رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۹، شماره پیاپی ۹۰، آذر ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(9), 2023

مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹

Compared the effectiveness of compassion therapy and mindfulness-based therapy on cognitive emotion regulation in the survivors of the covid-19 disease

شکوه قارونی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
مرضیه راستین
کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون، با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی افراد سوگوار و داغ دیده ساکن شهر کرج که در بازه زمانی مرداد تا آذرماه ۱۴۰۰ بود یکی از بستگان درجه یک خود را با تشخیص ابتلا به کرونا از دست داده بود. ۴۵ نفر به صورت داوطلبانه با اعلام فراخوان وارد مطالعه شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول و دوم هر یک به ترتیب طی ۸ جلسه هفتگی تحت مداخله شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ، گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی انجام شد. یافته‌های بدست آمده نشان داد که هر دو مداخله‌ی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه گواه به طور معنی‌داری باعث افزایش تنظیم هیجان سازش یافته و کاهش تنظیم هیجان سازش نایافته می‌شوند (P<۰/۰۱) و تأثیر هر دو روش مداخله تا مرحله پیگیری (۳ماهه) ماندگار بود. همچنین بین میزان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۱). بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت هر دو درمان شفقت-درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹انجام مؤثر بودند.

واژه‌های کلیدی: *تنظیم شناختی هیجان، ذهن‌آگاهی، شفقت‌درمانی، بازماندگان موتوفیان کووید-۱۹.*

Shokouh Gharouni*
Master's graduate University, Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
Shokouhgharooni@gmail.com
Marzieh Rastin
Master's graduate University, Department of Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Abstract
The present study compared the effectiveness of compassion therapy and mindfulness-based therapy on cognitive emotion regulation in the survivors of the COVID-19 disease. The method of study was quasi-experimental with a pre-test-post-test design, a control group, and a 3-month follow-up. The statistical population of the study included all bereaved people who lost one of their first-degree relatives due to Corona from August to December 2021 and are living in Karaj City. In this regard, 45 people were selected by voluntary sampling and were randomly divided into two experimental groups and one control group (15 people in each group). The first and second experimental groups received compassion therapy and mindfulness-based therapy during 8 weekly sessions, respectively. The study tool was the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefsky and Kraaij, 2006). Data were analyzed by analysis of variance with repeated measurements and the Bonferroni test. The results revealed that both compassion therapy and mindfulness-based therapy significantly increased adjusted cognitive emotion regulation and decreased maladjusted emotion regulation compared to the control group (P<0.01). Also, both intervention methods had a lasting effect until the follow-up stage (3 months). Moreover, there was no significant difference between the effectiveness of the two methods (P<0.01). According to the results, it can be stated that both compassion therapy and mindfulness-based therapy were effective in cognitive emotion regulation in the survivors of the COVID-19 disease.

Keywords: *cognitive emotion regulation, compassion therapy, mindfulness, survivors of victims of COVID-19.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۲** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

مقدمه

بشر در طول زندگی خود همواره با فقدان‌های متعدد مواجه بوده و آموخته است که این فقدان‌ها را تاب آورد. هر فقدان یا تهدید به آن می‌تواند واکنش به سوگ به همراه داشته باشد که واکنشی طبیعی است شامل افکار، احساسات و رفتارهای مختلف در مراحل متفاوت و در افراد، جوامع و فرهنگ‌های گوناگون تفاوت‌های زیادی دارد و نیز همواره احساسات و تجارب سختی را به دنبال دارد (ویلس و ساموئلسون، ترجمه خسروجردی، ۱۴۰۰). در بحران جهانی بیماری COVID-19 و با توجه به شرایط خاصی که جهانیان با آن درگیرند، متأسفانه افراد زیادی عزیزان خود را از دست داده‌اند و تجربه سوگ و فرایند سوگواری دستخوش تغییرات اساسی گردید. خانواده‌هایی که بستگان خود را به دلیل کووید-۱۹ از دست داده‌اند، به دلیل ترس یا پیشگیری از انتشار ویروس در برگزاری مراسم متداول برای فرد متوفی و همچنین شرایط فاصله‌گذاری‌های اجتماعی با محدودیت‌های جدی مواجه بودند که در نتیجه این احتمال بالاست که زمینه افزایش فراوانی و شدت فرایندهای سوگ تبعاتی به دنبال داشته است (والاس[1] و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده است که مرگ‌های غیرمنتظره و نداشتن آمادگی برای مرگ، و عوامل خطری که در مرگ‌های ناشی از کووید ۱۹ بارز و برجسته است (مانند نداشتن مراقبت در دوران بیماری و...) به احتمال بیشتری به سوگ پیچیده و هیجانات منفی، و افسردگی پس از مرگ عزیز منجر می‌شود (ویندگارد و بنروس[2]، ۲۰۲۰؛ گوواس و شئیر[3]، ۲۰۲۱).

