

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تلفیقی بر خوددلسوزی و خودتنظیمی هیجانی در بیماران قلبی

زهرا مبشر^۱ نسرین باقری^{۲*} محمد عباسی^۳ زهرا تنها^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بروجرد، بروجرد، ایران. ORCID: 0000-0003-2928-867x

۲. دکترای تخصصی، روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.

۳. دکترای تخصصی، روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین؛ دوره هفتم؛ شماره چهارم؛ زمستان ۱۴۰۰؛ صفحات ۳۳-۴۳.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود بر خوددلسوزی و خودتنظیمی هیجانی در بیماران قلبی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ می‌باشد.

روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری زنان مبتلا به بیماری قلبی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ بود که ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند، برای هر دو گروه درمان به طور جداگانه ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و برای گروه گواه آموزشی اعمال نشد. ابزار پژوهش مقیاس دلسوزی به خود، نف با تعداد ۲۶ سوال و خودتنظیمی هیجانی، لارسن و مایک با تعداد ۱۰ سوال بود. از نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیلی کواریانس چند متغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار باعث بهبود دلسوزی به خود و خودتنظیمی هیجان در زنان مبتلا به بیماری قلبی عروقی می‌شوند $P-Value > 0/05$ و درصد بهبودی آن‌ها بیشتر از آزمودنی‌های گروه گواه می‌باشد $P-Value > 0/05$ ولی دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری با هم نداشتند $(P-Value > 0/05)$.

نتیجه‌گیری: تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار موجب آگاهی نسبت به هیجانات و کنترل میزان هیجانات و میزان دلسوزی به خود را در زنان مبتلا به بیماری قلبی افزایش می‌دهد. بنابراین هر دو درمان برای آگاهی از هیجانات و دلسوزی به خود مؤثر هستند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار، خودتنظیمی هیجان، بیماری قلبی عروقی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۹ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۸/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۹/۳۰

ارجاع: مبشر زهرا، باقری نسرین، عباسی محمد، تنها زهرا، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تلفیقی بر خوددلسوزی و خودتنظیمی هیجانی در بیماران قلبی. مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین. ۱۴۰۰؛ ۷(۴): ۳۳-۴۳.

مقدمه:

این بیماری تأثیرات آسیب‌شناختی زیادی بر ابعاد گوناگونی از سلامتی، ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد افراد مبتلا به این اختلال دارد. زنان مبتلا به این بیماری در معرض خطر بیشتری برای اختلالات روانی نسبت به هم‌تایان مرد خود هستند و اختلالات روانی و بی‌خوابی در این افراد بیشتر است. یکی از ابعاد بسیار مهم در زندگی بیماران قلبی، وضعیت روانی آنان است که نقش غیرقابل

بیماری‌های قلبی در جوامع امروزی یک بیماری شایع و مزمن است که پیش‌آگهی آن پایین و کیفیت زندگی در این بیماری شدیداً کاهش می‌یابد. سازمان بهداشت جهانی کنترل بیماری‌های قلبی و عروقی را اولویت اول سلامتی در کشورهای در حال توسعه می‌داند. بیش از ۱/۴ میلیون بزرگسال در آمریکا با بیماری قلبی مادرزادی زندگی می‌کنند و

نویسنده مسئول:

نسرین باقری

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.

ORCID: 0000-0002-5919-2591

پست الکترونیکی: bagheri.nas@gmail.com

تلفن: ۰۹۸ ۹۱۲۲۴۷۷۴۱۷+

بر تغییر یا تعدیل تجربه هیجانی، نحوه ابراز هیجان و تنظیم شدت یا نوع تجارب هیجانی متناسب یا واقعه هیجانی است.

نتایج پژوهش Villani و همکاران نشان داد که ارتقاء هیجان به طور قابل توجهی سرکوب هیجانی را در بیماران سرطانی کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی هیجانی ناشی از سرطان می‌شود [۷].

یافته‌های مطالعه Sohn و همکاران حاکی از آن است که درمان شناختی- رفتاری باعث بهبود چشم‌گیری در کیفیت زندگی، خلق و خو، اضطراب، افسردگی و استرس درک شده در بیماران دیالیزی می‌شود همچنین سطح کراتینین سرم نیز پس از ۱۲ هفته به طور قابل توجهی در این بیماران نیز بهبود می‌یابد [۸]. اخیراً تمرکز رویکردهای شناختی- رفتاری بر بیماری‌های جسمانی است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رویکردهای شناختی- رفتاری است، که تا به امروز این درمان در زمینه پژوهش‌های روانی- جسمانی کاربرد زیادی داشته است و حمایت تجربی زیادی را به خود جلب کرده است، رویکرد شناختی- رفتاری شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کند در حالی که درمان اکت به مراجع آموزش می‌دهد که در مرحله اول هیجانات خود را بپذیرد و در «اینجا و اکنون» از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار باشد. یکی از ویژگی‌های که ممکن است در درمان و کاهش آسیب‌های شناختی مؤثر باشد، شفقت به خود و آموزش آن است که به عنوان نحوه روبه‌رو شدن با نچ‌ها و آسیب‌های خود و یاری کردن به خود در جهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و همچنین به معنی قبول کردن احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و دلسوزی نسبت به خود، درک دیدگاه‌های غلط که نسبت به کمبودها و شکست‌های خویش و شناسایی کردن تجربیات روزمره فرد تعریف می‌شود. یافته Sirois و همکاران نشان می‌دهد که شفقت به خود باعث بهبود تبعیت دارویی در بین مبتلایان به فیبرومیالژیا، سندرم خستگی مزمن و سرطان می‌شود و همچنین تا حدودی باعث کاهش استرس می‌شود [۹]. نتایج پژوهش Khazraee و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی مؤثر در کاهش راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی، ناتوانی ناشی از سردرد و شدت سردرد و بهبود راهکارهای تنظیم هیجانات در بیماران مبتلا به سردرد مزمن روزانه می‌شود. با توجه به پیشینه موجود و مشکلات حاد بیماران قلبی، به منظور کمک به بهبود شرایط این بیماران پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود باعث افزایش خودمراقبتی، متابعت درمانی، دلسوزی نسبت به خود

انکاری در ابعاد دیگر از جمله عملکرد اجتماعی و از سرگیری کار و فعالیت‌ها دارد [۱].

