



فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود، بر اضطراب آشکار و پنهان،
رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض بیماران قلبی - عروقی
سید مجتبی عقیلی کردمحله^۱ و مهرداد بذرافشان^۲

۲۷

دوره ۷، شماره ۴، پیاپی ۲۷
زمستان ۱۴۰۳

مقاله علمی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۱۰/۲۰
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۱۱/۲۷
صص: ۷-۲۴

شاپا چاپی: ۵۲۲۲-۲۶۷۶



Q4

چکیده

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود، بر اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض بیماران قلبی - عروقی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران قلبی - عروقی بستری در بیمارستان خاتم‌الانبیای شهرستان گنبد در سال ۱۴۰۱ بودند. تعداد ۳۰ بیمار به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های اضطراب آشکار و پنهان اشیپلبرگر (۱۹۸۳)، رفتارهای ارتقادهنده سلامت والکر (۱۹۸۳) بود. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود، بر اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض بیماران قلبی - عروقی اثربخش است ($P < 0/05$). نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان متمرکز بر شفقت با بهره‌گیری از مهارت‌های شناختی موردنیاز و کنترل فکر، باعث کاهش اضطراب آشکار و پنهان، افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت و بهبود فشار نبض بیماران قلبی - عروقی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت به خود، اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض.

۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار دانشگاه پیام نور. asemanha@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور مرکز گرگان، گرگان، ایران. (نویسنده مسئول)

m.bazr71@gmail.com

مقدمه

مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان، بیماری‌های قلبی - عروقی است. به نحوی که هر روزه به تعداد مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های ناشی از این بیماری‌ها افزوده می‌شود (امین، امرایی و مرادی‌فر، ۱۴۰۰). طبق گزارش رسمی بار جهانی بیماری (GBD)^۱، ایران با بیش از ۹۰۰۰ مورد بیماری قلبی - عروقی در هر ۱۰۰ هزار نفر، یکی از کشورهای دارای بالاترین میزان بیماری‌های قلبی - عروقی در جهان بوده و اولین عامل اصلی مرگ‌ومیر در ایران نیز مربوط به بیماری‌های قلبی - عروقی، یعنی معادل با ۴۶ درصد از کل مرگ‌ومیرهاست (صراف‌زادگان و محمدی‌فرد، ۲۰۱۹). مشکلات قلبی - عروقی، هم به‌طور اولیه یعنی مستقل، باعث مرگ افراد می‌شود و هم با فراهم‌سازی سایر عوامل بیماری‌زای دیگر، یعنی به‌صورت ثانویه، زندگی افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد (امین و همکاران، ۱۴۰۰). انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۲۲ هفت عامل مهم و مؤثر در سلامت بهداشت و سلامت قلبی - عروق را سنجش و به‌روزرسانی کرده است؛ رفتارهایی که عدم رعایت و عدم کنترل آن‌ها، خطرات مربوط به بیماری‌های قلبی و سکته مغزی را افزایش می‌دهد. این هفت عامل عبارت‌اند از: سیگار، فعالیت بدنی، رژیم غذایی، وزن بدن، کلسترول، فشارخون و دیابت (کانی و آرون^۲، ۲۰۲۲).

یکی از عواملی مهمی که به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده بیماری‌های قلبی - عروقی و فشارخون به‌شمار می‌رود، اضطراب است (ماکی و گیورگی^۳، ۲۰۱۶؛ به نقل از توکلی، تاجری، رادفر، جمهری و خسروی، ۱۳۹۹). اضطراب به‌طور مکرر در بیماران قلبی - عروقی مشاهده و باعث افزایش واکنش‌های فیزیولوژیک بیمار از قبیل: فشارخون، تنفس، ضریان قلب، مصرف اکسیژن میوکارد و غلظت پلاسمایی اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین می‌شود در نتیجه بیمار قلبی را در معرض خطر بیشتر قرار می‌دهد (کلاهی، صالحی، مداحی و

