیتهای دشوار و واکنشهای افراد در آن شرایط. انجام تمرین تنفس با حضور ذهن در پایان جلسه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و پاسخ به سؤال «چقدر به خود شفقت می ورزید»؟
۴	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرین یوگا (ریلکسیشن برای مهار اضطراب)، معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن. بررسی میزان تکانش پذیری مراجع در موقعیتهای مختلف و آموزش تمرین یوگا برای مقابله و کاهش آن. انجام تمرین تصویرسازی دلسوزانه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه، کامل کردن جدول مربوط به مهارتهای شفقت
۵	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: پرورش خود شفقت و معرفت مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری در ایجاد شفقت. انجام تکلیف نوشتن نامه دلسوزانه. انجام تمرین تنفس همراه با خرد، توانایی و گرمی. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و نوشتن نامه دلسوزانه
۶	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: نوشتن قسمت دوم نامه دلسوزانه. آموزش مفهوم به هیجاری و منطق آن. آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و مسئولیت پذیری در ایجاد شفقت. انجام تمرین اسکن دلسوزانه در پایان جلسه. تمرین خانگی: انجام تمرین جلسه
۷	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرکز بر خود شفقت و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس و رفتار). بحث درباره تفکر شفقت و آموزش تأثیر افکار بر خشم، اضطراب و هیجانات. انجام تمرین کشمش خوردن با حضور ذهن. تکلیف خانگی: تصویرپردازی ذهنی خودشفقت و ورزش.
۸	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: یادآوری مهارت های شفقت و توضیح نقش شفقت در کنترل هیجانات، هدایت نحوه تفکر. مرور آموزش افکار و رفتار شفقت گر در مقابل انتقادگر. بحث درباره حساسیت های بین فردی و واکنش به طردشدگی و به کار بردن مهارتهای شفقت در کنترل و کاهش این واکنشها. اجرای تمرین مانترای شخصی دلسوزانه. اجرای پس آزمون. تمرین خانگی: کامل کردن تمرین مهارتهای شفقت، به کار بستن و تداوم تکنیکها در زندگی واقعی

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر حضور ذهن

جلسات	اهداف هر جلسه
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با همدیگر، آشنایی اعضا با ساختار کلی جلسات، مفهوم سازی مشکل، توضیحات کلی درباره روش آموزش حضور ذهن
جلسه دوم	آموزش تن آرامی
جلسه سوم	مرور کوتاهی بر برنامه جلسه قبل، تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات به صورت چشم بسته
جلسه چهارم	مروری کوتاهی بر جلسات قبل، آموزش توجه به تنفس
جلسه پنجم	مرور کوتاهی بر جلسات قبل، آموزش تکنیک پویا بدن
جلسه ششم	مروری بر جلسه قبل، آموزش حضور ذهن افکار، آموزش متمرکز کردن توجه به ذهن بدون تفکر در مورد چیز دیگر
جلسه هفتم	آموزش حضور ذهن بصورت کامل
جلسه هشتم	انجام خلاصه‌ای از تمام تکنیک‌های آموزش داده شده جلسات قبلی، اجرای پس‌آزمون و تشکر و قدردانی از اعضای نمونه

کدهای اخلاق و کارآزمایی

برای رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، ضمن توضیح اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان، در خصوص محرمانه ماندن مشخصاتشان به آنها اطمینان داده شد و در نهایت رضایت آگاهانه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به صورت کتبی اخذ گردید.

روند اجرای پژوهش

جهت اجرای تحقیق حاضر بعد از اخذ کد اخلاق و معرفی‌نامه و مجوزهای لازم از دانشگاه و مرکز پژوهش قلب تهران، ضمن حضور در مراکز هدف، ۸۲ بیمار، بعد از غربالگری پزشکی برای مصاحبه بالینی حاضر شدند که از بین آنها ۶۵ نفر معیارهای ورود به پژوهش را داشتند که بعد از پر کردن پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، ۳۰ نفری که ۲۵ درصد انتهایی نمرات پرسشنامه‌های تحقیق را داشتند، انتخاب شدند. سپس بیماران قلبی به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه

آزمایش و یک گروه مداخله) قرار گرفتند. در گام بعدی برای هر گروه به صورت جداگانه، ضمن توضیح منطق درمان و قوانین و توافق برای زمان برگزاری جلسات و گرفتن رضایت‌نامه کتبی و شفاهی، جلسه توجیهی برگزار شد. در پایان جلسات نیز شرکت‌کنندگان دوباره پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و در نهایت داده‌های به دست آمده از این گروه‌ها با استفاده از نسخه‌ی ۲۱ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به نارسایی قلبی موردبررسی و مقایسه قرار گرفت، اعضای هر گروه شامل ۱۰ نفر بودند که که فراوانی و درصد هر یک از گروه‌ها از نظر متغیر جنس، تحصیلات و شغل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه شفقت درمانی		گروه حضور ذهن		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۶٪	۷٪	۶٪	۶٪	۶٪
	زن	۴٪	۳٪	۳۰٪	۴٪	۴۰٪
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۶٪	۵٪	۵۰٪	۴٪	۴۰٪
	لیسانس	۳٪	۳٪	۳۰٪	۵٪	۵۰٪
ت	فوق لیسانس	۱٪	۲٪	۲۰٪	۱٪	۱۰٪
	کارمند	۴٪	۲٪	۲۰٪	۴٪	۴۰٪
شغل	آزاد	۳٪	۵٪	۵۰٪	۳٪	۳۰٪
	خانه دار	۳٪	۳٪	۳۰٪	۳٪	۳۰٪

جنسیت، تحصیلات و شغل تا حد زیادی همتا هستند.

جدول ۳ مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که اعضای هر سه گروه از نظر متغیرهای

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون - پس‌آزمون ترس از شفقت و مولفه‌های خودسرزنشگری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
درمان مبتنی بر شفقت	ترس از شفقت	۳۷/۱۸	۱۳/۳۸	۳۳/۲۶	۱۱/۶۲
	خود بی‌کفایتی	۲۶/۱۹	۹/۱۱	۲۱/۳۳	۷/۹۸
	بیزاری از خود	۱۶/۶۵	۶/۷۶	۱۲/۳۶	۵/۸۴
درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن	ترس از شفقت	۳۶/۲۲	۱۱/۳۳	۳۳/۷۹	۱۰/۷۱
	خود بی‌کفایتی	۲۴/۱۷	۹/۸۷	۲۱/۷۴	۷/۰۶
	بیزاری از خود	۱۷/۰۵	۶/۵۱	۱۴/۵۹	۶/۲۳
گروه گواه	ترس از شفقت	۳۵/۹۸	۱۲/۶۲	۳۶/۱۹	۱۲/۳۲
	خود بی‌کفایتی	۲۵/۵۷	۸/۹۸	۲۴/۶۴	۹/۴۶
	بیزاری از خود	۱۵/۹۴	۵/۳۵	۱۵/۸۵	۵/۲۲

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرها را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، تغییرات چشم‌گیری داشته است. این تغییرات در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

قبل از آزمون فرضیه‌های تحقیق حاضر به بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس پرداخته شد که نتایج آزمون آزمون کولموگروف-

اسمیرنوف در هیچ یک از متغیرها معنادار نشد ($P > 0.05$). که نشانگر رعایت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها است. علاوه بر این، جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که آزمون لوین در هیچ یک از متغیرهای تحقیق معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند ($P > 0.05$).

جدول ۵: نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیره

نوع آزمون	df فرضی	df خطا	F	P
اثر پیلایی	۱۰/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۸/۵۹۷	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۱۰/۰۰۰	۷۰/۰۰۰	۹/۹۳۴	۰/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۱۰/۰۰۰	۶۸/۰۰۰	۱۱/۳۱۶	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۶/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۲۰/۶۱۰	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلایی موید این موضوع است

که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرها در پس‌آزمون ایجاد شده است. از این رو هریک از این مولفه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: مقایسه پس‌آزمون در سه گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	متغیرها	Df	F	P-value	ضریب اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	ترس از شفقت	۱	۲/۹۸۲	۰/۰۹۰	۰/۰۵۳	۰/۳۹۶
	خود بی‌کفایتی	۱	۲۵/۱۲۸	۰/۰۰۴	۰/۳۰۷	۱/۰۰۰
	بیزاری از خود	۱	۲۱/۸۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۸۶
گروه	ترس از شفقت	۲	۸/۲۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۶	۰/۹۵۱
	خود بی‌کفایتی	۲	۱۴/۰۹۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴۸	۰/۹۹۸
	بیزاری از خود	۲	۷/۹۷۸	۰/۰۰۲	۰/۲۲۱	۰/۹۰۶