عامل روان‌شناختی دیگری که با بروز و پیشرفت بیماری قلبی ارتباط دارد، دلسوزی نسبت به خود است که معرف آگاهی نسبت به هیجانات خود است و این شامل توانایی روبه‌رو شدن با افکار و هیجانات منفی و عذاب‌آور (به جای اجتناب کردن از آن‌ها) بدون این که آن‌ها را بزرگ‌نمایی کند و یا احساس ناراحتی و نگرانی نسبت به آن‌ها داشته باشد. افرادی که دارای دلسوزی به خود هستند میزان تغییرپذیری کمتری را در ضربان قلب خود دارند، به علاوه این افراد در برابر استرس واکنش منفی کمتری نیز دارند. Morrison و همکاران در مطالعه خود دریافتند که سطح بالاتر دلسوزی نسبت به خود به طور قابل ملاحظه‌ای در کنترل بیماری‌های جسمانی مؤثر است [۲].

یکی از متغیرهای مهم در ارتباط با بیماری‌های قلبی خودتنظیمی هیجان است. تنظیم هیجان شامل فرآیندهایی است که افراد بر هیجانات خود کنترل دارند. یکی از مهمترین توانایی‌های انسان، توانایی تنظیم و سازگاری هیجان‌های خود متناسب با موقعیت‌های مختلف است. مطالعه Hakak و همکاران نشان داد که عدم توانایی در تنظیم هیجانات به عنوان میانجی بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی و بیماری‌های قلبی عروقی عمل می‌کند. مداخلاتی که بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان متمرکز می‌شوند، ممکن است یک استراتژی درمانی برای مشکلات روان‌شناختی و سلامت جسمی فراهم می‌کند [۱،۳].

بیماران جسمی و اختلالات مرتبط با آن، محتوای شناختی هیجانات خود را کمتر درک می‌کنند، و از طرف دیگر، به نظر می‌رسد اجزای اصلی بدن که در تنظیم هیجانات دخیل است، یک الگوی واکنش بیش از حد را نشان می‌دهد [۴]. برای بهبود زندگی بیماران قلبی عروقی وجود روش‌های نوین در کنار درمان‌های رایج طبی لازم و ضروری است، روش‌هایی که در حال گسترش و در عین حال در حال ارزیابی است، مداخلات روان‌شناختی است. پژوهشگران بر این باورند که درمان‌های ترکیبی تأثیر هم‌افزایی برای درمان بیماری‌ها دارند. درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار توسط Suveg و همکاران و اصلاح مجدد آن در سال ۲۰۱۸ انجام شده است. این درمان ترکیبی از فنون درمان شناختی- رفتاری و فنون درمان هیجان‌مدار است [۵،۶].

در درمان‌های شناختی- رفتاری بر اصلاح الگوهای تفکر تحریف شده، باورهای غلط، رفتارهای اشتباه و ناکارآمد مرتبط با سلامتی و رفع عوامل خطر برای سلامتی متمرکزند. اما در درمان‌های هیجان‌مدار تأکید

و خود تنظیمی هیجان در بیماران قلبی- عروقی می‌شود؟ که در این مطالعه به آن پرداخته شده است [۱۰].

مواد و روش‌ها:

بعد از هماهنگی‌های لازم اداری و مراجعه به بیمارستان‌ها و مطب‌های پزشکی در سطح شهر خرم‌آباد، در سال ۱۳۹۹ بیمارستان شهید مدنی و چندین مطب پزشکی به صورت در دسترس (غیرتصادفی) انتخاب شدند و در این مراکز با هماهنگی پزشک متخصص و تأیید پرونده پزشکی بیماران به وسیله‌ی پزشک معالج آن‌ها، با بیماران قلبی که دارای پرونده پزشکی بودند و همچنین با بیمارانی که در آن روز برای معالجه و درمان به کلینیک و بیمارستان مراجعه کرده بودند، تماس برقرار کرده و در نهایت با ۲۰۹ نفر به مدت دو ماه در مورد کار گروه‌درمانی، نحوه‌ی اجرا و مهارت‌ها و فوایدی که ممکن است به دست آورند، مصاحبه انجام شد، از میان این افراد ۷۳ نفر رضایت و آمادگی خود را برای شرکت در کار گروه درمانی اعلام کردند، سپس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و در پژوهش شرکت کردند و به صورت تصادفی در سه گروه؛ درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار (۱۵ نفر)،

درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر)، جایگزین شدند و سپس پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی، خودمراقبتی، تبعیت از درمان، به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه و درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود نیز در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه در وقت آزاد آزمودنی‌ها اجرا شدند و در آخر پرسش‌نامه‌ها به عنوان پس‌آزمون اجرا شدند. قبل از انجام پژوهش، ملاحظات اخلاقی و رضایت آگاهانه انجام شد. ابزارهای این پژوهش، پرسشنامه‌های خوددلسوزی نف که در سال ۲۰۰۳ با تعداد ۲۶ سوال ساخته شد و خودتنظیمی هیجانی که توسط لارسن و مایک در سال ۲۰۰۶ با تعداد ۱۰ سوال ساخته شد، بودند همچنین بعد از پایان پژوهش، برای گروه گواه خدمات روانشناسی رایگان ارایه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد (جدول ۱، ۲).