^۱ Global Burden of Disease

^۲ Connie & Aaron

^۳ Mucci & Giorgi

سپاه‌منصور، ۱۴۰۱). در حیطه سنجش اضطراب، کتل^۱ بر اهمیت تمایز قائل شدن میان اضطراب به‌عنوان ویژگی شخصیتی (اضطراب پنهان^۲) و اضطراب به‌عنوان یک حالت هیجانی (اضطراب آشکار^۳) تأکید نموده است (اشپیلبرگر^۴، ۲۰۱۰). اضطراب پنهان ویژگی فردی پایدار و نسبتاً با ثباتی است که فرد را مستعد تجربه اضطراب در اکثر مکان‌ها و موقعیت‌ها می‌کند و در مقابل، اضطراب آشکار بیانگر تفاوت‌های فردی گذرا و موقتی در احساسات ذهنی است (کلاهی و همکاران، ۱۴۰۱).

واژه ارتقای سلامت نخستین بار در سال ۱۹۸۶ در منشور اتاوا باهدف توانمند ساختن افراد در جهت بهبود و افزایش سطح سلامتی خود به کار گرفته شد (کلروزی، پیشگوی و طاهریان، ۱۳۹۴). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به رفتارهای خودراهبری اشاره دارد که می‌تواند به پیش‌گیری از بیماری مزمن کمک کند و منجر به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت شود. رفتارهای ارتقادهنده سلامت در برگیرنده شش بعد سلامت: مسئولیت‌پذیری، فعالیت بدنی، تغذیه، روابط بین فردی یا اجتماعی، رشد معنوی و مدیریت استرس می‌باشد (چائو^۵، ۲۰۲۳ و هوانگ و او^۶، ۲۰۲۰). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، مراقبتی است که افراد در راستای تأمین، حفظ و ارتقای شش بعد سلامت انجام می‌دهند، مراقبتی که به‌واسطه آن تلاش می‌کنند از بیماری و ناتوانی جلوگیری کنند و سلامت خود را ارتقا بخشند (آوازه، بابایی، فرهودی و کلته، ۲۰۱۸). رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارای توانایی‌های بالقوه در پیشگیری از بروز و پیشرفت بیماری مزمن، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش بیماری‌زایی و کاهش بار مراقبت بهداشتی است (عبدالکریمی و همکاران، ۱۳۹۶). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، نرخ مرگ‌ومیر مربوط به رفتارهای حفظ و ارتقادهنده سلامت مردم در کشورهای توسعه‌یافته ۷۰ تا ۸۰ درصد و در کشورهای کمتر توسعه‌یافته ۴۰ تا ۵۰ درصد است (کلروزی و همکاران، ۱۳۹۴).

^۱ Kettle

^۲ hidden anxiety

^۳ Obvious anxiety

^۴ Spielberger

^۵ Chao DP

^۶ Hwang Y& Oh J

فشار نبض به تفاوت بین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک اطلاق می‌شود. زمانی که مقدار آن کمتر از ۴۰ میلی‌متر جیوه باشد، پایین و زمانی که به بیش از ۶۰ میلی‌متر جیوه برسد، بالا در نظر گرفته می‌شود. پایین بودن فشار نبض نشان‌دهنده کاهش برون‌ده قلبی است و اغلب در افراد مبتلا به نارسایی قلبی مشاهده می‌شود و بالا بودن آن نیز یکی دیگر از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده بیماری‌های قلبی - عروقی به‌شمار می‌رود. در ارزیابی خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی در بین دیگر شاخص‌های عملکرد قلبی - عروقی، بیشترین تأکید بر فشار نبض بالا می‌باشد بدین معنی که فشار نبض بالاتر از ۶۰ میلی‌متر جیوه در فشارخون‌های سیستولیک و دیاستولیک بالا، خطر بیشتری را پیش‌بینی و گوش‌زد می‌کند؛ یعنی اگر فردی فشارخون ۱۲۰/۶۰ میلی‌متر جیوه و فرد دیگری فشارخون ۱۸۰/۱۲۰ میلی‌متر جیوه داشته باشد باوجود داشتن فشار نبض یکسان، فرد دوم بیشتر در معرض خطر یک رویداد نامطلوب است. با بالا رفتن سن افراد، معمولاً مقدار فشار نبض آن‌ها افزایش می‌یابد (دبورا، جیل و کری^۱، ۲۰۲۲). طبق پژوهش سیدحسینی و ملکی با عبور سن از ۵۰ سالگی، خاصیت انعطاف‌پذیری شریان‌ها کم و مقاومتشان افزایش می‌یابد که به دنبال آن، افزایش فشار نبض را خواهیم داشت؛ و به همین دلیل در این سنین فشار نبض نقش بسیار مهمی را در پیش‌بینی حوادث عروق کرونر ایفا می‌کند (سیدحسینی و ملکی، ۱۳۸۸).

