رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۲، شماره پیاپی ۱۰۵، اسفند ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(12), 2025

مقایسه اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب

Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction training and compassion-based training on emotion regulation in patients with coronary heart disease

سمانه الهی مهر
دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.
حسین اکبری امرغان (نویسنده مسئول)
استادیار گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
حمید نجات
استادیار گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.
احسان ارمز
استادیار گروه ریاضی و آمار، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره دوماهه پیگیری بود. جامعه آماری مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان شهید رجایی تهران در سال ۱۴۰۳ بودند که به روش داوطلبانه ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گراس و جان (CERQ، ۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش اول در ۸ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه آزمایش دوم در ۸ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر شفقت را دریافت کردند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی مجدد و سرکوبی تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین هر دو مداخله آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر ارزیابی مجدد و سرکوبی اثربخش بودند، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل پریشانی اثربخش‌تر بود (p<۰/۰۵). بنابراین می‌توان گفت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌تنهایی و یا با درمان مکمل در تنظیم هیجان در مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *تنظیم هیجان، آموزش مبتنی بر شفقت، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بیماری عروق کرونری قلب.*

Samaneh Elahimehr
Ph.D. student, Department of Counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
Hossein Akbari Amarghan *
Assistant Professor, Department of Counseling, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran. drakbari4@yahoo.com
Hamid Nejat
Assistant Professor, Department of Counseling, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
Ehsan Ormoz
Assistant Professor, Department of Mathematics and Statistics, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Abstract
The present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based stress reduction training and compassion-based training on emotion regulation in patients with coronary artery disease. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design, a control group, and a two-month follow-up period. The statistical population was men with coronary heart disease who were referred to the specialized center of Shahid Rajaee Hospital in Tehran in 2024. 45 people were selected voluntarily and randomly assigned to two experimental (30 people) and control (15 people) groups. The measurement tool included the Gross and John Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2003, CERQ). The first experimental group received mindfulness-based stress reduction training in 8 face-to-face 90-minute sessions, and the second experimental group received compassion-based training in 8 face-to-face 90-minute sessions. The analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. The analysis of variance showed a significant difference between the groups in pre-test, post-test, and follow-up reappraisal and suppression ($p<0.05$). Also, both mindfulness-based stress reduction training and compassion-based training were effective on reappraisal and suppression, mindfulness-based stress reduction training was more effective on distress tolerance ($p<0.05$). Therefore, it can be said that mindfulness-based stress reduction training can be effective alone or with complementary treatment in regulating emotions in men with coronary artery disease.

Keywords: *Emotion Regulation, Compassion-Based Training, Mindfulness-Based Stress Reduction Training, Coronary Heart Disease.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۱۴۰۳** | **پذیرش: دی ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی[1] عامل اصلی مرگ‌ومیر در سطح جهان هستند و مسئول تعداد قابل‌توجهی از مرگ‌ومیرها و ناتوانی‌ها هستند. تنها در سال ۲۰۲۱، بیماری‌های قلبی عروقی عامل ۲۰/۵ میلیون مرگ‌ومیر بوده که تقریباً یک‌سوم کل مرگ‌ومیرهای جهانی را شامل می‌شود (دی کسار[2] و همکاران، ۲۰۲۴). تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۳۰ حدود بیست‌وسه میلیون انسان به خاطر این بیماری‌ها جان خود را از دست بدهند (بنیاد قلب بریتانیا[3]، ۲۰۲۴). این بیماران به علت تغییرات پیش‌آمده در نحوه زندگی، بستری شدن در بیمارستان، عدم آگاهی از روند درمان و بهبودی و لزوم رعایت محدودیت‌هایی در سبک زندگی در معرض انواع مختلف استرس‌ها و افسردگی قرار دارند (شهابی و همکاران، ۱۳۹۹).

یکی از مشکلاتی که مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب رنج می‌برند، مشکلات تنظیم هیجان[4] است (تیرا[5] و همکاران، ۲۰۲۳). تنظیم هیجان یک جنبه ذاتی از تمایلات واکنش عاطفی است و به استراتژی‌هایی اشاره دارد که برای کاهش، افزایش یا حفظ تجربیات هیجانی برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌شود (محبی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین تنظیم هیجان را می‌توان به‌عنوان فرایندهای تعریف کرد که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح پاسخ‌های هیجانی با شروع، مهار یا تعدیل آنها هستند (پوتوچنی[6] و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها استفاده بیشتر از تنظیم هیجان ناسازگار مانند خودسرزنشی، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری توسط بیماران قلبی-عروقی را تأیید کرده‌اند (موساتا[7]، ۲۰۲۱). ابتلا به هر نوع بیماری مزمن ازجمله بیماری قلبی، فشار روانی ایجاد می‌کند و فشار روانی، بیماری را پیچیده‌تر می‌کند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۹). بیماران قلبی به دلیل ترس و نگرانی مرتبط با وضعیت خود، اضطراب را تجربه می‌کنند که می‌تواند به‌صورت نگرانی بیش‌ازحد در مورد سلامتی، ترس از تجربه علائم یا عوارض، یا احساس ناراحتی و بی‌قراری ظاهر شود. اضطراب همچنین می‌تواند علائم فیزیکی مانند تپش قلب یا تنگی نفس را تشدید کند (راشید[8] و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین لزوم مداخلات روان‌شناختی در این موارد ضروری به نظر می‌رسد.