جدول ۱- مراحل اجرای درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار

| مرحله | جلسه |
|--|------------|
| برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت بیماری قلبی عروقی و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر هیجان و اجرای پیش‌آزمون. | جلسه اول |
| شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های اضطراری هستند، ارائه آموزش هیجانی، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های تنفس عمیق. | جلسه دوم |
| ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌ها، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه‌ی هیجانی مطلوب هستند، ایفای نقش هیجانی. | جلسه سوم |
| شناسایی هیجان‌های خاصی که در درک تنظیم آن‌ها مشکل دارند، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان‌ها، شناسایی موقعیت‌های برانگیزنده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزنده هیجان. | جلسه چهارم |
| شناسایی هیجان‌های خاصی که در درک تنظیم آن‌ها مشکل دارند، آموزش آرمیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها. | جلسه پنجم |
| شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای در برابر هیجان‌های ناسازگار، ایجاد دیدگاه‌های جدید. | جلسه ششم |
| تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان نراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها. تغییر ارزیابی‌های شناختی، آموزش راهبرد بازارزیایی. | جلسه هفتم |
| ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. آموزش فرآیند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه‌های مهم زندگی. | جلسه هشتم |
| شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس. | جلسه نهم |
| آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، شکل‌گیری چرخه‌ی جدیدی از رفتار، ارائه نمونه‌هایی از ابزار هیجان، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه. | جلسه دهم |

جدول ۲- مراحل اجرای تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود

| مرحله | جلسه |
|--|------------|
| برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت بیماری قلبی عروقی و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی مؤلفه‌های درمان اکت و آموزش متمرکز بر شفقت و اجرای پیش‌آزمون. | جلسه اول |
| بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آموزش همدلی. | جلسه دوم |
| صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش و شناخت هیجان‌ها و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارایه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرایش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی. | جلسه سوم |
| آموزش هم‌دردی؛ شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر، ارایه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش. | جلسه چهارم |
| آموزش بخشایش؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به این که احساسات خود را قضاوت نکنند. | جلسه پنجم |
| ارایه تکنیک‌های ذهن آگاهی، آموزش پذیرش مسائل؛ مواجهه شدن افراد با چالش‌های مختلف؛ ارایه‌ی بازخود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش. | جلسه ششم |
| برون‌ریزی احساسات و هیجان‌ها؛ آموزش و ارایه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ قبول هر رویدادی در زندگی و عمل به آن و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم. | جلسه هفتم |
| آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی، شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف. | جلسه هشتم |
| آموزش مسئولیت‌پذیری، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن. | جلسه نهم |
| بررسی تکلیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکلیف پس از پایان دوره؛ ارایه‌ی بازخود به اعضای گروه، اجرای پس‌آزمون. | جلسه دهم |

یافته‌ها:

>Value برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس- کواریانس، آزمون M باکس را به کار بردیم ($P\text{-Value} > 0/52$ ، $F=30$ ، $M=17/471$)، برای بررسی واریانس‌ها در متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شده است، مقدار F در آزمون لوین برای متغیر دلسوزی به خود و $P=0/098$ ، $F=0/63$ و $P\text{-Value} > 0/0$ معنی‌دار نمی‌باشند. پس می‌توان گفت که واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه دارای تفاوت معنی‌داری نمی‌باشند و این فرض تأیید می‌شود همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه ۳۶ درصد می‌باشد، یعنی تفاوت بین گروه‌ها معنادار می‌باشد، پس بنابراین می‌توان آزمون کواریانس تک متغیره را انجام داد.

در این قسمت اطلاعات توصیفی در ارتباط با متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بیان شده است. جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات دلسوزی به خود و خودتنظیمی هیجان و خرده مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. در به کار بردن تحلیل کواریانس چند متغیری، رعایت پیش‌فرض‌های آن ضروری است. در این اینجا، بعضی از مهمترین موارد آن را مورد بررسی قرار داده‌ایم. برای بررسی بهنجار بودن متغیرها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد که پیش فرض بهنجار بودن متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس آزمون برای همه‌ی متغیرها رعایت شده است و توزیع تمام متغیرها بهنجار می‌باشد $P=0/0$

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر وابسته | مرحله سنجش | گروه‌ها | میانگین (انحراف معیار) |
|-------------------|------------|--|------------------------|
| دلسوزی به خود | پیش‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۴۴/۲۴ (۱۰/۹۶) |
| | پیش‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۴۶/۲۴ (۹/۷۶) |
| | پیش‌آزمون | گواه | ۴۷/۸۶ (۱۰/۷۹) |
| | پس‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۷۹/۱۷ (۸/۴۵) |
| | پس‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۷۶/۰۱ (۹/۷۵) |
| | پس‌آزمون | گواه | ۵۳/۸۷ (۱۰/۹۲) |
| مهربانی به خود | پیش‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۹۱/۰۱ (۲/۶۲) |
| | پیش‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۸۱/۰۲ (۳/۶۹) |
| | پیش‌آزمون | گواه | ۹۱/۶۱ (۴/۴۱) |
| | پس‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۱۵/۵۶ (۴/۸۶) |
| | پس‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۵/۰۲ (۴/۶۷) |
| | پس‌آزمون | گواه | ۹/۴۱ (۲/۸۴) |
| خودآوری | پیش‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۹/۶۶ (۲/۰۵) |
| | پیش‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۸/۱۶۳ (۲/۴۵) |
| | پیش‌آزمون | گواه | ۹/۴۶ (۳/۱۵) |
| | پس‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۱۵/۶۶ (۴/۷۵) |
| | پس‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۴/۵۳ (۴/۳۷) |
| | پس‌آزمون | گواه | ۸/۶۱ (۳/۹۶) |
| انسایت مشترک | پیش‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۶/۸۶ (۳/۸۳) |
| | پیش‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۷/۶۶ (۳/۷۹) |
| | پیش‌آزمون | گواه | ۸/۰۶ (۳/۳۲) |
| | پس‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۱۱/۲۶ (۳/۷۳) |
| | پس‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۱/۲۱ (۳/۶۹) |
| | پس‌آزمون | گواه | ۹/۶۱ (۳/۱۶) |
| انزوا | پیش‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۳/۷۳ (۳/۰۴) |
| | پیش‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۶/۲۱ (۲/۵۱) |
| | پیش‌آزمون | گواه | ۹/۶۶ (۳/۱۱) |
| | پس‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۱۲/۶۱ (۳/۱۸) |
| | پس‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۱/۹۴ (۳/۸۳) |
| | پس‌آزمون | گواه | ۱۰/۶۵ (۲/۶۳) |
| ذهن‌آگاهی | پیش‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۶/۷۳ (۳/۶۲) |
| | پیش‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۷/۴۶ (۳/۸۲) |
| | پیش‌آزمون | گواه | ۶/۲۱ (۳/۲۵) |
| | پس‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۱۱/۲۶ (۲/۷۲) |
| | پس‌آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۰/۰۱ (۳/۰۵) |
| | پس‌آزمون | گواه | ۷/۴۶ (۳/۲۶) |
| هم‌دردی بیش از حد | پیش‌آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار | ۷/۲۶ (۳/۳۸) |