درمان مبتنی بر شفقت به خود، یک رویکرد روان‌درمانی است که توسط پل گیلبرت ابداع و تدوین شده و از مشهورترین روان‌درمانی‌ها، معروف به موج سوم رفتاردرمانی است که فنونی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده‌هایی از روان‌شناسی بودایی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی و علوم اعصاب یکپارچه کرده است (هادی‌قنوات، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش ادیبی زاده و سجادیان، (۱۳۹۷) حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت به خود در گروه آزمون، افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهبود

^۱ Deborah, Jill and Kerry

بخشیده است. تحقیقات اولیه نشان می‌دهد که شفقت به خود سلامت جسمانی بهتری را پیش‌بینی می‌کند. همچنین بین شفقت به خود و بهزیستی روانی و اجتماعی، ارتباط مثبتی گزارش شده است (دانه^۱، ۲۰۱۶). از آنجایی که پژوهش‌های اندک و پراکنده‌ای به خصوص در ایران درباره تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود، بر مؤلفه‌های روان‌شناختی و جسمانی بیماران قلبی - عروقی انجام شده است (ایزانلو، پیوندی، برجعلی و صیرفی، ۱۳۹۸) و همچنین پیدا نشدن پژوهشی که تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود را به صورت اختصاصی و مستقل بر متغیرهای اضطراب آشکار و پنهان و فشار نبض بررسی کرده باشد، از این حیث این موضوع جدید است. حال با توجه به مطالب فوق، این تحقیق در پی پاسخی برای این سؤال است که رویکرد درمان مبتنی بر شفقت به خود چه تأثیری بر اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض بیماران قلبی - عروقی خواهد داشت؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران قلبی - عروقی بستری در بیمارستان خاتم‌الانبیای شهرستان گنبد در سال ۱۴۰۱ بودند. روش نمونه‌گیری از جامعه آماری به صورت در دسترس و داوطلبانه بود؛ اما جای‌گماری آن‌ها در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه به صورت تصادفی با شرح ذیل انجام شد: ابتدا لیست بیماران قلبی - عروقی از بیمارستان خاتم‌الانبیای گنبد، یعنی به صورت در دسترس تهیه شد. بعد از انتخاب آگاهانه و داوطلب شدن این افراد، لیست موقت ۵۰ نفره نمونه‌ها، یعنی به روش داوطلبانه آماده شد. با توجه به نیمه تجربی بودن این پژوهش، تعداد ۳۰ نفر از این بیماران که دارای شرایط معیارهای ورودی بودند انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه شاهد و آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌گماری شدند. معیارهای ورود بیماران به مطالعه عبارت‌اند از: آگاهی و پذیرش