در بحث امروز روانشناسی درمان‌های متنوع و متعددی در حوزه روان‌شناختی برای بیماران قلبی بحث شده است که چندی از این درمان‌ها تأثیر خود را ثابت کردند. یکی از روش‌های درمانی مؤثر در بهبود بسیاری از ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران قلبی، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی[9] است (دهقان و همکاران، ۱۴۰۳). این درمان به‌عنوان یک روش روان‌درمانی برای مداخله در وضعیت بیماران جسمانی و روان‌شناختی توصیه شده است (کوادار و اوزکان[10]، ۲۰۲۴). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی با هدف کاهش علائم روان‌شناختی پریشانی و بهبود ابعاد مختلف زندگی به‌طور فزاینده‌ای هم در زمینه سلامت روان و هم در زمینه سلامت جسمی و ازجمله در رابطه با بیماری‌های قلبی-عروقی به کار رفته است (ریچی[11] و همکاران، ۲۰۲۴؛ بهرام بیگی و همکاران، ۱۴۰۲). این روش اولین بار توسط کابات-زین[12] برای کاهش استرس و مقابله با درد مزمن ناشی از بیماری‌های شدید جسمانی استفاده شد (ژانگ[13] و همکاران، ۲۰۲۴). سپس این روش برای درمان مشکلات روان‌شناختی و استرس ناشی از بیماری‌های شدید جسمانی کاربرد پیدا کرد و نتایج سودمندی از آن گزارش گردید. ذهن‌آگاهی افراد را توانمند می‌سازد که بتوانند افکار و رفتارهایی که قبلاً ناهشیار یا اتوماتیک بودند را تبدیل به پدیده‌هایی قابل‌مشاهده کنند که در بدن یا ذهن خود آنها در حال وقوع هستند (سمپل و لی[14]، ۲۰۱۴). این حالت به‌عنوان ادراک مجدد توصیف شده است. یعنی آنچه قبلاً موضوع بود تبدیل به شیء می‌شود (تاهو[15]، ۲۰۱۴). این نوع شناخت آموزشی شامل مدیتیشن‌های مختلف یوگای کشیده، تمرین و مرور بدن و چند تمرین دیگر است که ارتباط بین خلق افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد (هافمن و گومز[16]، ۲۰۱۷). تمامی این تمرین‌ها به‌نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه حاضر میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار را

1. Cardiovascular diseases (CVDs)
2. Di Cesare
3. British Heart Foundation
4. Emotion regulation
5. Tyra
6. Potoczny
7. Mustață
8. Rashid
9. Reducion stress based Mindfulness (MBSR)
10. Çuvadar & Özcan
11. Ricci
12. Kabat-Zinn
13. Zhang
14. Semple & Lee
15. Thao
16. Hofmann & Gomez

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

کاهش می‌دهد (سگال[1] و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش جوادزاده و همکاران (۲۰۲۴) تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان سالمندان افسرده را تأیید کرد. حسینی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن‌آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مؤثر بود. پژوهش عزیزی و همکاران (۱۴۰۲) نیز تأثیر درمان گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان را تأیید کرد. کاظمینی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان در مبتلایان به نارسایی قلبی مؤثر است.

از طرفی نیز یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به بیماران قلبی در کار با آشفتگی‌های هیجانی ارتباطی، آموزش مبتنی بر شفقت است (فروغی و همکاران، ۱۴۰۱). این درمان یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که بر بهبود ویژگی‌های جسمی و روان‌شناختی تأثیرگذار است (گرودین[2] و همکاران، ۲۰۱۹). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. شفقت باعث انطباق افراد با یکدیگر شده و درنتیجه منجر به خود مراقبتی و درجات متفاوت درک در مقابله با مشکلات هیجانی می‌شود (کیارسی و همکاران، ۱۴۰۰). درمان شفقت ورزی فرایندی است که طی آن افراد دارای هدف سازش یافتگی با مشکلات بوده و ذهنیتی دلسوزانه نسبت به خود ایجاد می‌کنند و مستلزم سازش یافتگی فعالانه، پذیرش کاستی‌ها و هوشیاری نسبت به افکار، هیجانات و تجاربی است که به لحاظ هیجانی ناراحت‌کننده می‌باشند (کالیر[3] و همکاران، ۲۰۱۹). آقاجانی و پرنیان خوی (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر شفقت، روشی مؤثر در کاهش استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب بوده است. همچنین ادیبی زاده و سجادیان (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در بهبود متغیرهای پژوهش مؤثر بوده و نتایج درمان در طول زمان پایداری خود را حفظ نمود.

