

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 روان‌شناسی 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 مراجعه‌کننده به کلینیک نارسایی مرکز قلب تهران بودند که از بین آنها ۱۰ نفر برای هر گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری 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 پرسشنامه‌های ترس از شفقت گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) و خودسرزنشگری گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) پاسخ دادند. داده‌های حاصل از این تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند که برای این منظور از نسخه‌ی ۲۱ نرم‌افزار 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 ($P < 0.001$). 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 یافته‌های حاصل از این تحقیق کادر درمانی فعال در حوزه بیماری‌های مزمن بهتر است که مداخلات و درمانهای روانشناختی را در اولویت برنامه‌های 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

کلیدواژه‌ها

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 ۰۸۶۳۷۲۲۲۵۲۶

ارکد: 0000-0003-2176-3253

پست الکترونیکی: parmohamir@yahoo.com

مقدمه

کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد مرگ و میرهای کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود (الموس، مورس و پلاندا، ۲۰۱۶). نتایج تحقیقات اخیر چه در داخل و چه در خارج کشور از شیوع فزاینده اختلالات قلبی و عروقی حکایت می‌کنند، به گونه‌ای که این اختلالات را از مهم‌ترین دلایل مرگ و میر در ایران برمی‌شمرند

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

¹. Lemos, Moraes & Pellanda

این در حالی است که ترس از شفقت به خود و دیگری، به عنوان بازداری آگاهانه‌ای نسبت به اعمال شفقت اطلاق می‌شود که ناشی از ناتوانی در مدارا با تکانه‌های پرخاشگرانه درون‌فکنی شده فرد، برای تنبیه خود و دیگری می‌باشد. در واقع، بررسی‌ها نشان داده است که معمولاً ترس از شفقت به گونه‌ای صورت می‌پذیرد 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 محبت‌آمیز در مراحل اولیه زندگی مرتبط است (گیلبرت مک ایون، ماتوس و ایویس^{۱۲}، ۲۰۱۱)، با مسائل روانشناختی گسترده‌ای از قبیل افسردگی (یاماگوچی و کیم^{۱۳}، ۲۰۱۳)، اضطراب و آشفتگی‌های شناختی (لانگ^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۰)، نوسانات خلقی (فالکنر، کینگ و بروین^{۱۵}، ۲۰۱۵)، مشکلات تنظیم هیجانی، ناتوانی در پایبندی به رژیم‌های 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 می‌تواند حالات و هیجانات منفی همچون خودسرزنشگری را به دنبال داشته باشد (کهتری، حشمتی و پورشریفی، ۲۰۱۸/۱۳۹۷). خودسرزنشگری به خود ویرانگری روانشناختی و آگاهانه‌ای اطلاق می‌شود که ناشی از ناتوانی در مدارا کردن با تکانه‌های پرخاشگرانه درون‌فکنی شده فرد، برای تنبیه خود می‌باشد. در واقع، بررسی‌ها نشان داده است که معمولاً خود سرزنشگری به گونه‌ای صورت می‌پذیرد که آثار و عواقب آن مشتمل بر احساس حقارت ناشی از خود سرزنشی است (لوپز و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات صورت گرفته بر اساس مدل‌های شناختی افسردگی، نقش خود سرزنشگری را به عنوان عوامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده‌اند (میلر و رایسون^{۱۸}، ۲۰۱۶). نتایج تحقیقات مختلف حاکی از این است که نسبت به دیگر مولفه‌های درون‌فردی، خود سرزنشگری تأثیر عمیق‌تری بر بروز نشانگان آسیب‌شناسی روانی دارد. جنگ و ترس^{۱۹} (۲۰۱۵) نشان دادند که افکار خودآیند منفی، صرفاً پیش‌بینی‌کننده نگرش منفی نسبت به وقایع خنثی و ارزیابی‌های منفی کوتاه‌مدت از شکست‌ها می‌باشد، در حالی که خود سرزنشگری، زنجیره‌ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود

(قاسمی، علیها، بستانی، سمیعی، حقانی، ۲۰۱۳/۱۳۹۲). نارسایی قلبی^۱ (HF) یک سندرم بالینی است که در اثر نقایص ساختاری و عملکردی میوکارد ایجاد می‌شود و در نتیجه باعث اختلال در پر شدن بطن یا بیرون راندن خون می‌شود (داسانایاکا و جونز^۲، ۲۰۱۵). ابتلا به این بیماری علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، تپش قلب و خستگی شدید را سبب می‌شود و منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند که بر ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی وی و به تبع آن بر روی میزان شاخص‌های روانی فرد تأثیر می‌گذارد (داندرا، تامسون، میلز، بیر و فورز^۳، ۲۰۰۵). بیماری قلبی عروقی نه تنها راحتی و سعادت بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه ارتباطات اجتماعی، الگوهای زندگی، شغل و سطح درآمد فرد و به‌طور کلی کیفیت زندگی او متأثر می‌سازد (هسو، تساو و چو^۴، ۲۰۱۴). مرور ادبیات پژوهشی موجود نشان می‌دهد که عوامل روانشناختی نقش مهمی در زندگی بیماران قلبی ایفاء می‌کنند؛ به طوری که این عوامل هم می‌توانند نقش ریسک فاکتور و هم نقش حمایتی در زندگی بیماران قلبی داشته باشند. بنابراین بررسی وضعیت روانشناختی این بیماران مهم به نظر می‌رسد (خیام نکویی، نشاط دوست، یوسفی، صادقی، منشائی، ۲۰۱۳). یکی از عواملی که وضعیت روانشناختی افراد مبتلا به نارسایی‌های قلبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، دیدگاه آن‌ها نسبت به خود، ارزیابی آن‌ها از خویشتن و به طور دقیق‌تر شفقت به خود است (گیلبرت^۵، ۲۰۱۶). شفقت به خود^۶ عموماً به عنوان گرایش برای مهربانی و بخشش خود تعریف می‌شود که سبب بهبود احساس عزت‌نفس و خدازش‌مندی می‌گردد (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 می‌شود (وارن^۸ و همکاران، ۲۰۱۲). محققان بر این عقیده‌اند که خودشفقتی با کاهش اضطراب و افسردگی مرتبط است و در کنار آمدن با نارسایی‌ها، مانند عدم موفقیت تحصیلی، کمک می‌کند (پودینا، جاکان و دیوید^۹، ۲۰۱۵؛ نیلی، اسپچالرت، محمد، ربرت، چن^{۱۰}، ۲۰۰۹).

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

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، آزادمهر، 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، فرهنگد (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، میلیون^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، روان‌درمانی فردی، تحلیلی، شناختی رفتاری و خانواده‌درمانی برای درمان علائم آسیب‌شناسی روانی و بهبود وضعیت روانشناختی

سرزنش‌کننده است که مانع حل مسئله سازگارانه 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 خودشفقتی کم عموماً با شیوع بالاتر آسیب‌شناسی روانی مرتبط است (شاهار^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). این در حالی است که خودشفقتی 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، کورونویوا، 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 عادت‌ی 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

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

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 (هالاموآ و همکاران، ۲۰۱۹)، در این تحقیق درصددیم تا مداخله روانشناختی مؤثر 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 (هالاموآ 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

مبتلایان به بیماری‌های قلبی مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال هر یک از این رویکردها بر سازه‌های متفاوتی در تبیین شکل‌گیری 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 نداده‌اند. 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، مورس 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 مؤثر باشد (فتح‌الله زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی، ثوابی نژاد، ۲۰۱۷/۱۳۹۶). آلبرستون، نف و دیل-شکلی فورده^۱ (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش علائم روان‌شناختی منفی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش علائم روان‌شناختی منفی در بیماران مزمن جسمی مؤثر است. گانزالزهرنانده^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

². Gonzalez-Hernandez

¹. Albertson, Neff & Dill-Shackelford

نتایج حاصل از تحلیل عوامل نشان داد که این پرسشنامه از ساختار عاملی مناسب برخوردار است. سوالات مربوط به هریک از عوامل هراس از شفقت به خود، هراس از دریافت شفقت از سوی دیگران و هراس از شفقت به دیگران، توانایی خوبی در پیش بینی میزان و کیفیت ترس از شفقت دارند. با در نظر گرفتن بالاترین میزان بار عاملی سه مولفه مقیاس ترس از شفقت مطابق با یافته های 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 شفقت به خود ۰/۷۶، هراس از دریافت شفقت از سوی دیگران ۰/۷۲ و هراس از شفقت به دیگران ۰/۷۵ بدست آمد.