| | | |
|-----------|--|---------------|
| پیش آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۸/۲۶ (۳/۲۲) |
| پیش آزمون | گواه | ۶/۲۱ (۳/۳۴) |
| پس آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان مدار | ۱۲/۸۲ (۴/۲۴) |
| پس آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۳/۰۹ (۴/۵۳) |
| پس آزمون | گواه | ۷/۸۲ (۳/۵۲) |
| پیش آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان مدار | ۳۵/۵۴ (۱۳/۵۲) |
| پیش آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۳۱/۲۲ (۱۲/۲۱) |
| پیش آزمون | گواه | ۳۳/۶۶ (۱۰/۴۸) |
| پس آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان مدار | ۴۷/۰۶ (۱۰/۶۶) |
| پس آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۴۴/۱۹ (۷/۸۴) |
| پس آزمون | گواه | ۳۱/۰۱ (۹/۲۱) |
| پیش آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان مدار | ۲۲/۳۱ (۷/۸۵) |
| پیش آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۹/۰۱ (۴/۶۶) |
| پیش آزمون | گواه | ۱۹/۵۳ (۵/۲۴) |
| پس آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان مدار | ۲۸/۹۳ (۶/۲۱) |
| پس آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۲۶/۱۳ (۵/۱۳) |
| پس آزمون | گواه | ۲۰/۶۱ (۶/۶۵) |
| پیش آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان مدار | ۱۳/۳۳ (۶/۴۳) |
| پیش آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۲/۲۱ (۵/۳۱) |
| پیش آزمون | گواه | ۱۴/۱۳ (۶/۴۷) |
| پس آزمون | درمان شناختی رفتاری هیجان مدار | ۱۸/۱۳ (۶/۵۶) |
| پس آزمون | درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱۸/۰۶ (۵/۱۳) |
| پس آزمون | گواه | ۱۰/۸۵ (۴/۵۸) |

هیجان، به دلیل عضویت گروهی می باشد. بر طبق جدول بالا، همان طور که ملاحظه می کنید، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می دهد که پس از تعدیل کردن نمرات پیش آزمون تفاوت معنی داری بین گروه درمان شناختی رفتاری هیجان مدار، درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود و گروه گواه وجود دارد ($P-Value > 0.01$).

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می شود، بین گروه های پژوهش (سه گروه) در متغیر دلسوزی به خود و تنظیم هیجان تفاوت معنی داری وجود دارد ($P-Value > 0.0$) به دلیل این که توان آزمون در پژوهش حاضر ۱، می باشد، پس بنابراین حجم نمونه برای آزمون کردن فرضیه ها مناسب است، همچنین ۶۴ درصد از تفاوت های فردی در دلسوزی به خود و ۶۱ درصد از تفاوت های فردی در خودتنظیمی

جدول ۴- نتایج آزمون های چند متغیری

| اثر | آزمون ها | ارزش | F | Df فرضیه | Df خطا | معناداری | مجذور اتا | قدرت آزمون |
|-------------|-------------------|-------|-------|----------|--------|----------|-----------|------------|
| | پیلایی | ۰/۹۵۹ | ۸/۲۹ | ۸ | ۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ | ۱ |
| عضویت گروهی | لامبدای ویلکز | ۰/۳۶ | ۱۷/۵۴ | ۸ | ۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ | ۱ |
| | هتلینگ | ۷/۱۴ | ۳۰/۳۶ | ۸ | ۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ | ۱ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۷/۰۵ | ۶۳/۴۷ | ۴ | ۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱ |

طور معنی داری افزایش بیشتری را در دلسوزی به خود و خودتنظیمی هیجان دارا می باشند. اما $P-Value > 0.0$ در بین دو گروه آزمایش شناختی- رفتاری هیجان مدار و درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در دلسوزی به خود و خودتنظیمی هیجان تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P-Value > 0.0$).

در تحلیل کوواریانس چند متغیره مشخص نیست که بین کدام یک از گروه ها تفاوت وجود دارد، به همین دلیل از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مشخص شدن این تفاوت ها استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، بین گروه های آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی داری وجود دارد بر مبنای $P-Value > 0.0$ جدول توصیفی ۱، دو گروه شناختی- رفتاری هیجان مدار و درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود نسبت به گروه گواه به