^۱ Dunne

شرایط فرایند پژوهش، میزان تحصیلات حداقل دیپلم، استفاده منظم داروهای تجویز شده قلبی - عروقی از سوی پزشک معالج، عدم مصرف داروهای روان پریشی و مداخلات روان شناختی دیگر حین مطالعه، نبودن در مرحله حاد و شدید بیماری های قلبی - عروقی و ملاک های خروج از پژوهش غیبت بیشتر از دو جلسه در جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود، همکاری نکردن و عدم انجام فعالیت های هفتگی در منزل بود. داده های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسش نامه اضطراب آشکار و پنهان^۱: پرسش نامه اضطراب آشکار و پنهان توسط اشپیلبرگر^۲ در سال (۱۹۸۳) ساخته شد و شامل ۴۰ سؤال است که مقیاس اول شامل ۲۰ سؤال بوده که اضطراب موقعیتی (آشکار) را اندازه گیری کرده و ۲۰ سؤال که اضطراب سرشتی (پنهان) را اندازه گیری می کند. اشپیلبرگر و همکاران در سال ۱۹۸۳ پایایی این پرسش نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش نمودند. نمره گذاری این مقیاس شامل امتیازی بین ۱ تا ۴ است. امتیاز ۴ نشان دهنده بالاترین میزان اضطراب و امتیاز ۱ نشان دهنده پایین ترین میزان اضطراب است. دامنه نمره برای هر مقیاس بین ۷۵ تا ۰ در نظر گرفته شد به گونه ای که امتیاز از ۲۰ تا ۳۲ در سطح خفیف قرار می گیرد، امتیاز بین ۴۲ تا ۳۳ در سطح متوسط به پایین، ۴۳ تا ۵۳ امتیاز در سطح متوسط به بالا، ۵۴ تا ۶۴ امتیاز نسبتاً شدید، ۶۵ تا ۷۵ در سطح شدید و ۷۶ به بالا در سطح اضطراب بسیار شدید قرار می گیرد. در پژوهش غلامی بورنگ، مهرام و کارشکی (۱۳۹۶) پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و از طریق آزمون مجدد پس از هفت روز ۰/۸۸ بوده است.

پرسش نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت: این پرسش نامه دارای ۵۴ پرسش و هدف آن این است که رفتارهای ارتقادهنده سلامت یعنی: ورزش، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، تغذیه، مدیریت استرس، خودشکوفایی و حمایت بین فردی را اندازه گیری کند.

۱ Overt and covert anxiety questionnaire

۲ Spielberger

دامنه پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بود. پژوهش محمدی زیدی (۱۳۹۰) روایی این پرسش‌نامه را تأیید کرده است. پایائی این پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شده است با این توضیح که دامنه پایایی آلفای کرونباخ از صفر که به معنی نداشتن پایداری تا یک مثبت که به معنی پایداری کامل است، تعریف می‌شود.

دستگاه فشارسنج جیوه‌ای: برای اندازه‌گیری و بررسی فشار نبض بیماران از دستگاه فشارسنج جیوه‌ای و پرستار، پس از یک ربع استراحت و در یک زمان مشخص و ثابت استفاده شد. با این توضیح که ابتدا مقدار فشارخون سیستولیک و دیاستولیک افراد نمونه توسط پرستار اندازه‌گیری و سپس با کم کردن عدد فشار دیاستول از سیستول، مقدار فشار نبض محاسبه و در فرم مخصوص ثبت شد.

مداخله درمانی متمرکز بر شفقت

ساختار جلسات برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت اثر گیلبرت^۱، ترجمه اثباتی و فیضی (۱۳۹۷) بوده که مورد تأیید اساتید و متخصصان رویکرد متمرکز بر شفقت می‌باشد. شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	شرح جلسات
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین، واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	پذیرش	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران،

^۱ Gilbert

جلسات	اهداف	شرح جلسات
	اشتباهات و بخشیدن خود	پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز».
پنجم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.
ششم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خودانتقادگر، خودانتقاد شونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی.
هفتم	شناسایی احساسات متناقض	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.

جلسات	اهداف	شرح جلسات
هشتم	مرور مباحث آموزش داده شده	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که بیشترین شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۳۰ - ۴۰ سال، با سابقه ۵-۱ سال ابتلا به بیماری قلبی، دارای تحصیلات لیسانس بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده

سلامت و فشار نبض در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه مداخله						مقیاس
نرمالینه داده‌ها		کنترل		آزمایش		
معناداری	k-z	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۰۰	۰/۱۴۸	۸/۹۰	۴۶/۰۰	۱۰/۴۶	۴۶/۷۳	پیش آزمون
۰/۱۴۵	۰/۱۹۱	۸/۷۹	۴۶/۴۷	۷/۶۰	۳۶/۵۳	پس آزمون
۰/۲۰۰	۰/۱۵۶	۷/۲۲	۴۱/۲۷	۸/۲۴	۴۵/۰۷	پیش آزمون
۰/۲۰۰	۰/۱۴۷	۶/۹۶	۴۱/۲۰	۷/۱۳	۳۶/۰۶	پس آزمون
۰/۱۵۶	۰/۱۸۹	۱۵/۹۷	۱۳۸/۲۷	۱۹/۹۴	۱۳۳/۲۰	پیش آزمون
۰/۲۰۰	۰/۱۴۴	۱۶/۱۶	۱۳۶/۹۳	۲۲/۹۴	۱۵۷/۰۷	پس آزمون
۰/۵۱۴	۰/۲۴۸	۱۰/۲۶	۴۵/۳۳	۸/۱۶	۵۶/۶۷	پیش آزمون
۰/۵۱۶	۰/۲۴۵	۱۲/۵۱	۴۸/۰۰	۸/۵۵	۴۴/۶۶	پس آزمون