مبتلا به نارسایی قلبی بود. نتایج به دست آمده از تحقیق حاضرین فرضیه را که نمرات ترس از شفقت اعضای گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و گواه با هم تفاوت دارند، تأیید کرد. بدین صورت که نمرات پس‌آزمون ترس از شفقت اعضای که در گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان مبتنی بر شفقت شرکت داشتند، کمتر از نمرات اعضای است که در گروه گواه جایگزین شده بودند. لذا درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ترس از شفقت اثربخش می‌باشند. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نیز نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ترس از شفقت افراد مبتلا به نارسایی قلبی اثربخشی بهتری دارد.

نتیجه‌ی به‌دست‌آمده از آزمون فرضیه فوق در خصوص اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش ترس از شفقت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با مطالعات مشابه صورت گرفته در این زمینه همچون تحقیق یزدانی، اسماعیلی و نامدای (۲۰۱۸/۱۳۹۷) همسو است که در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نقش مهمی در افزایش خود شفقتی ایفاء می‌کند. در تبیین اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از شفقت می‌توان به این نکته اشاره کرد که یکی از اولویت‌های اصلی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن افزایش ارتباط مؤثر فرد با تجارب درونی خود و به دنبال آن افزایش مهارت‌های ارتباط مؤثر فرد با دیگران است، این در حالی است که طبق نظر گیلبرت (۲۰۱۰) ترس از شفقت هم می‌تواند شامل ترس از شفقت به خود و همچنین، ترس از شفقت با دیگران باشد. بنابراین، واضح است که به دنبال آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌توان به بهبود مهارت‌های ارتباط مؤثر آن‌ها با خود و دیگران کمک کرد که مطمئناً به دنبال تقویت این مهارت‌ها از میزان ترس فرد از شفقت به خود و دیگران کاسته خواهد شد. از طرفی، تأکید بر اتخاذ نگرش غیرقضاوتگرانه در این درمان باعث می‌شود تا به دنبال کاهش قضاوت این بیماران در مورد خود و

طبق جدول ۶ نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون ترس از شفقت در سه گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از ارائه مداخلات درمانی، نمرات ترس از شفقت اعضای که در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و گواه شرکت داشتند، تفاوت معناداری داشته است ($P < 0.001$). برای مشخص شدن تفاوت موجود بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی استفاده شد که نتایج نشان داد ترس از شفقت اعضای که در گروه درمان مبتنی بر شفقت شرکت داشتند، نسبت به اعضای که در گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن شرکت داشتند یا در گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است ($P < 0.01$). بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ترس از شفقت افراد مبتلا به نارسایی قلبی اثربخشی بهتری دارد. همچنین، نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون خود سرزنشی در سه گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از ارائه مداخلات درمانی، نمرات خود سرزنشی اعضای که در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و گواه شرکت داشتند، تفاوت معناداری داشته است ($P < 0.005$). برای مشخص شدن تفاوت موجود بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی استفاده شد که نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که نمرات پس‌آزمون خود سرزنشی اعضای که در گروه درمان مبتنی بر شفقت شرکت داشتند و اعضای که در گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن شرکت داشتند، تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین، بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش خود سرزنشی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر مقایسه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری افراد

دیگران، نگرش منفی کمتری در مورد خود و دیگران داشته باشند که در این صورت راه برای پدیدآیی نگرش و هجانات مثبت همچون شفقت ورزی به خود و دیگران هموار می‌شود.