درد و رنج ناشی از رویدادهای آسیب‌زا همچون سوگ ناشی از فقدان از عواملی هست که می‌تواند تنظیم هیجان[4] را تعدیل نماید (ماسلما[5] و همکاران، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری آگاهانه یا ناآگاهانه‌ای را شامل می‌شود که به منظور حفظ، افزایش و کاهش یک هیجان مورد استفاده قرار می‌گیرد (اشتراوس[6] و همکاران، ۲۰۱۹) و نشان از راه‌ها و روش‌های کنار آمدن با شرایط استرس‌زا دارند (اسمیت[7] و همکاران، ۲۰۱۹). استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا کنترل رفتارهایشان را در دست بگیرند؛ به طوری که بتوانند به وقایعی که در اطرافشان در حال رخ دادن است، واکنش انعطاف‌پذیر نشان دهند. این راهبردها به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی استفاده می‌شود (مرتنز[8] و همکاران، ۲۰۲۰). استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان اغلب به دنبال رویدادهای منفی رخ می‌دهد (واراچ و جوزف[9]، ۲۰۲۱). مختل شدن تنظیم هیجان که در نتیجه‌ی مواجهه با سوگ و فقدان عزیز ایجاد شده می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری را برای افراد داشته باشد و برخورد نامناسب با هیجانات منفی مانند غم، خشم و اضطراب می‌تواند اثرات ناخوشایندی بر سلامت جسم و خلق و خوی افراد داشته باشد (صمدی کاشان و همکاران، ۱۳۹۸). مطالعات (مورالیدهران و پوکولانگارا[10]، ۲۰۲۱؛ ماسلما و همکاران، ۲۰۲۰؛ پیروی و همکاران، ۱۴۰۱؛ حاجی قاسم و عناصری، ۱۴۰۰) بروز ناراحتی‌های هیجانی همچون عدم تنظیم هیجانی، عدم کنترل عواطف، اضطراب، استرس، افسردگی و... از پیامدهای روانشناختی بازماندگان کووید-۱۹ می‌دانند.

از جمله مداخلاتی که برای کاهش تنش‌ها و تنظیم هیجانات صورت گرفته است، می‌توان به شفقت‌درمانی[11] و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی[12] اشاره کرد. شفقت به خود، در ارتباط بودن با درد و رنج خود به جای اجتناب و یا قطع ارتباط با آن، ایجاد تمایل به رفع آن رنج و مهربانی کردن با خود است. خودشفقتی همچنین شامل قضاوت‌های غیرواقعی نسبت به درد، بی‌کفایتی و شکست‌هاست؛ چراکه تجربه فردی بخشی از تجارب بزرگ‌تر فرد است (نف[13]، ۲۰۲۳). شفقت مستلزم پاسخ‌های متعادل و ذهن‌آگاه در مقابل ناراحتی‌هاست، نه اجتناب یا تقویت احساسات ناراحت‌کننده؛ همچنین شامل حفظ متانت و قضاوت‌های عادلانه در مواجهه با تجربیات ناخوشایند و خوش‌بینی نسبت به زندگی در زمان حال است (وو[14]، ۲۰۲۱). شفقت به خود توانایی تبدیل درک، پذیرش و عشق به شکل درونی است. درمان متمرکز بر شفقت به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود می‌پردازد و فرد را در مقابل خودانتقادی و سرزنشگری مصون نگه می‌دارد (کریگر[15] و همکاران، ۲۰۱۹). درمان

1. Wallace
2. Vindegaard, & Benros
3. Goveas, & Shear
4. emotion regulation
5. Muslimah
6. Strauss
7. Smith
8. Mertens
9. Warach, & Josephs
10. Muralidharan, & Pookulangara
11. compassion therapy
12. mindfulness-based therapy
13. Neff
14.Wu
15. Krieger

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

متمرکز بر شفقت همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند (کولتز[1]، ترجمه خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعه بابایی گرمخانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد شفقت، راهبردهای تنظیم هیجان غیرانطباقی را کاهش و راهبردهای انطباقی را افزایش داد. از سویی شفقت به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی مؤثر که زمینه برای شکل‌گیری عواطف مثبت را بیش از پیش فراهم می‌کند، می‌تواند تأثیر به سزایی بر مهار و تنظیم هیجان داشته باشد (جاکوبسن[2]و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های دیگر (هوشمندفرزانه و ترخان، ۱۴۰۱؛ همتیان خیاط و همکاران، ۱۴۰۱؛ رحمانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ دوراته[3] و همکاران، ۲۰۲۱؛ وو، ۲۰۲۱؛ فراستادوتیر و دورجی [4]، ۲۰۱۹) نیز اثربخشی شفقت‌درمانی را بهبود تنظیم هیجان، استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی در جوامع آماری بالینی و غیربالینی متعدد بررسی و تأیید نموده‌اند.

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از دیگر رویکردهای مداخله‌ای که طی چند دهه اخیر در زمینه بهداشت روان پیشرفت عمده‌ای داشته است. ذهن‌آگاهی، آگاهی از لحظه حال و بدون قضاوت است؛ این آگاهی بی‌آنکه چیزی را تثبیت کند یا آن را خوب و بد تلقی سازد به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، در نتیجه می‌توان گفت ذهن‌آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به دنبال دارد (سگال[5] و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، ذهن‌آگاهی امکان کنارآمدن سازش یافته‌تر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن‌آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند (کیم[6] و همکاران، ۲۰۲۲) و نسبت به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (ویلسون[7] و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای حل و فصل مسائل روانشناختی نظیر تنیدگی، افسردگی و نشخوار فکری، اضطراب، اختلال خواب، خودمهارگری و... به کار گرفته شده است و پژوهش‌ها (کیم و همکاران، ۲۰۲۲؛ بردرز[8]، ۲۰۲۰؛ فراستادوتیر و دورجی، ۲۰۱۹؛ دی وایب[9]و دیگران، ۲۰۱۷؛ شرخانزاده و همکاران، ۱۴۰۱؛ جاویدنیا و همکاران، ۱۴۰۰؛ هدایتی زفرقندی و همکاران، ۱۴۰۰) حاکی از اثربخشی این رویکرد در درمان مسائل روانشناختی نظیر تنیدگی، افسردگی و نشخوار فکری، اضطراب، اختلال خواب، خودمهارگری و... هستند. نتایج مطالعه دنگ[10] و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهد ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجانات منفی و نحوه پردازش هیجانات منفی تأثیرگذار است.