جدول ۵- نتایج آزمون کوواریانس تک متغیره بر روی پس آزمون متغیرهای پژوهش

| متغیر وابسته | منابع | مجموع مجزورات درجه سوم | df | میانگین مجزورات | F | معناداری | مجزوراتا | قدرت آزمون |
|------------------|-------------|------------------------|----|-----------------|--------|----------|----------|------------|
| دلسوزی به خود | پیش آزمون | ۲۶۸/۹۵۷ | ۲ | ۱۳۴/۴۷۸ | ۱/۴۳ | ۰/۲۵ | ۰/۰۹ | ۰/۱۸ |
| | پیش آزمون | ۵۶/۲۴۱ | ۲ | ۲۸/۱۲۱ | ۰/۱۵ | ۰/۲۱ | ۰/۱۱ | ۰/۲۵ |
| | عضویت گروهی | ۵۰۱/۲۵۰ | ۲ | ۲۵۰/۵۸۷۵ | ۳۳/۹۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |
| | خطا | ۲۸۰۳/۹۶۵ | ۳۶ | ۷۴/۷۸۹ | | | ۰/۰۵ | ۰/۲۱ |
| مهربانی به خود | پیش آزمون | ۲۷/۰۳۷ | ۲ | ۱۳/۵۱۹ | ۷۰/۱۸ | ۰/۸۷۲ | ۰/۳۷ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۱۱۹/۵۰۱ | ۲ | ۵۹/۷۵۱ | ۱۰/۶۹۶ | ۹/۹۸۲ | | |
| | خطا | ۲۰۱/۱۱۳ | ۳۶ | ۵/۵۸۶ | | | ۰/۰۲ | ۰/۱۱ |
| | پیش آزمون | ۴/۰۰۵ | ۲ | ۲/۰۰۲ | ۰/۳۶ | ۰/۲۸ | ۰/۳۱ | ۱ |
| خودآوری | عضویت گروهی | ۱۰۵/۴۸۳ | ۲ | ۵۲/۷۴۱ | ۷/۹۸۵ | ۲۷/۹۷۶ | | |
| | خطا | ۲۳۷/۷۷۱ | ۳۶ | ۶/۶۰۵ | | | ۰/۰۴ | ۰/۱۸ |
| | پیش آزمون | ۱۳/۴۶۴ | ۲ | ۶/۳۳۲ | ۰/۸۷۲ | ۲/۵۷۳ | ۰/۳۵ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۵۰/۱۹۹ | ۲ | ۲۵/۰۹۹ | ۹/۹۸۲ | ۶/۱۳۷ | | |
| انسلیت مشترک | خطا | ۹۰/۵۲۱ | ۳۶ | ۲/۵۱۴ | | | ۰/۰۳ | ۰/۱۴ |
| | پیش آزمون | ۵۸/۱۱۷ | ۲ | ۲۹/۰۰۸ | ۰/۲۸ | ۰/۷۹ | ۰/۵۱ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۶۱/۹۸۶ | ۲ | ۳۰/۹۹۳ | ۲۷/۹۷۶ | ۲۸/۱۸۳ | | |
| | خطا | ۶۲/۰۷۴ | ۳۶ | ۱/۷۲۴ | | | ۰/۱۲ | ۰/۴۸ |
| ذهن آگاهی | پیش آزمون | ۳۷/۲۱۱ | ۲ | ۱۸/۶۰۱ | ۲/۵۷۳ | ۲/۴۵ | ۰/۳۵ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۳۵/۶۳۲ | ۲ | ۲۷/۸۱۶ | ۶/۱۳۷ | ۲۹/۷۹۹ | | |
| | خطا | ۱۰۴/۵۰۹ | ۳۶ | ۲/۹۰۳ | | | ۰/۰۴ | ۰/۱۷ |
| | پیش آزمون | ۹/۰۵۲ | ۲ | ۴/۵۲۶ | ۰/۷۹ | ۳/۵۸ | ۰/۶۱ | ۱ |
| همدردی بیش از حد | عضویت گروهی | ۹۳/۹۲۶ | ۲ | ۴۶/۹۶۳ | ۲۸/۱۸۳ | ۱۹/۲۲۱ | | |
| | خطا | ۵۹/۹۸۹ | ۳۶ | ۱/۶۶۶ | | | ۰/۱۴ | ۰/۳۱ |
| | پیش آزمون | ۵۵۷/۸۳۷ | ۲ | ۲۷۸/۹۱۸ | ۲/۴۵ | ۰/۶۸ | ۰/۶۱ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۴۹۷۶/۳۵۷ | ۲ | ۲۴۸۸/۱۷۹ | ۲۹/۷۹۹ | ۰/۰۰۱ | | |
| خودتنظیمی هیجان | خطا | ۲۰۷۲/۵۰۱ | ۳۸ | ۵۴/۵۳۹ | | | ۰/۱۵ | ۰/۴۲ |
| | پیش آزمون | ۲۴۸/۴۵۹ | ۲ | ۱۲۴/۲۳۱ | ۳/۵۸ | ۰/۰۸ | ۰/۵۱ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۷۴۰/۹۷۹ | ۲ | ۳۷۰/۴۹۱ | ۱۹/۲۲۱ | ۰/۰۰۱ | | |
| | خطا | ۷۳۲/۴۴۱ | ۳۶ | ۱۹/۲۷۵ | | | ۰/۱۴ | ۰/۵۱ |
| فرونشایی ایزری | پیش آزمون | ۱۸۱/۷۲۵ | ۲ | ۹۰/۶۳۸ | ۳/۰۹۸ | ۰/۰۷ | ۰/۷۳ | ۱ |
| | عضویت گروهی | ۱۱۱۱/۸۲۴ | ۲ | ۵۵۵/۹۱۲ | ۵۱/۶۷۴ | ۰/۰۰۱ | | |
| | خطا | ۴۰۸/۸۰۵ | ۳۶ | ۱۰/۷۵۸ | | | ۰/۰۵ | ۰/۲۱ |

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، بین گروه های آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی داری وجود دارد ($P\text{-Value} < 0.05$) بر مبنای جدول توصیفی ۱-۴، دو گروه شناختی رفتاری هیجان مدار و درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود نسبت به گروه گواه به طور معنی داری افزایش بیشتری را در خودمراقبتی، متابعت درمانی، خودتنظیمی هیجان (Value < 0.05) و خودتلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در دلسوزی به خود و خودتنظیمی هیجان را دارا می باشد ($P = 0.05$).

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، بین گروه های آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی داری وجود دارد ($P\text{-Value} < 0.05$) بر مبنای جدول توصیفی ۱-۴، دو گروه شناختی رفتاری هیجان مدار و درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود نسبت به گروه گواه به طور معنی داری افزایش بیشتری را در خودمراقبتی، متابعت درمانی، خودتنظیمی هیجان (Value < 0.05) و خودتلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در دلسوزی به خود و خودتنظیمی هیجان را دارا می باشد ($P = 0.05$).