علاوه بر این، نتیجه دیگر حاصل از آزمون فرضیه حاضر در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ترس از شفقت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با نتایج پژوهش غفاریان و خیاطان (۲۰۱۸/۱۳۹۷) همسو است که نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت با افزایش خود شفقتی دانش‌آموزان، باعث بهبود توانایی ابراز وجود دانش‌آموزان دختر می‌گردد. همچنین، آلبرتسون و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق همسوی دیگری دریافتند که افرادی که درمان مبتنی بر شفقت را دریافت می‌کنند، در مقایسه با گروه کنترل شفقت ورزی بیشتری را نسبت به خود و دیگران تجربه کرده‌اند. در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان گفت که طبق مدل شفقت درمانی گیلبرت (۲۰۱۰)، در فرایند بهبود نشانگان بالینی و آسیب‌های روان‌شناختی بیمارانی که از راهبردهای ناکارآمد مواجهه و مقابله با تجارب درونی استفاده می‌کنند، آن چه حائز اهمیت است، فرمول‌بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و مکانیسم‌هایی است که به موجب آن بیماران نحوه کنترل و برخورد با تجارب درونی‌شان را انتخاب می‌کنند و به تعبیر و تفسیر آن‌ها می‌پردازند. آن چه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی-هیجانی کامل برای نشان دادن چگونگی تعامل بین تجارب درونی، نحوه واکنش فرد به آن‌ها و کنترل آن‌ها و آشفته‌گی هیجانی به بیمار است. در واقع برای اینکه به افراد کمک شود تا نحوه کنترل و مقابله با ذهنشان را تغییر دهند، باید به سطحی از توضیحات روان‌شناختی توجه شود که آن‌ها را برای مفهوم‌سازی عواملی که مربوط به کنترل، تصحیح، ارزیابی و تنظیم تجارب درونی است، کمک کند. این مهم به دست نمی‌آید مگر اینکه بیماران متعهد شوند تجارب درونی‌شان از قبیل افکار، هیجانات و تصاویر آزارنده مرتبط با رخداد تروماتیک را به هر نحوی که هست، بپذیرند. بنابراین مداخله مبتنی بر شفقت به صورت مستقیم (با نشان دادن نحوه مناسب‌تر مواجهه و کنترل تجارب درونی از طریق خود شفقتی و شفقت به دیگران) و غیرمستقیم (ترغیب افراد به پذیرش هیجانات منفی) باعث بهبود و کاهش ترس از شفقت می‌گردد (گیلبرت، ۲۰۱۴).

همچنین، یافته‌های به دست آمده از تحقیق حاضر این فرضیه را که بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر

حضور ذهن بر کاهش خود سرزنشی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی تفاوت معناداری وجود دارد، تایید نکرد. به عبارت دیگر، نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه حاضر نشان داد که علی‌رغم اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خود سرزنشی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر حضور ذهن، کاهش خود سرزنشی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ی تحقیق حاضر با نتایج تحقیق جوهری‌فرد و سبک‌خیز (۲۰۱۷/۱۳۹۶) همخوان است که نشان دادند مداخلات مبتنی بر حضور ذهن، کاهش معناداری را در خودانتقادی و ترس از شکست بوجود می‌آورد. در تحقیق همسوی دیگر با نتیجه فرضیه حاضر نتایج مطالعه آرگوسو تامپسون^۱ (۲۰۰۶) نشان داد که آگاهی‌هشیارانه بیشتر با شدت کمتر نشانه‌های خودسرزنشی ارتباط دارد (کرین^۲، ۲۰۰۹). سگال^۳ و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی میزان خودسرزنشی را به طور معناداری کاهش می‌دهند. علاوه بر این، همخوان با یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر مبنی بر «تأثیرات مثبت درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خودسرزنشی»، ویسکرمی، رضایی و منصوری (۲۰۱۶/۱۳۹۵) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش خود دلسوزی شناختی عامل تأثیرگذار مهمی بر کاهش انتقاد از خود در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که عناصر درمان مبتنی بر شفقت، علی‌الخصوص خود شفقتی و پذیرش بدون قضاوت لحظه به لحظه فرد، به عنوان پادزهرهای بالقوه موثری در مقابل اشکال رایج ناراحتی روان‌شناختی نظیر خود سرزنشگری و نشخوار فکری، در نظر گرفته می‌شوند. بسیاری از این اشکال رایج ناراحتی، زمینه ساز عدم سازگاری با مشکلات مرتبط با سلامت هستند و باعث تمایل غیر انطباقی به اجتناب، سرکوب کردن و یا درگیری بیش از حد با افکار و هیجانات آشفته کننده فرد می‌شوند (کنگ، اسموسکی و رابینز^۴، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده‌اند اجتناب و سرکوب کردن افکار و هیجانات آشفته کننده و به عبارتی دشواری در تنظیم هیجانات می‌تواند با خطرات بهداشت روانی و بروز آسیب‌های روانی و اجتماعی مرتبط است (صدری دمیرچی، درگاهی، قاسمی جوبنه و اعیادی، ۲۰۲۰/۱۳۹۹؛ گیس-دیویس^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). این در حالی است که در مداخلات مبتنی بر شفقت سعی می‌شود مهارت‌های مشاهده و توصیف هیجانات خود، تأکید بر اجازه عبور دادن به افکار بدون قضاوت