به طور کلی می‌توان گفت عنصر اساسی هر دو رویکرد فوق درمان شناختی-رفتاری است؛ و شفقت به خود و دیگران و ذهن آگاهی بطور ذاتی با هم ارتباط دارند. ویژگی‌های همپوشانی دو رویکرد پرورش ذهن‌آگاهی، آگاهی بدنی وآموزش ذهنی‌سازی و استفاده از آموزش روانی است. اما دارای تفاوت‌هایی با یکدیگر نیز هستند. از جمله این که شفقت‌درمانی به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود می‌پردازد و فرد را در مقابل خودانتقادی و سرزنشگری مصون نگه می‌دارد و همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند. اما ذهن‌آگاهی با تأکید بر نقش عواطف و هیجانات بر رفتار و روابط به کمک فنونی که بکار می‌گیرد با تمرکز بر فرآیند توجه به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق منفی- فکر منفی- گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود. بنابراین می‌توان دریافت هر دو روش نقش مهمی در حفظ آرامش افراد در هنگام مواجه با احساس واقعیت زندگی، پذیرش هیجانات بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه‌ی اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه و نگریستن به هیجانات منفی دارد.

با توجه به پاندمی بیماری و موارد مرگ‌های اجتناب‌ناپذیر ناشی از آن و شرایط خاص رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی و انجام مراسم تدفین با شیوه بهداشتی و عدم برگزاری مراسم که افزایش شیوع سوگ در بازماندگان را به دنبال داشته که می‌توانند بر هیجانات مؤثر باشند و نظر به کاستی‌های پژوهشی که وجود دارد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹ انجام شد.

1. Kolts
2. Jacobson
3. Duarte
4. Frostadottir & Dorjee
5. Segal
6. Kim
7. Wilson
8. Borders
9. De Vibe
10. Deng

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جهت دستیابی به هدف، از بین تمامی افراد سوگوار و داغ دیده ساکن شهر کرج که در بازه زمانی مرداد تا آذرماه ۱۴۰۰ یکی از بستگان درجه یک خود را با تشخیص ابتلا به کرونا از دست داده‌اند؛ ۴۵ نفر به صورت داوطلبانه با اعلام فراخوان در شبکه‌های اجتماعی (واتساپ، تلگرام و اینستاگرام) به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵نفر) قرار گرفتند. انتخاب حجم نمونه با استناد به حجم نمونه پیشنهادی در پژوهش‌های آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر (دلاور، ۱۳۹۸) صورت گرفت. به منظور انتخاب گروه نمونه ابتدا با اعلام فراخوان یک‌ماهه در بهمن ماه سال ۱۴۰۰ از طریق شبکه‌های اجتماعی از تمامی افراد ساکن شهر کرج که در بازه زمانی مرداد تا آذرماه یکی از بستگان درجه یک خود را با تشخیص ابتلا به کرونا از دست داده‌اند، جهت شرکت در پژوهش دعوت و ثبت نام شد (۶۳ نفر). سپس با بررسی معیارهای ورود به پژوهش ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط وارد مطالعه شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول و گروه آزمایش دوم هر یک طی ۸ جلسه ۷۰-۶۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی بصورت جلسات مشاوره فردی تحت مداخله‌ی شفقت‌درمانی و ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. در این مدت شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. یک هفته پس از اتمام جلسات و همچنین ۳ ماه پس از جلسه پایانی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان با هدف پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۴۵-۲۵ سال، گذشت ۳-۶ ماه از فوت یکی از اعضای خانواده در اثر کرونا، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا داروهای روان‌پزشکی، عدم قرار داشتن تحت درمان روانشناختی دیگر بصورت همزمان و رضایت آگاهانه بود. لازم به ذکر است انصراف از ادامه همکاری یا غیبت بیش از دو جلسه متوالی بعنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان امضا شد. در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات و حفظ رازداری از سوی درمانگر به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد. همچنین پژوهشگر به شرکت‌کنندگان گروه گواه متعهد گردید پس از پایان جلسات مداخله برای آنها نیز رویکردی که دارای اثربخشی بیشتری مورد استفاده قرار گیرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)[1]: توسط گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) تنظیم شده است. دارای ۱۸ ماده می‌باشد و راهبردهای تنظیم هیجان در دو دسته کلی ۱) راهبردهای انطباقی (سازش یافته) با ۱۰ سؤال و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نایافته) با ۸ سؤال ارزیابی می‌کند. پاسخ به ماده‌ها به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در راهبردهای سازش یافته ۱۰ و ۵۰ و در راهبردهای سازش نایافته ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی به شمار می‌رود (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). روایی محتوای با روش ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۸۲ محاسبه و گزارش شده است. جهت تعیین روایی همگرا و واگرا همبستگی مؤلفه‌های پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک نشان داد بین مؤلفه‌های خودسرزنش‌گری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران در راهبردهای سازش نایافته با افسردگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد که مقادیر آن به ترتیب ۰/۲۲، ۰/۲۹، ۰/۴۵، و ۰/۳۸ است. همچنین بین مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در راهبردهای سازش یافته با افسردگی همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد که مقدار آن به ترتیب برابر با ۰/۲۱-، ۰/۲۳-، ۰/۱۹-، ۰/۲۶-، و ۰/۱۷- است (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در ایران نیز حسنی (۱۳۹۰) پایایی زیرمؤلفه های این پرسشنامه را به روش همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است. روایی محتوایی پرسشنامه در ایران براساس ضریب توافق کندال برای زیرمؤلفه‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ بدست آمده است (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). بشارت (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش نمود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن و ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ محاسبه شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه در راهبردهای سازش یافته ۰/۷۴ و در راهبردهای سازش نایافته ۰/۷۸ بدست آمد.