علت مقایسه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت به این دلیل است که هر دو رویکرد در کاهش استرس و بهبود سلامت روان مؤثر هستند، اما هرکدام به شیوه‌ای متفاوت عمل می‌کنند و هدف‌گذاری‌های خاص خود را دارند. هر دو روش به‌طور قابل‌توجهی برای کاهش استرس، اضطراب، و بهبود کیفیت زندگی طراحی شده‌اند، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تمرکز بر حضور ذهن و توجه به لحظه حال، استرس را کاهش می‌دهد (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش احساسات منفی، مانند خودانتقادی و شرم، و تقویت شفقت به خود تأکید دارد. آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی احساسات منفی را می‌پذیرد و به فرد کمک می‌کند تا با آگاهی به آنها پاسخ دهد، بدون اینکه در آنها غرق شود. همچنین آموزش مبتنی بر شفقت فعالانه تلاش می‌کند تا احساسات منفی (مانند خودانتقادی یا احساس شرم) را به احساسات مثبت (مانند شفقت به خود و دیگران) تغییر دهد. این تفاوت در رویکرد باعث می‌شود که مقایسه این دو روش، برای انتخاب بهترین گزینه درمانی در افراد با نیازهای خاص اهمیت پیدا کند. برخی افراد، به‌ویژه کسانی که سطح بالایی از خودانتقادی یا شرم دارند، ممکن است از آموزش مبتنی بر شفقت بیشتر سود ببرند. این در حالی است که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر بر پذیرش بدون قضاوت تأکید دارد و ممکن است برای کسانی که نیاز به تغییر نگرش به خود دارند کافی نباشد. آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات مانند اضطراب، افسردگی، و استرس پس از سانحه مؤثر است. آموزش مبتنی بر شفقت به‌طور خاص برای اختلالات مرتبط با شرم و خودانتقادی، مانند افسردگی مقاوم به درمان یا اختلالات شخصیت، کاربرد بیشتری دارد (آقاجانی و پرنیان خوی، ۱۴۰۰). این تفاوت‌ها باعث می‌شود که محققان و درمانگران به مقایسه این روش‌ها بپردازند تا درک کنند کدام‌یک برای شرایط خاص مؤثرتر است. مقایسه این دو روش می‌تواند به توسعه رویکردهای ترکیبی منجر شود. به‌عنوان مثال، ترکیب تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تقویت شفقت ممکن است اثربخشی بیشتری در درمان اختلالات پیچیده داشته باشد.

بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب می‌تواند گام مهمی در مسیر ابداع درمان‌های نوین در حیطه روانشناسی بالینی باشد. بدیهی است یافته‌های به‌دست‌آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان بالینی و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهند. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر بیماران قلبی در جمعیت ایرانی انجام‌شده، و با توجه به اهمیت بالینی که این دیدگاه می‌تواند در درمان این بیماری مؤثر باشد، پژوهش حاضر در جهت بررسی آموزش کاهش استرس مبتنی