^۴. Keng, Smoski & Robins

^۵. Giese-Davis

^۱. Thompson

^۲. Crane

^۳. Segal

کردن آنها به عنوان خوب یا بد و اخذ یک دیدگاه مشفقانه در رابطه با رفتارها و هیجانات، آموزش داده می‌شود که انتظار بر این است که کاربرد این مهارت‌ها، پذیرش و خودشفقتی را که باعث بهبود تنظیم هیجانی و کاهش ناراحتی روانشناختی می‌گردند، تسهیل کند.

در تبیین اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش خودسرزنشگری در بیماران قلبی می‌توان به نتایج مطالعات موجود در خصوص پیشایندهای خودسرزنشگری اشاره کرد که آن را یک فعالیت شناختی می‌دانند که ناشی از نشخوار ذهنی است که هنگام ناکامی در نیل به معیارهای مورد انتظار گریبانگیر افراد می‌شود. درواقع، محققان خودانتقادی را یک نوع فرایند شناختی برای دفاع و تسکین هیجانهای دردناک گناه و پیشیمانی می‌دانند (جوهری فرد و سبک‌خیز، ۲۰۱۷/۱۳۹۶)، بنابراین واضح است که آموزش ذهن‌آگاهی به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با کاهش قضاوت منفی افراد در مود خودشان و همچنین با جلب توجه افراد به حضور ذهن در زمان حال به جای افکار مستقر در آن به تعدیل نشخوار ذهنی در این بیماران کمک می‌نماید که نتیجه‌ی آن می‌تواند کاهش خودانتقادی یا خودسرزنشگری در این بیماران باشد. چراکه مرور ادبیات پژوهشی موجود در زمینه ذهن‌آگاهی نیز نشان می‌دهد که زندگی در زمان حال، پذیرش، صبر و برخورد غیرواکنشی به رویدادها ازجمله بنیان‌های مطرح ذهن‌آگاهی است (جونز^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ کنگ و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش حاضر همچون سایر مطالعات با برخی محدودیت‌هایی پژوهشی مواجه بود که از آن جمله می‌توان به اختصاص نمونه به بیماران قلبی استان تهران اشاره کرد که باعث می‌شود در تعمیم

یافته‌های این تحقیق به جوامع دیگر جوانب احتیاط رعایت گردد. از طرفی، با توجه به نبود دوره پیگیری در این تحقیق مقایسه کامل شاخص‌های اثربخشی در بین این دو مداخله در این تحقیق مقدور نیست و نتیجه‌گیری در این زمینه نیازمند انجام پژوهش‌هایی با دوره‌های پیگیری به فواصل زمانی مختلف است تا بتوان با اطمینان بیشتری به نتیجه‌گیری کامل در این زمینه نائل آمد. بنابراین، با توجه به محدودیت‌های موجود در فرایند اجرای تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود تا محققان در تحقیقات آتی در این زمینه ضمن انجام پژوهش‌های مشابهی بر روی جوامع پژوهشی مختلف، دوره‌های پیگیری با فواصل زمانی چند ماهه نیز جهت سنجش تداوم اثربخشی این مداخلات انجام دهند.