1. cognitive emotion regulation questionnaire (GERQ)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

جلسات مداخله شفقت‌درمانی: با استفاده از برنامه شفقت‌درمانی گیلبرت[1] ترجمه (اثباتی و فیضی، ۱۳۹۷) برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول طی ۸ جلسه مشاوره فردی بصورت هفتگی (هر جلسه ۷۰-۶۰ دقیقه) اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی: با استفاده از برنامه‌ی درمانی کابات زین[2](۱۹۹۲) و ون‌سان[3] و همکاران (۲۰۱۱) برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش دوم طی ۸ جلسه مشاوره فردی بصورت هفتگی (هر جلسه۷۰-۶۰ دقیقه) اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای آموزشی جلسات شفقت‌درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه؛ تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع؛ گوش سپردن به روایت‌ها و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)؛ توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن.
دوم	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا)؛ تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن؛ تعریف شفقت.
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟؛ بررسی ویژگی‌ها و مهارتهای آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد؛ معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها.
چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن. آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر)
پنجم	بررسی تکلیف و سرور جلسه‌ی قبل؛ پرورش خودشفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت؛ آموزش نحوه‌ی تصویرپردازی در مورد خود-شفقت‌ورز.
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل؛ آموزش نامه نگاری شفقت‌ورز.
هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل؛ ترس از شفقت به خود؛ شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها.
هشتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات؛ درخواست از اعضا برای توضیح دست آوردهایشان از گروه. تکلیف: ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی.

جدول ۲. خلاصه محتوای آموزشی جلسات ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول و دوم	آشنایی و برقراری ارتباط، شرح اهداف و قوانین جلسات، تأکید بر رازداری، احترام متقابل و ...، تمرین مراقبه نشسته ۳ دقیقه‌ای در شروع و پایان جلسه. تمرین خوردن یک کشمکش با تمام وجود و بحث درباره این احساس، ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن هم زمان با نفس کشیدن و هر بار با توجه به بخشی از بدن. شناسایی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش روزانه اعضای گروه، آموزش و تمرین توجه آگاهانه و تمرکز بر تنفس(ذهن‌آگاهی تنفس)، شرح تغییرات ایجاد شده در الگوی تنفس متناسب با حالت خلقی.
سوم و چهارم	مدیتیشن اسکن بدن؛ بحث در زمینه تجربه جلسه گذشته و تمرینات بین جلسات، موانع انجام تمرین (بی‌قراری، پرسه زدن ذهن، حواس پرتی)؛ و راه حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای این مسئله (غیرقضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم)؛ بحث در مورد تفاوت افکار و احساسات، مدیتیشن در حالت نشسته و اسکن بدن.
پنجم و ششم	تمرین دیدن و شنیدن. تمرین سه دقیقه‌ای تنفسی در سه مرحله، توجه به تمرین در زمان انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. آگاهی از یک فعالیت روزمره جدید و ذهن‌آگاهی یک رویداد ناخوشایند. انجام مدیتیشن نشسته. اجرای حرکات ذهن آگاه بدن.
هفتم و هشتم	رها کردن افکار، باورها و خواسته‌های یک جانبه، تک بعدی و غیرمنطقی از طریق پذیرش و آگاهی یافتن نسبت به آن‌ها، در نظر گرفتن و بررسی مسائل به صورت چندبعدی با ذهنی شفاف و گشوده، دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب، توصیه به استفاده از فنون ذهن آگاهانه (پیاده‌روی ذهن آگاهانه، غذا خوردن ذهن‌آگاهانه و ...) در زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی.