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض برای مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد که پس از درمان متمرکز بر

شفقت نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد به دلیل آنکه سطوح معنی داری ارائه شده در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از ۵ درصد شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار خواهد بود. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای اضطراب آشکار و پنهان ($F=1/18$)، رفتارهای ارتقادهنده سلامت ($F=2/15$) و فشار نبض ($F=1/56$) برقرار است ($p < 0/05$). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیرهای پژوهش

مجدور اتا	P	DfE	Df	F	ارزش	آزمون
۰/۸۱۲	۰/۰۰۰	۱۷	۳	۲۵/۰۱۲	۰/۸۱۴	اثر پیلایی
۰/۸۱۲	۰/۰۰۰	۱۷	۳	۲۵/۰۱۲	۰/۱۸۴	لامبدای ویلکز
۰/۸۱۲	۰/۰۰۰	۱۷	۳	۲۵/۰۱۲	۴/۴۱۲	اثر هتلینگ
۰/۸۱۲	۰/۰۰۰	۱۷	۳	۲۵/۰۱۲	۴/۴۱۲	بزرگ‌ترین ریشه روی

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری داشتند ($P < 0/005$)، بنابراین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری برای نمرات افتراقی اجرا شد که نتایج تفکیکی آن در جداول زیر گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس نمرات اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذورات انا
اضطراب آشکار	۲۳/۰۴۱	۱	۲۳/۰۴۱	۱۴/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
اضطراب پنهان	۶۵/۱۵۸	۱	۶۵/۱۵۸	۱۵/۱۹۶	۰/۰۲۱	۰/۳۵۱
رفتارهای ارتقادهنده سلامت	۶/۰۶۱	۱	۶/۰۶۱	۶/۴۰۱	۰/۰۰۵	۰/۲۹۸
فشار نبض	۱۲/۳۰۲	۱	۱۲/۳۰۲	۱۲/۳۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$). ضریب انا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس-آزمون، ناشی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود، بر اضطراب آشکار و پنهان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و فشار نبض بیماران قلبی - عروقی در شهرستان گنبدکاووس انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود، منجر به کاهش اضطراب آشکار و پنهان، افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت و بهبود فشار نبض بیماران قلبی - عروقی می‌شود. نتایج فرضیه اول که همان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر اضطراب آشکار و پنهان است؛ نشان داد رابطه معناداری بین شفقت به خود و این دو اضطراب وجود دارد. بدین معنی هرچقدر شفقت به خود بیشتر باشد، اضطراب آشکار و پنهان کاهش پیدا می‌کند. نتایج این یافته با نتایج مطالعات شمس‌اسفندآبادی (۱۳۹۷)، ادیبی‌زاده و سجادیان (۱۳۹۷)، گلیمی‌کاشی (۱۳۹۶)، رحمتی (۱۳۹۹)، زمستانی، سهرابی و