جدول ۶- آزمون تعقیبی بنفرونی برای سه گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش

| متغییر | گروه | گروه ها | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | معناداری |
|---------------|--|---------|---------------|----------------|----------|
| دلسوزی به خود | شناختی رفتاری هیجان مدار | ۲ | ۳/۰۸۹ | ۳/۱۵۶ | ۰/۸۵ |
| | | ۳ | ۲۴/۴۰۹ | ۳/۱۸۶ | ۰/۰۰۱ |
| | تلفیق پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود | ۱ | ۳/۰۸۹ | ۳/۱۵۶ | ۰/۶۹ |
| | | ۳ | ۲۱/۳۲۱ | ۳/۲۴۵ | ۰/۰۰۱ |

| | | | | |
|-------|-------|--------|---|--------------------------|
| ۰/۰۰۱ | ۳/۱۸۶ | ۲۴/۴۰۹ | ۱ | گروه گواه |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۲۴۵ | ۲۱/۳۲۱ | ۲ | |
| ۰/۶۵ | ۲/۷۱۳ | ۱/۴۴۵ | ۲ | شناختی رفتاری هیجان مدار |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۷۳۹ | ۱۹/۰۷۱ | ۳ | |
| ۰/۵۹ | ۲/۷۱۳ | ۱/۴۴۵ | ۱ | تنظیم هیجان |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۷۹۱ | ۱۷/۶۲۷ | ۳ | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۷۳۹ | ۱۹/۰۷۱ | ۱ | |
| | | | | گروه گواه |

بحث و نتیجه گیری:

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری هیجان مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود بر دلسوزی به خود و خودتنظیمی هیجان مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون میزان میانگین نمرات دلسوزی به خود در گروه‌های آزمایش درمان شناختی- رفتاری هیجان مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری با گروه گواه متفاوت بود، ولی دو گروه آزمایش با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند به دلیل آن که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در حال گسترش است و داده آزمایشی در مورد این درمان وجود ندارد، امکان مقایسه‌ی دقیق آن با دیگر پژوهش‌ها وجود ندارد. اما درمان شناختی- رفتاری هیجان مدار اثربخشی معناداری بر دلسوزی به خود در بیماران قلبی عروقی دارد در تبیین این یافته می‌توان گفت که یادگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها، یک روش مفید و کارآمد برای سازگاری با وضعیت‌ها و موقعیت‌های ناملازم و اضطراب‌زا می‌باشد. فنون به کار برده شده در این پروتکل درمانی با یاد دادن راهبردهای حل مسأله و مقابله‌ی کارآمد با نشانه‌های استرس می‌تواند به بیماران کمک کند که علائم حیاتی خود را به نحو مؤثری کنترل کنند. افراد با یادگیری مهارت‌های آرام‌سازی جسمی-ذهنی، حساسیت‌زدایی منظم، شناسایی افکار غلط و اصلاح این افکار، متوجه جنبه‌های گوناگونی از زندگی خود می‌شوند و می‌توانند خیلی فراتر از محدودیت‌هایی که بیماری برای آن‌ها درست کرده است، بروند [۱۹-۱۷].

پژوهش‌های گوناگونی نشان داده‌اند که هیجانات منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی وجود دارد که از مهمترین عوامل خطرزا برای بیماران قلبی و عروقی است. پس بنابراین لازم است که این بیماران فنون و مهارت‌های سازگارانه برای تنظیم هیجان را یاد بگیرند تا بتوانند سلامت خود را ارتقا دهند و ممکن است این بیماران بتوانند فنون خودمراقبتی را برای بهبود سلامت خود به کار ببرند و به این ترتیب این احتمال وجود دارد که یادگیری مهارت‌های

شناختی رفتاری و فنون تنظیم کردن هیجانات باعث بالا رفتن میزان خوددلسوزی در این افراد شود.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری منجر به افزایش دلسوزی به خود در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی می‌شود، به دلیل آن که این درمان یک درمان تلفیقی از دو پروتکل درمانی می‌باشد و از تلفیق پروتکل‌های درمانی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود تهیه شده است، به همین دلیل می‌توان گفت که یافته پژوهش حاضر با یافته‌های این پروتکل‌های درمانی که بر خود-دلسوزی افراد مبتلا به بیماری قلبی مؤثر بوده‌اند، هم‌خوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یادگیری و به کارگیری فنون به کار برده شده در این پروتکل درمانی موجب می‌شود که افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی به طور بالقوه بتوانند با زمان حال حاضر ارتباط برقرار کنند و رفتار خود را طوری تغییر دهند که یک زندگی ارزشمند را برای خود حفظ کنند، همچنین این افراد به وسیله‌ی فرآیندهایی مانند پذیرش، جدا شدن و کنار گذاشتن استرس و نگرانی‌هایی که موجب اسیر شدن افراد می‌شوند، این عوامل همراه با زمان حال زندگی کردن و متمرکز شدن بر ارزش‌ها و ملزم کردن خود به آن‌ها به تحقق می‌پیوندند، یادگیری و به کار بردن این فرآیندها در زندگی واقعی موجب می‌شود که عملکرد تنظیم شناختی هیجان‌ها و عملکرد فعال‌سازی رفتاری را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. به این ترتیب ممکن است افراد بتوانند با خود صمیمیت بیشتر برقرار کنند و نسبت به خود در برابر رویدادهای ناسازگار در زندگی میزان دلسوزی به خود را افزایش دهند. به همین خاطر است که بعضی از متخصصین مهارت‌ها و فنون به کار برده شده در درمان پذیرش و تعهد را نشأت گرفته از اعمال جهت داده شده به وسیله‌ی ارزش‌ها، تعریف کرده‌اند [۲۰-۲۳].

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از تعدیل کردن نمرات پیش‌آزمون میزان میانگین نمرات خودتنظیمی هیجان در گروه‌های آزمایش درمان شناختی- رفتاری هیجان مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری با گروه گواه متفاوت بود، ولی دو گروه آزمایش با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند. به

زندگی خود داشته باشند و کوشش کنند که مشکلات زندگی خود را به طور مؤثری حل کنند.

در این مطالعه از طرح بیمه آزمایشی استفاده شد که این طرح توان کمی برای کنترل متغیرهای مزاحم را دارد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه بود که خود تعمیم نتایج را به کل جامعه با محدودیت مواجه می‌سازد. محدودیت دیگر این مطالعه این است که آزمودنی‌های این مطالعه افراد بالای بیست سال و با تحصیلات می‌باشد که تعمیم یافته‌ها را به دیگر افراد محدود می‌سازد. این مطالعه بعد از همه‌گیری ویروس کرونا (پسا کرونا) انجام شد، که می‌تواند یک نوع محدودیت باشد.

تشکر و قدردانی:

ضمن تشکر از تمامی اساتیدی که در نگارش این تحقیق یاری رساندند، دکتر نسرین باقری، دکتر محمد عباسی و دکتر زهرا تنها، از کلیه شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش شرکت نموده‌اند نیز تقدیر و تشکر می‌شود.