1. Gilbert
2. Kabat-Zinn
3. Van Son

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۵ نفر از افراد شرکت‌کننده در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در گروه مداخله اول (شفقت درمانی) ۶۵ درصد شرکت‌کنندگان زن و ۳۵ درصد مرد؛ گروه مداخله دوم (درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی) ۵۶ درصد زن و ۴۴ درصد مرد بودند. گروه گواه نیز از ۵۸ درصد زن و ۴۲ درصد مرد تشکیل شد. در گروه آزمایش اول (شفقت‌درمانی) میانگین و انحراف‌معیار سن زنان شرکت‌کنندگان ۶/۸±۳۷/۷ سال و مردان ۶/۶±۳۸/۷ سال؛ در گروه آزمایش دوم (درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی) زنان ۵/۸±۳۶/۵ و مردان ۷/۷ ±۳۷/۸؛ و در گروه گواه زنان ۵/۷ ±۳۶/۷ و مردان ۵/۴±۳۸/۷ سال بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در گروه مداخله اول (شفقت درمانی)، گروه مداخله دوم (درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و گروه گواه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش ۱ (شفقت‌درمانی)	تنظیم هیجان سازش یافته	۲۳/۴۱	۳/۷۶	۴۲/۶۴	۱۱/۳۵	۴۰/۵۶	۱۰/۰۸
	تنظیم هیجان سازش نایافته	۵۸/۶۲	۱۲/۴۴	۳۹/۷۱	۴/۲۳	۴۳/۷۴	۳/۸۲
آزمایش ۲ (ذهن‌آگاهی)	تنظیم هیجان سازش یافته	۲۲/۴۶	۳/۴۷	۳۶/۸۶	۱۰/۵۲	۳۶/۵۱	۹/۲۵
	تنظیم هیجان سازش نایافته	۵۷/۶۳	۷/۷۸	۴۲/۷۱	۵/۱۳	۴۴/۶۳	۴/۴۴
گواه	تنظیم هیجان سازش یافته	۲۱/۶۸	۲/۲۶	۲۷/۸۳	۷/۲۸	۲۷/۵۶	۶/۵۲
	تنظیم هیجان سازش نایافته	۵۸/۱۵	۱۱/۱۴	۴۶/۱۳	۱۰/۴۴	۵۴/۶۰	۱۲/۷۳

با توجه به یافته‌های جدول ۳، میانگین و انحراف‌معیار تنظیم هیجان (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر داشته است.

برای بررسی نرمال بودن تنظیم هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته)، از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد مشخصه Z آزمون مربوط به نرمال بودن تنظیم هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته)، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوت ندارد (P=۰/۱۰۹ ، F=۲/۷۳). همچنین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌های خطا برای تنظیم هیجانی (سازش یافته و سازش نایافته) یکسان است (P=۰/۷۲۱ ، F=۰/۰۶۷). نتایج آزمون باکس به منظور بررسی فرض صفر تساوی کوواریانس در گروه‌ها نشان داد که پیش فرض برابری ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیر وابسته در گروه‌ها برقرار است (P=۰/۱۸۲ ، F=۱/۳۵۲). همچنین نتایج حاصل از آزمون کرویت موخلی نشان داد متغیر ترکیبی وارد شده به مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد (P=۱۵۳ ، F=۲/۲۴۲).

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تنظیم هیجان سازش یافته	عامل درون گروهی	مراحل زمان	۵۱۵۳/۷۲۳	۱/۳۴۱	۳۸۲۰/۵۴۷	۱۱۷/۴۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۷
		تعامل مراحل *گروه	۷۳۴/۶۶۷	۲/۶۸۰	۲۷۴/۱۲۰	۸/۲۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۱
		خطا	۱۸۷۸/۲۶۷	۵۶/۲۸۲	۳۳/۳۷۲			
	عامل بین گروهی	گروه	۲۵۶۱/۷۳۳	۲	۱۳۸۰/۸۶۷	۹/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵
		خطا	۵۸۷۴/۹۳۳	۴۲	۱۳۹/۷۸۹			
تنظیم هیجان سازش نایافته	عامل درون گروهی	مراحل زمان	۴۸۲۲/۷۵۹	۱/۴۸۵	۳۳۳۸/۵۵۹	۵۲/۵۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۵
		تعامل مراحل *گروه	۱۲۵۳/۷۵۲	۲/۹۵۹	۴۳۱/۷۸۴	۶/۶۲۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
		خطا	۳۹۴۷/۹۴۶	۶۱/۹۲۱	۶۳/۵۸۶			
	عامل بین گروهی	گروه	۱۷۵۴/۸۵۹	۲	۹۲۶/۴۳۱	۵/۷۳۱	۰/۰۰۶	۰/۲۲۴
		خطا	۶۸۷۵/۲۳۴	۴۲	۱۶۱/۵۵۳			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی تنظیم هیجان (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) در جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نایافته) معنادار است (P<۰/۰۱)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نایافته) در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی تنظیم هیجان (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نایافته)

متغیر		مراحل/گروه ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
تنظیم هیجان سازش یافته	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱۳/۹۳۳*	۱/۲۲۴	۰/۰۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۱۲/۴۰۰*	۱/۰۷۷	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	۱/۵۳۳	۰/۵۶۹	۰/۰۵۸
	گروه	شفقت‌درمانی- ذهن‌آگاهی	۳/۱۳۳	۲/۴۹۳	۰/۶۴۷
		شفقت‌درمانی - گواه	۱۰/۴۰۰*	۲/۴۹۳	۰/۰۰۰۱
		ذهن‌آگاهی - گواه	۷/۲۶۷*	۲/۴۹۳	۰/۰۱۷
تنظیم هیجان سازش نایافته	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۴/۰۲۲*	۱/۷۱۰	۰/۰۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۱۱/۰۸۹*	۱/۵۶۷	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	-۱/۳۳۳*	۰/۹۳۳	۰/۰۱۹
	گروه	شفقت‌درمانی- ذهن‌آگاهی	-۱/۷۱۱	۲/۶۸۰	۱
		شفقت‌درمانی-گواه	-۸/۵۷۸*	۲/۶۸۰	۰/۰۰۸
		ذهن‌آگاهی- گواه	۶/۸۶۷*	۲/۶۸۰	۰/۰۴۲

با توجه به یافته‌های جدول ۵ نتایج نشان می‌دهد بین نمرات تنظیم هیجان (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نایافته) در مرحله پیش آزمون پایین‌تر از مرحله پس آزمون و پیگیری است. همچنین بین اثر گروه‌های آزمایش اول و دوم و گروه کنترل مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته در گروه آزمایش اول و دوم، کمتر از گروه گواه است. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه مداخله و گواه در متغیر تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نایافته) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نایافته) در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹انجام شد و نتایج به دست آمده نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد.