1. Segal
2. Grodin
3. Cleare

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب انجام شده است که با در نظر گرفتن گروه کنترل در کنار گروه آزمایش به بررسی دقیق‌تر کارایی این روش‌های درمان می‌پردازد و قصد دارد اثرات هر روش درمانی را بر گروه مردان دارای بیماری قلبی مقایسه نماید با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و نقش مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های مزمن ازجمله بیماری‌های قلبی عروقی و عدم پژوهشی مستقیم در زمینه تأثیر این دو درمان بر تنظیم هیجان بیماران عروق کرونری قلب و خط پژوهشی در این زمینه و با توجه به خلأ پژوهشی در زمینه مداخلات روان‌شناختی برای مقایسه این دو رویکرد بر تنظیم هیجان، تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب انجام پذیرفت.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره دوماهه پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بود که در سه‌ماهه سوم سال ۱۴۰۳ به مرکز تخصصی بیمارستان شهید رجایی تهران مراجعه کرده و تنها سابقه گرفتگی عروق کرونری داشتند (بیمارانی که جراحی قلب باز داشتند، شامل نمی‌شدند). از جامعه هدف ۴۵ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند و تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ (برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند، معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص بیماری عروق کرونری، رضایت آگاهانه، جنسیت مرد، عدم سابقه سکته قلبی، داشتن تحصیلات دیپلم با بالاتر، سن بین ۴۰ تا ۷۰ سال، سواد حداقل سیکل، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، و آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل آزمودنی به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. پس از تخصیص گروه‌ها و قرار گرفتن افراد نمونه در گروه‌های آزمایش و گواه و توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخگویی شرکت‌کنندگان به آزمون‌ها شرح داده شد و پیش‌آزمون در جلسه اول در محل سالن کنفرانس بیمارستان شهید رجایی تهران بر روی افراد اجرا گردید. گروه آزمایش اول در ۸ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته و گروه آزمایش دوم در ۸ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه در انتظار ماندند. پس از خاتمه جلسات درمانی هر دو گروه آزمایش، پس‌آزمون در جلسه آخر درمان برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری دو ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس‌آزمون توسط محقق در یک جلسه برگزار شد. یک ماه بعد از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه درمانی هم برای گروه کنترل در مدت دو هفته انجام شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مکرر و نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ)[1]: پرسشنامه تنظیم هیجانی توسط گراس و جان[2] در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و دارای ۱۰ سؤال و دو خرده‌مقیاس سرکوبی (۲ و ۴ و ۶ و ۹) و ارزیابی مجدد (۱ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۱۰) می‌باشد. آزمودنی به هرگونه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس سرکوبی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ می‌باشد. روایی پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده‌مقیاس آن ۰/۱۳ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). گراس و جان (۲۰۰۳) همبستگی درونی پرسشنامه تنظیم هیجان را بررسی کرده‌اند و ضرایب همبستگی بین سؤالات در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۷۹ به دست آمده است. سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای

1. Emotional regulation questionnaire (ERQ)
2. Gross & John

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

این پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۸۱ به دست آمد.

جلسات آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی: آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس طرح آموزشی کابات-زین (۲۰۰۵) به روش گروهی در ۸ جلسه ۲ ساعته در هر هفته برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش مربوطه اجرا مربوطه شد. خلاصه روش اجرا در جدول زیر آمده است.

جدول ۱. طرح آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (برگرفته از کابات-زین، ۲۰۰۵)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی سیستم هدایت خودکار/ نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان‌ها در کاهش استرس/ تمرین خوردن کشمش و دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین/ فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای/ تعیین تکلیف هفته آینده
دوم	تمرین مجدد وارسی بدن/ دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین وارسی بدن/تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس/ تمرین کششی یوگا
سوم	انجام نشست هوشیارانه با آگاهی از تنفس (مراقبه نشسته)/ انجام تمرینات یوگا/ تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای
چهارم	انجام مجدد تمرین وارسی بدن/ انجام تمرینات مربوط به یوگای هوشیار/ تمرین پنج‌دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"/ تمرین مجدد نشست هوشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن
پنجم	تمرین تنفس/ تمرین مجدد نشست هوشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار)/ توضیحاتی پیرامون استرس و شناسایی واکنش‌های شرکت‌کنندگان نسبت به استرس/ بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی/ انجام تمرینات یوگای هوشیارانه/ تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای
ششم	انجام یوگای هوشیارانه/ انجام مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار)
هفتم	انجام مراقبه کوهستان/ بهداشت خواب/ تکرار تمرینات جلسات قبل/ تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
هشتم	تمرین وارسی بدن/ بازنگری کل برنامه/ وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها/ انجام مراقبه سنگ، مهره و تیله

جلسات آموزش مبتنی بر شفقت: آموزش مبتنی بر شفقت بر اساس طرح آموزشی گیلبرت[1] (۲۰۰۹) به روش گروهی در ۸ جلسه ۱ ساعته در هر هفته برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش مربوطه اجرا شد. خلاصه روش اجرا در جدول زیر آمده است.