با ملاحظه نتیجه‌ی تحقیق حاضر و نتایج مطالعات موجود در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان در کمک به بهبود وضعیت روانشناختی یعنی کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی موثر هستند و کادر درمانی فعال در حوزه بیماری‌های مزمن بهتر است که مداخلات و درمان‌های روانشناختی مبتنی بر حضور ذهن و شفقت را در اولویت برنامه‌های درمانی خود جهت کمک به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قرار دهند. با توجه به در دسترس بودن نمونه‌های این پژوهش، و اختصاص داشتن آن به بیماران قلبی، بایستی در تعمیم یافته‌های آن با احتیاط عمل کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در جهت تعمیم پذیری یافته‌ها، علاوه بر بهره‌گیری از سایر روش‌های نمونه‌گیری، این پژوهش در سایر بیماران و شهرها انجام پذیرد.

قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم از شرکت‌کنندگان محترم و همه‌ی افرادی که به هر نحو در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماییم.

تعارض منافع: بر حسب مدارک، در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

حامی مالی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله است.

Reference

- Aghabagheri, H., Mohammadkhani, P., Omrani, S., & Farahmand, V. (2012/1391). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy group on the increase of subjective well-being and hope in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*, 4(1), 23-34. (In Persian)
- 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.

- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74-91.
- Barghiirani, Z., Beghian Koulemarz, M. J., & Bakhty, M. (2016/1395). Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative

¹. Jones

- emotions in students with mathematics disorder. *Con Psy*, 11(1), 103-17. (In Persian)
- Borjali, M., Abbasi, M., Asadian, A., & Ayadi, N. (2017/1395). Effectiveness of group logo therapy on the anxiety of death and life expectancy of patients with stomach cancer, *Jundishapur Sci Med J*, 15(6), 635-646. (In Persian)
- Crane, R. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features. Taylor & Francis. translated by Mohammad Khani, P. Khanipour H & Jafari F. (2011/1390). Tehran. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare publication.
- Dassanayaka, S., & Jones, S. P. (2015). Recent developments in heart failure. *Circulation Research*, 117(7), 58-63.
- Duarte, C., Stubbs, J., Pinto-Gouveia, J., Matos, M., Gale, C., Morris, L., & Gilbert, P. (2017). The Impact of Self-Criticism and Self-Reassurance on Weight-Related Affect and Well-Being in Participants of a Commercial Weight Management Programme. *Obes Facts*, 10(2):65-75
- Dunderdale, K., Thompson, D. R., Miles, J. N., Beer, S. F., & Furze, G. (2005). Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *European Journal of Heart Failure*, 7(4), 572-582.
- Falconer, C. J., King, J. A., & Brewin, C. R. (2015). Demonstrating mood repair with a situation-based measure of self-compassion and self-criticism. *Psychol Psychother*, 88(4), 351-65.
- Fatolahzadeh, N., Majlesi, Z., Mazaheri, Z., Rostami, M., & Navabinejad, S. (2017/1396). The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Psychological Studies*, 13(2), 151-168. (In Persian)
- Ghafari, H., & Khayatan, F. (2018/1397). The Effect of Training Compassion Focused Therapy on Self-Concept and Assertiveness amongst High School Female Students. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 19(1), 26-36. (In Persian)
- Ghahremani Ochghaz, P., Mohammadkhani, P., Hatami, M., & Mohammadrezaei, R. (2020). Stigating the Psychometric Properties of Self-criticism and Self-Reassurance Scale in Iranian Students. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 8(1), 65-72. (In Persian)
- Ghasemi, E., Aliha, J. M., Bastani, F., Samiei, N., & Haghani, H. (2013/1392). General health status in women with coronary artery disease. *Koomesh*, 14(4), 472-482. (In Persian)
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), 413.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons (2004) Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol*, 43, 31-50.
- Gilbert, P. (2010). Training our minds in with and for compassion: An Introduction to Concepts and Compassion-Focused Exercises, Translation: Ghahremani, Maryam and Mohammadkhani, P. (2017/1396). First Edition. Perkas.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2014). Compassion-focused therapy: Preface and introduction for special section.
- Gilbert, P. (2016). *Depression: The evolution of powerlessness*. Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., Diego-Pedro, R., Banos, R., et al. (2018) Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integr Cancer Ther*. 2018:1534735418772095. doi: 10.1177/1534735418772095 pmid: 29681185.
- Halamová, J., Koróniová, J., Kanovský, M., Túniyová, M. K., & Kupeli, N. (2019). Psychological and physiological effects of emotion focused training for self-compassion and self-protection. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(2).
- Hsu, N. W., Tsao, H. M., Chen, H. C., & Chou, P. (2014). Anxiety and depression mediate the health-related quality of life differently in patients with cardiovascular disease and stroke—preliminary report of the Yilan Study: a population-based community health survey. *PloS One*, 9(9).
- Joeng, J. R., & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 453.
- Joharifard, R., & Sabokkhiz, S. (2017/1396). The effect of mindfulness-based cognitive therapy education on self-criticism and fear of failure in people with heart disease.

- Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(1), 14-21. (In Persian)
- Jones, K., Welton, S., Oliver, T., & Thoburn, J. (2011). Mindfulness, Spousal Attachment, and Marital Satisfaction: A Mediated Model. *The Family Journal*, 19(4), 1-5.
- Kehtary, L., Heshmati, R., & Pour Sharifi, H. (2018/1397). Investigating Structural Pattern of Depression Based on Experiential Avoidance and Emotional Repression: The Mediating Role of Self-Compassion. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(3), 284-297. (In Persian)
- Keng, S., Smoski, M., & Robins, C. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Khayyam-Nekouei, Z., Neshatdoost, H., Yousefy, A., Sadeghi, M., & Manshaee, G. (2013-1392). Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA atherosclerosis*, 9(1), 102-120. (In Persian)
- Lemos, C. M. M. D., Moraes, D. W., & Pellanda, L. C. (2016). Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 106(2), 130-135.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856.
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PloS one*, 10(7), e0132940.
- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, 16(1), 22.
- Moghtadaei, K., Kafi, M., Afshar, H., Ariapouran, S., Daghighzadeh, H., & Pourkazem, T. (2013/1391). Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on somatic symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Res Behav Sci*, 10(7), 698-708. (In Persian)
- Mohammad Khani, P., & Khanipour, H. (2012/1391). *Therapies based on the presence of the mind*. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. (In Persian)
- Mohammadkhani, P., Khanipour, H., Azadmehr, H., Mobramm, A., & Naseri, E. (2015-1394). Trait Mindfulness, Reasons For Living and General Symptom Severity as Predictors of Suicide Probability in Males with Substance Abuse or Dependence in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16, 154-62. (In Persian)
- Mousavian, N., Moradi, A., Mirzaei, J., Shidfar, F., Mahmoudi Kahriz, B., & Taheri, F. (2010-1389). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on obesity reduction. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 4(6), 49-58. (In Persian)
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S., Roberts, R. M., & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97. doi:10.1007/s11031-008-9119-8
- Nock, M. K., Cha, C. B., & Dour, H. (2015). Disorders of impulse-control and self-harm. In D. H. Barlow (Ed.), *Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 504-529). New York, NY: Oxford University Press.
- Podina, I., Jucan, A., & David, D. (2015). Self-compassion: A buffer in the pathway from maladaptive beliefs to depression. An exploratory study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(1), 97.
- Sadri Damirchi, E., Dargahi, S., GhasemiJobaneh, R., & Ayadi, N. (2020-1399). Role of perceived family resilience and emotion regulation in prediction of internet addiction of students. *Journal of School Psychology*, 9(1), 54-68. (In Persian)
- Segal, Z.V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 496-507.
- Shakeri, N., Mohammadkhani, P., & Mohammadnejad, F. (2018/1396). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Program on Quality of Life and Happiness of Nurses in Psychiatric Wards. *Psychological Studies*, 13(4), 110-125.
- Surawy, C., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): rationale, implementation and case illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392.
- Wiskermi, H., Rezaei, F., & Mansouri, L. (1395/2016). The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training on Cognitive Emotion Regulation Strategies among Female Student with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 15(1), 42-51.

Wren, A., Somers, J., Melissa, A. W., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., & et al. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43, 759-770.

Yamaguchi, A., & Kim, M. (2013). Effects of Self-Criticism and Its Relationship with Depression across

Cultures. *International Journal of Psychological Studies*, 5(1), 1-10.

Yazdani, M., & Esmaeili, M. (2019/1397). The Effect of Positive Mindfulness Training Program on Stress Response and Depression Symptoms in Male Adolescents with Depression Symptoms. *Positive Psychology Research*, 4(3), 66-77. (In Persian)