یافته نخست نشان داد شفقت‌درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان (افزایش تنظیم هیجان سازش‌یافته و کاهش تنظیم هیجان سازش‌نایافته) مؤثر است و میزان اثربخشی تا دوره پیگیری سه ماهه دارای ماندگاری اثر می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش همتیان خیاط و همکاران(۱۴۰۱)، رحمانی و همکاران (۱۳۹۹)، وو (۲۰۲۱) همسو بود. همچنین همسو با یافته‌های پژوهشی است که شفقت به خود را سازه‌ای اساسی برای تنظیم هیجانی معرفی می‌کنند، چراکه شفقت به خود اساساً نوعی ذهن‌آگاهی است که به فرد اجازه می‌دهد دردآورترین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

هیجان‌های زندگی را درک کند و بپذیرد، بدون آنکه به واسطه آن‌ها ریشه کن و سرخورده شود (وو، ۲۰۲۱). بنابراین، شفقت‌ورزی به خود در افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی اثربخشی بوده و بر تنظیم کارآمد هیجان‌ها مؤثر است (دوراته و همکاران، ۲۰۲۱). شفقت‌درمانی موجب می‌شود فرد با دیدگاه غیرقضاوتی و کمتر سخت‌گیرانه نسبت به خود ظاهر شده، وقایع منفی زندگی را به عنوان یک واقعیت اجتناب‌ناپذیر راحت‌تر بپذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر براساس عملکرد واقعی‌شان است که به کاهش نگرش‌های منفی در آنها کمک می‌کند. همچنین شفقت‌درمانی در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یاد آوردن رویدادهای منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی، به کاهش سطوح ابراز هیجانات منفی، تنظیم بهتر هیجانات و تسهیل توانایی مقابله مؤثر با هیجانات منفی کمک می‌کند (باکر[1] و همکاران، ۲۰۱۹). نف (۲۰۲۲) اذعان می‌دارد که هشیاری قرار دادن هیجانات و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد گوناگون را موجب می‌گردد. همچنین شفقت‌درمانی باعث می‌شود که شرکت‌کنندگان با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط به خود اجازه دهند تا هیجاناتشان مناسب ابراز شود. شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت کننده و حوادث منفی است. بنابراین، فرد از طریق شفقت‌درمانی یک امنیت هیجانی کسب می‌کند که بتوان بدون ترس و نگرانی، خودش را به وضوح ببیند و فرصت یابد تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار تنظیم هیجانی را درک و اصلاح کند.

یافته دیگر پژوهش نشان از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان (افزایش تنظیم هیجان سازش‌یافته و کاهش تنظیم هیجان سازش‌نایافته) و ماندگاری اثربخشی تا دوره پیگیری ۳ ماهه داشت. این یافته با نتایج پژوهش شرخانزاده و همکاران (۱۴۰۱)، همسو و در راستای نتایج پژوهش کیم و همکاران (۲۰۲۲)، دی وایب[2]و دیگران (۲۰۱۷)، جاویدنیا و همکاران (۱۴۰۰)، هدایتی زفرقندی و همکاران (۱۴۰۰) بود. یافته به دست آمده را می‌توان چنین تبیین کرد که: ذهن آگاهی، توجه به حالات درونی فرد در یک حالت غیرقضاوتی و پذیراست. رشد ذهن‌آگاهی در طی جلسات، افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادتی و خود به خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند (اونلو کایناکچی و یرین گونری[3]، ۲۰۲۲). در این مطالعه درمانگر ضمن تشریح حالات خلقی و افزایش شناخت شرکت‌کنندگان از حالات درونی خویش، آن‌ها را قادر ساخت تا پاسخ‌های عادتی و خودبه خودی به تجارب تنیدگی‌زا را کاهش دهند و در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش یافته و فرد وقایع غیرقابل تغییر زندگی را بپذیرد و در نتیجه فعال شدن پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه کاهش یابد؛ در نتیجه می‌توان گفت تمرینات ذهن‌آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این فراشناخت، سبب ارزیابی صحیح می‌شود و الگوهای معیوب گذشته در افکار و احساسات می شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند. همچنین فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه می‌کند. از این روی، آرامش جسمی و روانی در وی به وجود می‌آید و فرد کمتر در برابر شرایط تنش‌زا به صورت شتابزده عمل می‌کند؛ در نتیجه از فاجعه نمایی پرهیز نموده و به جای آن در پذیرش و برنامه‌ریزی برای مسائل به وجود آمده تلاش می‌کند بهترین راه حل را انتخاب نماید. با افزایش ذهن‌آگاهی قدرت تنظیم هیجان و خودمدیریتی در فرد افزایش یافته و به شکل کاملاً مستقیم، فرد هیجانات خود را تنظیم می‌کند. ذهن‌آگاهی می‌تواند آگاهی عمیق تر و مدیریت هیجان نسبت به احساسات و افکار را افزایش دهد (سرهات اوغلو[4] و همکاران، ۲۰۲۲).