تأییدیه اخلاقی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه رساله‌ی دکتری "مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود خودمراقبتی، تبعیت از درمان، خود دلسوزی و خودتنظیمی هیجان در بیماران قلبی- عروقی" مصوب شورای پژوهشی در تاریخ ۱۳۹۸/۶/۲۸ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1399.045 است.

تعارض منافع:

مقاله حاضر برای هیچ مؤسسه، نهاد و ارگانی تعارض منافع نداشته است.

سهام نویسندگان:

زهرا مبشر (نویسنده اول) طراحی مطالعه و تهیه مقاله ۴۰ درصد؛ نسرین باقری (نویسنده دوم و مسئول). هدایت طرح تجزیه و تحلیل داده‌ها ۲۰ درصد؛ محمد عباسی (نویسنده سوم) گرد اوری داده ۲۰ درصد؛ زهرا تنها (نویسنده چهارم) ویرایش مقاله ۲۰ درصد.

دلیل آن که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در حال گسترش است و داده آزمایشی در مورد این درمان وجود ندارد، امکان مقایسه‌ی دقیق آن با دیگر پژوهش‌ها وجود ندارد. اما درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار اثربخشی معناداری بر خودتنظیمی هیجان دارد و می‌تواند در تبیین این یافته می‌توان گفت که در بین اندیشه‌ها، هیجانات و رفتارها افراد یک ارتباط متقابل وجود دارد، یافته‌های این پژوهش نشان داد که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری منجر به افزایش خودتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی می‌شود، به دلیل آن که این درمان یک درمان تلفیقی از دو پروتکل درمانی می‌باشد و از تلفیق پروتکل‌های درمانی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود تهیه شده است، به همین دلیل می‌توان گفت که یافته پژوهش حاضر با یافته‌هایی این پروتکل‌های درمانی که بر خودتنظیمی هیجان افراد مبتلا به بیماری قلبی مؤثر بوده‌اند [۲۴-۲۶].

در تبیین این یافته می‌توان گفت که فنون به کار برده شده در درمان پذیرش و تعهد با یاد دادن مهارت‌هایی همچون با معنا بودن زندگی، با هدف بودن و تعهد به ارزش‌ها، به افراد کمک می‌کند که هیجانات خود را تنظیم کنند. فنون موجود در درمان پذیرش و تعهد موجب می‌شود که افراد اعتقادات، رفتارها و ارزش‌هایی را در زندگی کسب کنند که در زمان بروز هیجانات منفی و ناخوشایند بتوانند بهزیستی هیجانی خود را حفظ کنند و بر هیجانات خودآگاهی و مدیریت بیشتری داشته باشند و بتوانند هیجانات خود را به طور سازنده و مؤثر تنظیم کنند و یادگیری این فنون موجب مقابله سازنده و مفید با موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود و فعالیت‌های شخص را در واکنش به موقعیت‌های استرس‌زا افزایش می‌دهد و توانایی بالاتری در تنظیم و اداره کردن هیجانات خود کسب می‌کنند [۲۷-۲۹].

مهارت‌های یاد گرفته شده در جلسات آموزشی به افراد این فرصت را برای آن‌ها فراهم می‌کند که از شناخت‌ها و اعتقادات غلط و هیجانات منفی که در مورد زندگی خود و مشکلات موجود در آن دارند، رهایی یابند و نسبت به خود احساس دلسوزی و مهربانی بیشتری را به دست آورند و این اعتقاد در آن‌ها به وجود می‌آید که مشکلات و گرفتاری ممکن است که برای همه‌ی افراد به وجود بیاید و تنها خودشان نیستند که در زندگی با مشکلات و بیماری دست و پنجه نرم کنند و داشتن این اعتقاد به آن‌ها کمک می‌کند که در بیشتر اوقات به جای این که از مشکلات و ناسازگاری‌های موجود در زندگی خود اجتناب کنند، تلاش می‌کنند که مهارت‌های مقابله‌ای کارآمدتری با مشکلات و ناسازگاری‌های

حمایت مالی:

این مقاله از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول یا نویسندگان تأمین شده است.

Reference

- Hakak SM, Kakavand AR, Javadi HR. The mediating role of emotion regulation between childhood-adolescence socioeconomic status and cardiovascular diseases in middle age: Path analysis. *J Inflamm Dis*. 2018; 22(4):63-73. [In Persian] DOI: 10.29252/qums.22.4.63
- Kazukauskiene N, Burkauskas J, Macijauskiene J, Duoneliene I, Gelziniene V, Jakumaite V, et al. Mental distress factors and exercise capacity in patients with coronary artery disease attending cardiac rehabilitation program. *Int J Behav Med*. 2018; 25:38-48. DOI:10.1007/s12529-017-9675-y
- Urden LD, Stacy KM, Lough ME. *Priorities in critical care nursing*. 8th ed. Elsevier Health Sciences; 2019.
- Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers*. 2007; 41(4):908-16. DOI: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Luo X, Qiao L, Che X. Self-compassion modulates heart rate variability and negative affect to experimentally induced stress. *Mindfulness*. 2018; 9:1522-8. DOI: 10.1007/s12671-018-0900-9
- Karbasdehi ER, Abolghasemi A, Karbasdehi FR. The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *J Contemp Psychother*. 2018; 48:233-9. DOI: 10.1007/s10879-018-9390-2
- Norona JC, Scharf M, Welsh DP, Shulman S. Predicting post-breakup distress and growth in emerging adulthood: The roles of relationship satisfaction and emotion regulation. *J Adolesc*. 2018; 63:191-3. DOI: 10.1016/j.adolescence.2018.01.001
- Colombo D, Fernández-Álvarez J, Garcia Palacios A, Cipresso P, Botella C, Riva G. New technologies for the understanding, assessment, and intervention of emotion regulation. *Front Psychol*. 2019; 10:1261. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01261
- Beintner I, Hütter K, Gramatke K, Jacobi C. Combining day treatment and outpatient treatment for eating disorders: Findings from a naturalistic setting. *Eat Weight Disord*. 2020; 25:519-30. DOI: 10.1007/s40519-019-00643-6
- Suveg C, Jones A, Davis M, Jacob ML, Morelen D, Thomassin K, et al. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *J Abnorm Child Psychol*. 2018; 46:569-80. DOI: 10.1007/s10802-017-0319-0
- Robichaud M, Koerner N, Dugas MJ. *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. 2nd ed. New York: Routledge; 2019. DOI: 10.4324/9781315709741.
- Barreiros AR, Almeida I, Baía BC, Castelo-Branco M. Amygdala modulation during emotion regulation training with fmri-based neurofeedback. *Front Hum Neurosci*. 2019; 13:89. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00089
- Vowles KE, Sowden G, Hickman J, Ashworth J. An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain. *Behav Res Ther*. 2019; 115:46-54. DOI: 10.1016/j.brat.2018.10.012
- Jonsjö MA, Wicksell RK, Holmström L, Andreasson A, Olsson GL. Acceptance & commitment therapy for ME/CFS (Chronic Fatigue Syndrome: A feasibility study. *J Contextual Behav Sci*. 2019; 12:89-97. DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.02.008
- Harris KR, Norton PJ. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for the treatment of emotional disorders: a preliminary open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2019; 65:101487. DOI: 10.1016/j.jbtep.2019.101487
- Chang EC, Lucas AG, Chang OD, Angoff HD, Li M, Duong AH, et al. Relationship between future orientation and pain severity in fibromyalgia patients: Self-compassion as a coping mechanism. *J Soc Work*. 2019; 64(3):253-8. DOI: 10.1093/sw/swz013
- Sirois FM, Hirsch JK. Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*. 2019; 10(1):46-54. DOI: 10.1007/s12671-018-0945-9
- Hoffart A, Øktedalen T, Langkaas TF. Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: A study of within-person processes. *Front Psychol*. 2015; 6:1273. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01273