جدول ۲. طرح آموزشی مبتنی بر شفقت (برگرفته از گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	جلسه توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره بیماری عروق کرونری قلب با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد بیماری عروق کرونری قلب و مسائل روانی ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت و ارائه تکلیف خانگی
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خودتخریب‌گرایانه و ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تکالیف خانگی، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش و ارائه تکلیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری)، ارائه تکلیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و...، و ارائه تکلیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه راه‌کارهایی جهت حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون

1. Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر آموزش مبتنی بر شفقت و ۱۵ نفر گروه کنترل) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ترتیب ۵۴/۵۱ و ۵/۲۹ سال، برای گروه آموزش مبتنی بر شفقت ۵۳/۷۵ و ۵/۶۱ سال و برای گروه کنترل ۵۳/۵۸ و ۴۸/۵ بود. جنسیت همه افراد شرکت‌کننده نیز مرد بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ارزیابی مجدد و سرکوبی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی مجدد	کنترل	۱۶/۲۷	۳/۷۵	۱۵/۳۳	۴/۱۲	۱۶/۲۷	۳/۹۹
	آموزش مبتنی بر شفقت	۱۷/۶۷	۲/۱۵	۲۵/۰۷	۲/۸۹	۲۶/۳۳	۲/۶۴
	کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۶/۷۳	۳/۰۹	۲۷/۶۷	۳/۷۳	۲۷/۸۷	۳/۷۶
سرکوبی	کنترل	۲۴/۱۳	۳/۹۳	۲۴/۴۷	۳/۷۲	۲۵/۸۷	۳/۲۸
	آموزش مبتنی بر شفقت	۲۴/۴۰	۴/۲۱	۱۷/۳۳	۳/۸۰	۱۷/۱۳	۲/۷۰
	کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۴/۲۷	۳/۴۵	۱۵/۹۳	۲/۳۴	۱۵/۸۷	۳/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) برای سه گروه کنترل، آموزش مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. در گروه کنترل میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های آموزش مبتنی بر شفقت و آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی افزایش قابل‌توجه ارزیابی مجدد و کاهش سرکوبی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس مکرر، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های ارزیابی مجدد در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۸۶)، (P=۰/۲۰)، پس‌آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) و متغیر سرکوبی در ۳ مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۱/۷۸۲، P=۰/۲۱۴)، پس‌آزمون (F=۱/۵۴۳، P=۰/۲۵۲) و پیگیری (F=۱/۳۴۶، P=۰/۴۶) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر ارزیابی مجدد (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲)، و متغیر سرکوبی (MBOX = ۱۷/۴۷، F =۱/۳۵، P=۰/۳۳) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای هیچ‌کدام از مؤلفه‌های تنظیم هیجان رعایت نشده است بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
ارزیابی مجدد	درون‌گروهی	زمان	۱۹۹۱/۷۶	۲	۹۹۵/۸۸	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
		زمان × گروه	۸۱۰/۹۸	۴	۲۰۲/۷۵	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶/۰۷	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

		خطا	۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	-	-	-
		خطا	۳۴۴۶/۵۳	۳۸	۹۰/۷	-	-	-
		زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
سرکوبی	درون‌گروهی	زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر ارزیابی مجدد اثر زمان معنادار است (P<۰/۰۵). بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) بین دو گروه آموزش مبتنی بر شفقت و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بونفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی)

			پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
		گروه	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	آموزش مبتنی بر شفقت	کنترل	۱/۴	۱/۷۲۶	۰/۱۹۷	۹/۷۴*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	۱۱/۰۶*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰
		آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۹۴	۱/۷۲۶	۰/۵۷۸	-۲/۶۴*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۷	-۱/۵۴*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
	آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	-۰/۴۶	۱/۷۲۶	۰/۱۴۳	۱۲/۳۴*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۰	۱۱/۰۶*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰
		آموزش مبتنی بر شفقت	-۰/۹۴	۱/۷۲۶	۰/۵۷۸	-۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	۱/۵۴*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
سرکوبی	آموزش مبتنی بر شفقت	کنترل	۰/۲۷	۰/۴۴۳	۰/۲۳۶	-۷/۱۴*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۱۰/۰*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰
		آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۱۳	۰/۳۲۸	۰/۳۰۷	-۱/۴*	۲/۶۵۱	۰/۰۰۰	-۱/۲۶۷*	۲/۳۷۶	۰/۰۰۰
	آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	۰/۱۴	۰/۲۳۷	۰/۱۲۹	-۸/۵۴*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۱۰/۰*	۶/۲۹۱	۰/۰۰۰
		آموزش مبتنی بر شفقت	-۰/۱۳	۰/۴۱۶	۰/۱۶۷	-۱/۴*	۲/۶۵۱	۰/۰۰۰	-۱/۲۶*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های آموزش مبتنی بر شفقت و کنترل در متغیر ارزیابی مجدد و سرکوبی (P<۰/۰۵) و بین گروه‌های آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل در متغیرهای ارزیابی مجدد و سرکوبی (P<۰/۰۵) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش آموزش مبتنی بر شفقت و آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای متغیر تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شده است. درنتیجه روش آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش سرکوبی و افزایش ارزیابی مجدد اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش مبتنی بر شفقت داشته است (P<۰/۰۵).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) مؤثر بودند. این یافته‌ها با یافته‌های آقاجانی و پرنیان خوی (۱۴۰۰) و ادیبی زاده و سجادیان (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مبتنی بر شفقت می‌تواند تأثیرات مثبتی بر تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و کاهش تنظیم هیجان سرکوبی داشته باشد. آموزش شفقت به افراد کمک می‌کند تا احساسات و افکار خود را شناسایی کنند و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرند. این آگاهی می‌تواند به تغییر نحوه تفسیر موقعیت‌ها کمک کند (نف[1]، ۲۰۱۲). با افزایش همدلی نسبت به خود و دیگران، افراد می‌توانند موقعیت‌ها را از دیدگاه‌های مختلف ببینند و این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا احساسات منفی را به شیوه‌ای مثبت‌تر تفسیر کنند (جرمر و نف[2]، ۲۰۱۳). آموزش مبتنی بر شفقت به افراد یاد می‌دهد که با خود مهربان‌تر باشند. این کاهش انتقاد از خود می‌تواند منجر به افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود تفسیر موقعیت‌ها شود (نف و وونک[3]، ۲۰۰۹). آموزش شفقت به افراد می‌آموزد که احساسات خود را بپذیرند و با آن‌ها مواجه شوند، به‌جای اینکه آن‌ها را سرکوب کنند. این پذیرش می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و تنش شود. با افزایش آگاهی و همدلی، افراد می‌توانند بهتر احساسات خود را بیان کنند و این امر به کاهش نیاز به سرکوب احساسات کمک می‌کند. آموزش مبتنی بر شفقت می‌تواند تاب‌آوری افراد را افزایش دهد، که به آن‌ها کمک می‌کند تا با چالش‌ها و فشارهای زندگی بهتر کنار بیایند و از سرکوب احساسات خود جلوگیری کنند (آقاجانی و پرنیان خوی، ۱۴۰۰). آموزش مبتنی بر شفقت با افزایش آگاهی، همدلی و پذیرش، می‌تواند به افزایش تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و کاهش تنظیم هیجان سرکوبی کمک کند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) مؤثر بودند. این یافته‌ها با یافته‌های جوادزاده و همکاران (۲۰۲۴)، حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، عزیزی و همکاران (۱۴۰۲) و کاظمینی و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت این روش شامل تمریناتی است که به افراد کمک می‌کند تا در لحظه حاضر باقی بمانند و به احساسات و افکار خود بدون قضاوت توجه کنند.. با افزایش آگاهی از افکار و احساسات خود، افراد قادر خواهند بود تا موقعیت‌ها را به شیوه‌ای مثبت‌تر تفسیر کنند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد که احساسات خود را بدون قضاوت بپذیرند، که این امر می‌تواند به تغییر نحوه تفسیر موقعیت‌ها کمک کند. با تمرین ذهن‌آگاهی، افراد می‌توانند از الگوهای منفی فکری فاصله بگیرند و به‌جای آن، دیدگاه‌های جدیدی را اتخاذ کنند (عزیزی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که احساسات خود را بپذیرند و با آن‌ها مواجه شوند، به‌جای اینکه آن‌ها را سرکوب کنند. با تمرین‌های تنفسی و مدیتیشن، افراد می‌توانند تنش و اضطراب را کاهش دهند که این امر به نوبه‌ی خود باعث کاهش نیاز به سرکوب احساسات می‌شود. با افزایش آگاهی از خود، افراد می‌توانند بهتر با دیگران ارتباط برقرار کنند و احساسات خود را به شیوه‌ای سالم بیان کنند (کاظمینی و همکاران، ۱۴۰۱). به‌طورکلی، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی، پذیرش و انعطاف‌پذیری شناختی، می‌تواند به افزایش تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و کاهش تنظیم هیجان سرکوبی کمک کند.

در آخر نتایج نشان داد که اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) نسبت به آموزش مبتنی بر شفقت بیشتر بود. پژوهشی مبنی بر بررسی همسویی و عدم همسویی این نتایج، یافت نگردید. در تبیین اثربخش‌تر بودن آموزش مبتنی بر شفقت نسبت به درمان هیجان‌مدار می‌توان گفت آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به احساسات و افکار خود با آگاهی و پذیرش نگاه کنند. این نوع آگاهی می‌تواند منجر به تغییر تفسیر موقعیت‌ها شود. در یک مطالعه، کابات-زین (۱۹۹۰) نشان داد که تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند به افراد کمک کنند تا به احساسات خود پاسخ دهند، نه اینکه آن‌ها را سرکوب کنند، که این امر به افزایش تنظیم هیجان ارزیابی مجدد کمک می‌کند. در آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد یاد می‌گیرند که واکنش‌های خودکار و منفی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را با دقت بیشتری تحلیل کنند. این فرآیند به آن‌ها کمک می‌کند تا احساسات را به شیوه‌ای مثبت‌تر تفسیر کنند (کنگ[4] و همکاران، ۲۰۱۱). آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که احساسات خود را بدون قضاوت