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاکی از آن شد که درمقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و می‌توان گفت هر دو رویکرد درمانی تقریباً به یک اندازه بر بهبود تنظیم شناختی هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹ مؤثر بودند. این یافته با نتایج پژوهش فراستادوتیر و دورجی (۲۰۱۹) همسو است. شفقت‌درمانی با کمک تمرینات مراقبه شفقت به خود که به صراحت با هدف پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران انجام می‌شود به عنوان یک عامل محافظتی مهم عمل نموده و موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان (افزایش تنظیم هیجان سازش‌یافته و کاهش تنظیم هیجان سازش‌نایافته) می‌گردد. در مقابل درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به واسطه بالا بردن آگاهی نسبت به زمان حال، از طریق بهبود فرآیند تفکر، شناسایی و اصلاح باورهای شناختی منفی و ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب موجب بهبود تنظیم شناخی هیجان (افزایش تنظیم هیجان سازش‌یافته و کاهش تنظیم هیجان سازش‌نایافته) شده است.

1. Chattoraj, & Srivastava
2. De Vibe
3. Ünlü Kaynakçı, & Yerin Güneri
4. Serhatoğlu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. نخست آنکه پژوهش بر روی افراد سوگوار و داغ دیده ناشی از کووید-۱۹، در یک شهر و در بازه زمانی محدود انجام شده است، لذا امکان تعمیم به جمعیت های دیگر مانند افراد دارای سوگ ناشی از حوادث یا مرگ به دلایل زیستی نیست. همچنین استفاده از نمونه‌گیری داوطلبانه، حجم نمونه کم و اجرای فردی مداخلات به علت شرایط ناشی از کووید-۱۹، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج پژوهش باید با احتیاط انجام شود. به منظور امکان تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش، پژوهش‌هایی مشابه در سایر جوامع آماری با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود و میزان اثربخشی مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی مشابهی در مورد اثرات روان‌شناختی باقی‌مانده بر افراد سوگوار و داغ دیده ناشی از کووید-۱۹ انجام شود تا در طی این مطالعات طولی، ابعاد روان‌شناختی بیماری ناشی از سوگ در این افراد با اطمینان بیشتری شناسایی شود. به روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی در مراکز بهداشتی، کلینیک‌ها و ... پیشنهاد می‌شود از رویکردهای شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مشاوره روان‌شناختی افراد سوگوار و داغ دیده ناشی از کووید-۱۹ بهره‌مند گردند. همچنین متولیان سلامت جامعه می‌توانند با توجه به نتایج به دست آمده به کمک تکنیک‌های دورویکرد آموزش‌هایی در رسانه‌های دیداری و شنیداری از طریق سازمان‌های خدمت رسان با هدف بهبود تنظیم هیجان وابستگان و خانواده‌های متوفیان ناشی از کووید-۱۹ در اختیارشان قرار دهند.

منابع

بابایی گرمخانی، م.، کسایی، ع.، زهراکار، ک.، و اسدپور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان شکن دارای خیانت سایبری. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۹(۲)، ۹۲-۷۳. https://fcp.uok.ac.ir/article_61434.html

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۳(۵۰)، ۲۲۳-۲۲۱. https://journals.iau.ir/article_529166.html

بشارت، م.ع.، و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *پیشرفت در پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰. https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360

پیروی، م. نصیردهقان، م.، و طهمورسی، ن. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر رفتار خودمراقبتی و افسردگی در بازماندگان کرونا. *تعالی تعلیم و تربیت و آموزش*، ۱(۱)، ۱۰۱-۸۹. https://journals.iau.ir/article_696919.html

جاویدنیا، س.، مجتبایی، م.، و بشردوست، س. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید-۱۹. *روان پرستاری*، ۹(۶)، ۱۳-۱. http://ijpn.ir/article-1-1901-fa.html

حاجی قاسم، ع.، و عناصری، م. (۱۴۰۰). مقایسه معنای زندگی و کنترل عواطف در بازماندگان قربانیان بیماری کرونا ویروس و مرگ به دلایل زیستی. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۵)، ۱۶۱-۴۶. https://doi.org/10.22034/aftj.2022.318429.1299

دلاور، ع. (۱۳۹۸). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد.

رحمانی، س.، رحمتی، ع.، کاظمی رضایی، ع.، پیشگاهی، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و حساسیت اضطرابی در پرستاران زن. روان پرستاری، ۸(۴)، ۱۱۰-۹۹. http://ijpn.ir/article-1-1498-fa.html

شرخانزاده، م.، حاتمی، م.، احدی، ح.، و صرامی، غ. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی-شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بی نظمی هیجانی افراد مبتلا به پرخوری عصبی (مورد مطالعه: دانش آموزان متوسطه شهر کرمان). *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۱۱(۲)، ۶۷۳-۶۵۵. https://pma.cfu.ac.ir/article_2286.html

صمدی کاشان، س.، حاج حسینی، م.، به‌پژوه، ا.، و اژه‌ای، ج. (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. *مددکاری اجتماعی*، ۹(۱)، ۳۹-۳۲. http://socialworkmag.ir/article-1-506-fa.html

کولتز، ر. (۱۳۹۹). *درمان متمرکز بر شفقت (CFT) به زبان ساده*. ترجمه جواد خلعتبری، مجتبی تمدنی و سپیده برغندان. تهران: دانژه.

گیلبرت ، پ. (۱۳۹۷). *درمان متمرکز بر شفقت*. ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی. تهران: ابن سینا.