19. Halamová J, Kanovský M, Varšová K, Kupeli N. Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Curr Psychol.* 2018; 40(4):1-11. DOI: 10.1007/s12144-018-9933-4
20. Moreira H, Canavarro MC. Mindful parenting is associated with adolescents' difficulties in emotion regulation through adolescents' psychological inflexibility and self-compassion. *J Youth Adolescence.* 2020; 49:192-211. DOI: 10.1007/s10964-019-01133-9
21. Szczygieł D, Buczny J, Bazińska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Pers Individ Dif.* 2012; 52(3):433-7. DOI: 10.1016/j.paid.2011.11.005
22. Köhle N, Drossaert CH, Jaran J, Schreurs KM, Verdonck-de Leeuw IM, et al. User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: A qualitative study. *BMC Public Health.* 2017; 17:225. DOI: 10.1186/s12889-017-4121-2
23. Beaumont E, Irons C, Rayner G, Dagnall N. Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism?. *J Contin Educ Health Prof.* 2016; 36(1):4-10. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000023
24. Rubin-Falcone H, Weber J, Kishon R, Ochsner K, Delaparte L, Doré B, et al. Neural predictors and effects of cognitive behavioral therapy for depression: The role of emotional reactivity and regulation. *Psychol Med.* 2020; 50(1):146-60. DOI: 10.1017/S0033291718004154
25. Karekla M, Karademas EC, Gloster AT. The common sense model of self-regulation and acceptance and commitment therapy: Integrating strategies to guide interventions for chronic illness. *Health Psychol Rev.* 2019; 13(4):490-503. DOI: 10.1080/17437199.2018.1437550
26. Wojnarowska A, Kobylinska D, Lewczuk K. Acceptance as an emotion regulation strategy in experimental psychological research: What we know and how we can improve that knowledge. *Front Psychol.* 2020; 11:242. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00242
27. Biber DD, Ellis R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *J Health Psychol.* 2019; 24(14):2060-71. DOI: 10.1177/1359105317713361
28. Sirois FM, Nauts S, Molnar DS. Self-compassion and bedtime procrastination: An emotion regulation perspective. *Mindfulness.* 2019; 10:434-45. DOI: 10.1007/s12671-018-0983-3
29. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychol Psychother.* 2018; 91(2):248-61. DOI: 10.1111/papt.12159

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and combination therapy on self-compassion and emotional self-regulation in heart patients

Zahra Mobasher¹ Nasrin Bagheri^{2*} Mohammad Abbasi³ Zahra Tanha³

1. PhD Student, Educational Psychology, Islamic Azad University, Boroujerd Branch, Boroujerd, Iran. ORCID: 0000-0003-2928-867x
2. PhD, Educational Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.
3. PhD, Educational Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

(Received 29 Apr, 2021)

Accepted 21 Dec, 2021)

Original Article

Abstract

Aim: The present study compares the effectiveness of emotion-oriented cognitive-behavioral therapy and the combination of acceptance-based therapy and commitment and self-compassion training on self-compassion and emotional self-regulation in heart patients in Khoramabad in 2021.

Methods: The present study is a quasi-experimental with pre-test-post-test design with a control group. The statistical population was women with heart disease in Khoramabad in 2021. Forty-five people were selected through the convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Ten separate 90-minute sessions were held for both treatment groups, and no training control group was applied. The research instruments were the Self-Compassion Scale of Neff with 26 questions and the Emotional Self-Regulation Scale of Larsen and Mike with ten questions. SPSS software and multivariate analysis of covariance were used to analyze the data.

Results: Combining acceptance-commitment therapy with self-compassion training and emotion-driven cognitive-behavioral therapy improves self-compassion and emotional self-regulation in women with cardiovascular disease (P -Value > 0.05), and their recovery rate is higher than the control group (P -Value > 0.05). However, the two experimental groups were not significantly different (P -Value > 0.0).

Conclusion: Combining acceptance-commitment therapy with self-compassion training and emotion-driven cognitive-behavioral therapy increase awareness of emotions and controls the level of emotions and self-compassion in women with heart disease. So, both treatments are effective for awareness of emotions and self-compassion.

Keywords: Emotional-cognitive-behavioral therapy, Emotional self-regulation, Cardiovascular disease.

How to cite this article: Mobasher Z, Bagheri N, Abbasi M, Tanha Z. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and combination therapy on self-compassion and emotional self-regulation in heart patients. *Journal of Modern Medical Information Sciences*. 2021; 7(4):33-43.

Correspondence:

Nasrin Bagheri

Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

Tel: +98 9122477417

Email: Bagheri.nas.@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5919-2591