1. Neff
2. Germer & Neff
3. Neff & Vonk
4. Keng

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

بپذیرند. این پذیرش می‌تواند منجر به کاهش سرکوب احساسات شود. نف و جرمر (۲۰۱۳) نشان دادند که افرادی که آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرده‌اند، تمایل کمتری به سرکوب احساسات خود دارند. درحالی‌که آموزش مبتنی بر شفقت نیز مزایای خاص خود را دارد، تمرکز آن بیشتر بر روی محبت و همدلی نسبت به خود و دیگران است. این رویکرد ممکن است در برخی موارد باعث افزایش احساسات مثبت شود، اما ممکن است نتواند به همان اندازه که آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند، بر روی تنظیم هیجان ارزیابی مجدد تأثیر بگذارد. بنابراین به‌طورکلی می‌توان گفت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش آگاهی، پذیرش و کاهش واکنش‌های خودکار، می‌تواند تأثیر بیشتری بر افزایش تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و کاهش تنظیم هیجان سرکوبی داشته باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: روش نمونه‌گیری هدفمند، کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی، عدم توانایی کنترل بر متغیرهای مداخله‌گری ازجمله متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح رفاه اجتماعی. پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها جلسات گروهی آموزش مبتنی بر شفقت برای بیماران عروق کرونر قلبی برگزار شود و این برنامه و تکنیک‌های مرتبط با آن برای کمک به وضعیت روانی بیماران، به پرستارها و کادر درمان در قالب کارگاه‌های دانش‌افزایی، آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت با دیگر رویکردهای درمانی ازجمله درمان‌های موج سوم مثل تعهد و پذیرش و پرداخته شود. درنهایت پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده جهت تعمیم‌پذیری نتایج به انجام پژوهش در بیماران عروق کرونر سایر شهرها و دیگر بیماران مزمن پرداخته شود.

منابع

ادیبی زاده، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونر قلبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۱* (۱)، ۱۱۵-۱۰۳. https://mjms.mums.ac.ir/article_13769.html

آقاجانی، س.، و پرنیان خوی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب. *روانشناسی سلامت، ۱۰*(۳۹)، ۱۴۵-۱۵۶. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_8285.html

بهرام بیگی، ز.، لطفی کاشانی، ف.، و وزیری، ش. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس مزمن و ادراک بیماری در بیماران قلبی. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۳۳*(۱)، ۷۹-۷۰. https://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-2049-fa.html

حسینی، ش.، قاسمی مطلق، م.، اسماعیلی شاد، ب.، و مهدیان، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی. *روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۱*(۲)، ۳۸-۲۵. https://tpccp.um.ac.ir/article_42308.html?lang=fa

دهقان، ن.، شریفی، ط.، و احمدی، ر. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران قلبی-عروقی. *مجله علوم پزشکی صدرا، ۱۲*(۲)، ۱۷۴-۱۶۱. https://smsj.sums.ac.ir/article_50015.html

سلیمانی کهره، ز.، حسینی، س.، و افشاری نیا، ک. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری، موسیقی درمانی و تن آرامی رفتاری در افزایش تاب‌آوری بیماران عروق کرونری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۱۰*(۱)، ۲۱۳۵-۲۱۲۱. https://journal.fums.ac.ir/article-1-2019-en.html&sw=%DA%A9%D9%87%D8%B1%D9%87

سلیمانی، ا.، و حبیبی، ی. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، ۳*(۴)، ۷۲-۵۱. https://jsp.uma.ac.ir/article_268.html

شهابی، ع.، احتشام زاده، پ.، عسگری، پ.، و مکوندی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب. *طب داخلی روز، ۲۶*(۳)، ۲۷۶-۲۹۷. http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3335-fa.html

عزیزی، م.، فرخ سیری، ی.، کاظمی بهمن آباد، ف.، و زمانی، ز. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنترل نشخوار فکری و دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۲)، ۲۲۸-۲۱۹. https://frooyesh.ir/article-1-4382-fa.html

فروغی، ع.، رئیسی، س.، منتظری، ن.، و ناصری، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه بر کیفیت خواب، نشخوار فکری و شفقت به خود افراد مبتلا به بیماری های قلبی-عروقی. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۹*(۴)، ۱۳۷-۱۵۲. https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1438-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]