مقیاس خود سرزنشگری گیلبرت^۲ و همکاران: برای

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 آیت‌ها 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، میلز 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 ۴۱ ماده و در طیف لیکرت پنج گزینه ای تهیه و بر روی اعضای نمونه

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 شفقت^۱: برای سنجش ترس از شفقت در این

تحقیق از مقیاس ارزیابی ترس از شفقت گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد که دارای سه مولفه هراس از شفقت به خود، هراس از دریافت شفقت از سوی دیگران و هراس از شفقت 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 مولفه هراس از شفقت به خود، ۱۵ گویه مربوط به هراس از دریافت شفقت از سوی دیگران و ۱۳ گویه مربوط به هراس از شفقت 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 مولفه هراس از شفقت به خود، هراس از دریافت شفقت از سوی دیگران و هراس از شفقت 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 شفقت 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 گزینه ای تهیه و بر روی اعضای نمونه اجرا گردید. پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۳۰۰ آزمودنی دانشجویان 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 شفقت برای تشکیل عوامل دارای همبستگی کافی می‌باشد.

^۲. Self-Blame Scale

^۳. Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons

^۱. Fear of Compassion Scale

عامل خود بی‌کفایتی ۰/۸۹، برای عامل بیزاری از خود ۰/۷۳ و برای عامل اطمینان‌بخشی ۰/۷۵ به دست آمد.

مطالب و محتوای مداخله

برای تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و برای آزمون فرضیه‌ها 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 خلاصه‌ی 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 پروتکل‌های مذکور با کمک اساتید راهنما و مشاور و با مطالعه‌ی پژوهش‌هایی که در آنها این پروتکل‌ها برای بیماران قلبی استفاده شده بودند، برای نمونه‌های تحقیق حاضر متناسب‌سازی شدند.

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 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 می‌باشد.

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 پیش‌بینی میزان و کیفیت خودسرزنشگری به خود دارند. با در نظر گرفتن بالاترین میزان بار عاملی سه مولفه مقیاس خودسرزنشگری مطابق با یافته‌های 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

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 چارچوب‌های اصلی درمان مبتنی بر شفقت آموزش تمرین تنفس آرامبخش ریتمیک انجام شد. اجرای پیش‌آزمون. 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؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های 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 می‌ورزید»؟
۴	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرین یوگا (ریلکسیشن برای مهار اضطراب)، معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن. بررسی میزان تکانش‌پذیری 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 شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری 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 به‌هشیاری و منطق آن. آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و مسئولیت‌پذیری 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 شفقت‌ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس و رفتار). بحث درباره تفکر شفقت‌ورز و آموزش تأثیرافکار بر خشم، اضطراب و هیجانها. انجام تمرین کشمش خوردن با حضور ذهن. تکلیف خانگی: تصویرپردازی ذهنی خودشفقت‌ورز.
۸	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در کنترل هیجانها، هدایت نحوه تفکر. مرور آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر. بحث درباره حساسیت‌های بین‌فردی و واکنش به طردشدگی و به‌کار بردن مهارت‌های شفقت در کنترل و کاهش این واکنشها. اجرای تمرین مانترای شخصی دلسوزانه. اجرای پس‌آزمون. تمرین خانگی: کامل کردن تمرین مهارت‌های شفقت، به‌کار بستن و تداوم تکنیک‌ها در زندگی واقعی

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر حضور ذهن

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

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 گروه 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
فرآوانی	درصد	درصد	درصد
مرد	۶۰٪	۷۰٪	۶۰٪
زن	۴۰٪	۳۰٪	۴۰٪
دیپلم و فوق دیپلم	۶۰٪	۵۰٪	۴۰٪
لیسانس	۳۰٪	۳۰٪	۵۰٪
فوق لیسانس	۱۰٪	۲۰٪	۱۰٪
کارمند	۴۰٪	۲۰٪	۴۰٪
آزاد	۳۰٪	۵۰٪	۳۰٪
خانه دار	۳۰٪	۳۰٪	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 پیش آزمون - پس آزمون ترس از شفقت و مولفه‌های خودسرزنشگری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

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

اسمیرنوف در هیچ یک از متغیرها معنادار نشد ($P > 0.05$). که نشانگر رعایت پیش فرض 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 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 پس آزمون نسبت به پیش آزمون، 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 کولموگروف-

جدول ۵: نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیره

نوع آزمون	df فرضی	df خطا	F	P
اثر پیلاهی	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

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

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلاهی موید این موضوع 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 گروه‌های 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 بر 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 آگاهی هشیارانه 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 «تاثیرات 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 تاثیرگذار مهمی بر کاهش انتقاد از خود در دانش آموزان 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، تاکید بر اجازه عبور دادن به افکار بدون قضاوت

^۴. Keng, Smoski & Robins

^۵. Giese-Davis

^۱. Thompson

^۲. Crane

^۳. Segal

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 پژوهش 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.

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 از جمله 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

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

^۱. 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.
- Fatolaahzadeh, 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)
- Ghafarian, 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., & Kupelí, 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., Daghaghzadeh, 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)