هدایتی زفرقندی، س.، امامی‌پور، س.، و رفیعی‌پور، ا. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مهارت‌های تنظیم هیجان. مجله دانشکده پزشکی، ۶۴(۱)، ۰-۰. https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18853

همتیان خیاط، د.، نجات، ح.، ثمری، ع.، و ارمز، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و شفقت درمانی بر اضطراب، تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی در بازماندگان بیماری کووید- ۱۹. *علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۴)، ۱۶۸-۱۶۰. http://rjms.iums.ac.ir/article-1-7526-en.html

هوشمندفرزانه، ش.، و ترخان، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا. مطالعات روان شناختی، ۱۸(۳)، ۱۰۴-۹۳. https://doi.org/10.22051/psy.2022.40300.2617

ویلیس، ک.، و ساموئلسون، م. ک. (۱۴۰۰). *پذیرش سوگ (یافتن مسیر زندگی پس از فقدان)*. ترجمه سبحان خسروجردی. تهران: میلکان.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

Carruthers, S. P., Rossell, S. L., Murray, G., Karantonis, J., Furlong, L. S., & Van Rheenen, T. E. (2022). Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: an examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties. *Journal of Affective Disorders*, *298*, 166-172. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.107

Deng, X., Gao, Q., Zhang, L., & Li, Y. (2020). Neural underpinnings of the role of trait mindfulness in emotion regulation in adolescents. *Mindfulness*, 11, 1120-1130. https://doi.org/10.1007/s12671-019-01276-7

De Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell systematic reviews*, 13(1), 1-264. https://doi.org/10.4073/csr.2017.11

Duarte, C., Gilbert, P., Stalker, C., Catarino, F., Basran, J., Scott, S., Graham, H., & Stubbs, R. J. (2021). Effect of adding a compassion-focused intervention on emotion, eating and weight outcomes in a commercial weight management programme. *Journal of health psychology*, *26*(10), 1700-1715. https://doi.org/10.1177/1359105319890019

Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. Frontiers in psychology, *10*(1), 1099-1089. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009

Goveas, J.S., & Shear, M.K. (2021). Grief and the COVID-19 pandemic in older adults. *Focus*, 19(3), 374-8. https://doi.org/10.1176/appi.focus.19303

Jacobsone, E., Wilson, K., Kurz, S., Kellum, K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships. *Journal of Contextual Behavioral Science, 8*, 69-73. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.003

Kabat-Zinn, J. (1992). *Psychosocial factors: Their importance and management*. Prevention of Coronary Heart Disease, Little, Brown and Company, Boston.

Kim, E. L., Gentile, D. A., Anderson, C. A., & Barlett, C. P. (2022). Are mindful people less aggressive? The role of emotion regulation in the relations between mindfulness and aggression. Aggressive behavior, 48(6), 546-562. https://doi.org/10.1002/ab.22036

Krieger, T., Reber, F., von Glutz, B., Urech, A., Moser, T., Schulz, A., & Berger, T. (2019). An internet-based compassion-focused intervention for increased selfcriticism: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *50*(2), 430-445. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.003

Mertens, E.C.A., Deković, M., Leijten, P., Londen, V., & Reitz, E. (2020). Components of school-based interventions stimulating students' intrapersonal and interpersonal domains: A metaanalysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23, 605–631. https://doi.org/10.1007/s10567-020-00328-y

Muralidharan, S., & Pookulangara, S. (2022). Exploring the functional distinction between Hindu religiosity and spirituality in direct and indirect domestic violence prevention PSAs: a study of bystander intervention in the era of COVID-19. *International Journal of Advertising*, *41*(6), 1121-1142. https://doi.org/10.1080/02650487.2021.1988219

Muslimah, A. H., Idris, F. P., & Asrina, A. (2021). Emotional Focused Coping on COVID-19 Survivors During Isolation in a Rural Area in Indonesia. *Journal of Aafiyah Health Research (JAHR)*, *2*(2), 14-21. https://doi.org/10.52103/jahr.v2i2.590

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, *74*, 193-218. https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-032420-031047

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.

Serhatoğlu, S., Koydemir, S., & Schütz, A. (2022). When mindfulness becomes a mental health risk: The relevance of emotion regulation difficulties and need frustration. *The Journal of Psychology*, *156*(4), 310-329. https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2048777

Smith, K.E., Mason, T.B., Anderson, N.L., & Lavender, J.M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating behaviors*, 32, 95-100. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.003

Strauss, A.Y., Kivity, Y., & Huppert, J.D. (2019). Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. Behavior therapy, 50(3), 659- 671. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.005

Ünlü Kaynakçı, F. Z., & Yerin Güneri, O. (2022). Psychological distress among university students: the role of mindfulness, decentering, reappraisal and emotion regulation. *Current Psychology*, 1-11. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02682-8

Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): Design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), 131. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-131

Vindegaard, N., & Benros, M.E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-42. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048

Wallace, C.L., Wladkowski, S.P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management*; 60(1), e70-e6. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012Get rights and content

Warach, B., & Josephs, L. (2021). The aftershocks of infidelity: a review of infidelity-based attachment trauma. *Sexual and Relationship Therapy, 36*(1), 68-90. https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1577961

Wilson, J.M., Weiss, A., & Shook, N.J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152, 109568. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568

Wu, X. (2021). The effectiveness of Compassion-Focused Group therapy on Perceived Stress in the Covid-19 Epidemic among the Academic women. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 30(2), 633. https://doi.org/10.24205/03276716.2020.4066

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]