کاظمینی، ا.، رنجبری پور، ط.، نژاد محمد نامقی، ع.، سوداگر، ش. و پیوندی، پ. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نظم جویی شناختی هیجان در مبتلایان به نارسایی قلبی. *نشریه سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی*، ۴ (۲۹)، ۴۶-۳۰. https://journals.kmanpub.com/index.php/jarac/article/view/110

کیارسی، ز.، عمادیان، س.، و حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۱۲)، ۱۱۸-۱۰۹. https://frooyesh.ir/article-1-2971-fa.html

British Heart Foundation. (2024). Global Heart & Circulatory Diseases Factsheet. Available at: https://www.bhf.org.uk/-/media/files/for-professionals/research/heart-statistics/bhf-cvd-statistics-global-factsheet.pdf

Cleare, S. , Gumley, A. , & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, *26*(5), 511 -530. https://doi.org/10.1002/cpp. 2372

Çuvadar, A., & Özcan, H. (2024). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapies on Sexual Function, Sexual Distress, and Depression in Women: A Meta-Analysis Study. *International Journal of Sexual Health*, 1–14. https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2414064

Di Cesare, M., Perel, P., Taylor, S., Kabudula, C., Bixby, H., Gaziano, T. A., McGhie, D. V., Mwangi, J., Pervan, B., Narula, J., Pineiro, D., & Pinto, F. J. (2024). The Heart of the World. *Global heart*, *19*(1), 11. https://doi.org/10.5334/gh.1288

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, *69*(8), 856-867. https://doi.org/10.1002/jclp.22021

Gilbert, P. (2009) Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*, 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Grodin, J. , Clark, J. L. , Kolts, R. , & Lovejoy, T. I. (2019). Compassion Focused Therapy for Anger: A Pilot Study of a Group Intervention for Veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *13*, 27-33. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.004

Gross, J. J., John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348-362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Hofmann, S. G., & Gomez, A. A. (2011). Mindfulness-Based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(4), 739-749. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008

Javadzade, N., Esmaeili, S. V., Omranifard, V., & Zargar, F. (2024). Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: A randomized controlled trial study on depressed elderly. *BMC public health*, *24*(1), 271. https://doi.org/10.1186/s12889-024-17759-9

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York, NY: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, *31*(6), 1041–1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Mohebi, M., Gharayagh Zandi, H., Besharat, M., Ghayour Najafabadi, M. (2020). Resilience and Emotional Reactions to Failure Mediated by Self-compassion and Emotion Regulation in Martial Artists. *Sport Sciences and Health Research*, *12*(1), 113-124. https://sshr.ut.ac.ir/article_82341.html

Mustață, A. E. (2021). The relationships between coping mechanisms, depression, anxiety and sleep disorders in cardiovascular patients. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *21*(1), 37-56. https://doi.org/10.24193/jebp.2021.1.3

Neff, K. D. (2012). The Science of Self-Compassion. In C. Germer, & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79 -92). New York, NY: Guilford Press.

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, *77*(1), 23–50. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

Potoczny, W., Herzog-Krzywoszanska, R., & Krzywoszanski, L. (2022). Self-Control and Emotion Regulation Mediate the Impact of Karate Training on Satisfaction With Life. *Frontiers in behavioral neuroscience*, *15*, 802564. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2021.802564

Rashid, S., Qureshi, A. G., Noor, T. A., Yaseen, K., Sheikh, M. A. A., Malik, M., & Malik, J. (2023). Anxiety and Depression in Heart Failure: An Updated Review. *Current problems in cardiology*, *48*(11), 101987. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101987

Ricci, F., Bellomo, A., De Berardis, D., & Ventriglio, A. (2024). Mindfulness in Cardiovascular Disease Patients: Improvements and Future Perspectives. *Heart and Mind*, *8*(4), 346-350. https://doi.org/10.4103/hm.HM-D-24-00084

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd Ed.). New York: Guilford.

Semple, R. J., & Lee, J. (2014). *Mindfulness-Based cognitive therapy for children*. Second Edition. New York: Applications across the Lifespan.

Thao, N. L. (2014). Mindfulness-Based adventure camp for military youth. *Journal of Extension*, *52*, 2-10. https://archives.joe.org/joe/2014april/a5.php

Tyra, A. T., Young, D. A., & Ginty, A. T. (2023). Emotion regulation tendencies and cardiovascular responses to repeated acute psychological stress. *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology*, *194*, 112261. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2023.112261

Zhang, X. F., Li, R. N., Deng, J. L., Chen, X. L., Zhou, Q. L., Qi, Y., Zhang, Y. P., & Fan, J. M. (2024). Effects of mindfulness-based interventions on cardiovascular risk factors: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of psychosomatic research*, *177*, 111586. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111586

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-22]