طاهرپور (۱۳۹۸)، معینی، طاهری، گودرزی، دباغی، راهنجات و دنیوی (۱۳۹۸)، هادی قنوات (۱۳۹۸)، خوش وقت، نادری، صفرزاده و علیزاده (۲۰۲۱)، برونسی^۱، باقرزاده، منصوری و زنده دل (۲۰۲۰) و فروستادوتیر و دورجی^۲ (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اضطراب سطوح و انواع مختلفی دارد که یکی از آن‌ها، اضطراب آشکار و پنهان است و بیماران قلبی - عروقی به آن دچار می‌شوند، البته راه‌های درمانی زیادی برای کاهش این نوع اضطراب وجود دارد که یکی از این روش‌های مهم درمان مبتنی بر شفقت به خود است. درمان مبتنی بر شفقت به خود، به نوعی راهکار مقابله‌ای هیجان‌محور است، چونکه به احساس مشترک بین افراد، نزدیکی به یکدیگر توأم با مهربانی، آگاهی هوشیارانه از هیجان‌های خود و دوری نجستن از احساسات ناراحت‌کننده و دردناک نیاز دارد. در حقیقت اشخاص در این روش و مدل، تجربه‌ی هیجانی خود و دیگر افراد را می‌شناسند و بعد نگرش و دیدی مشفقانه نسبت به احساسات منفی مثل اضطراب پیدا می‌کنند. این اشخاص می‌آموزند در برابر هر نوع فشار، آرامششان را حفظ بکنند و بر خود مسلط باشند. باتوجه به حضور اشخاص در جلسه‌های آموزشی درمان مبتنی بر شفقت به خود، فرد فرصت بیشتری پیدا می‌کند که در مورد علت‌های اضطراب خود فکر کند و در نهایت تصمیم بهتری در برابر واکنش‌های اضطرابی خود بگیرد (شمس اسفندآبادی، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر شفقت به خود، بر رفتارهای سلامت تأثیر معنادار دارد، بدین معنی که مدیریت استرس، احساسات و عواطف؛ و برنامه‌ریزی صحیح برای فعالیت، تغذیه، حمایت بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری و خودشکوفایی، می‌تواند باعث آرامش جسمی و روانی بیشتر در زندگی و در نهایت بهبود سلامت روان و جسم شود. بدین معنی افرادی که شفقت به خود بیشتری دارند، از سلامت روان‌تری بیشتری برخوردارند. نتایج این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات وندی و دونالد^۳ (۲۰۱۹) و دانه و سارا^۴ (۲۰۱۶) است. پژوهش وندی و

^۱ Bronsi

^۲ Frostadottir and Dorjee

^۳ Wendy & Donald

دونالد (۲۰۱۹)، ارتباط مثبت آماری را بین خودشفقتی با سلامت جسمی و رفتار ارتقادهنده سلامت در یک نمونه جمع‌آوری‌شده، نشان داد. قوی‌ترین اثرات آن، بر معیارهای سلامت جهانی، رفتار سلامت‌ترکیبی در حوزه‌های خاص ایمنی - عملکردی، خواب و اجتناب از خطر بود. بااین‌حال شفقت به خود، سلامت جسمانی را در بین شرکت‌کنندگان جوان، پیش‌بینی نکرد. مطالعاتی که از روش‌های تجربی برای القای شفقت به خود در یک جلسه استفاده کردند، میانگین تأثیر قابل توجهی ایجاد نکرد. درحالی‌که می‌دانیم مداخلات حداقل دوازده‌هفته‌ای، قوی‌ترین اثر را ایجاد می‌کند. درنهایت اثرات میانگین مشابهی که در نمونه‌های پزشکی و غیرپزشکی یافت می‌شوند، از کاربرد شفقت به خود در بسیاری از زمینه‌های سلامت‌درمانی و در زندگی روزمره سالم پشتیبانی می‌کند. دانه و سارا (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که شفقت به خود ممکن است از طریق یک مسیر سلامتی - رفتاری به سلامتی جسمانی بهتر منجر شود.

هرچند تحقیقی که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود را بر فشار نبض، مورد مطالعه قرار داده باشد، پیدا نشد، اما پژوهش سعیدیان، سهرابی و زمستانی (۱۳۹۸) که درباره تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود، بر میزان فشارخون که به نوعی تعیین‌کننده فشار نبض است، نشان داد که این رویکرد درمانی، فشارخون سیستولی را کاهش داده است. به عبارتی دقیق‌تر درمان مبتنی بر شفقت به خود، فشارخون سیستولی زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت را کاهش داده ولی بر فشارخون دیاستولی آنان اثری نداشته و آن را کاهش نداده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی بر شفقت به خود، با پایین آوردن فشارخون سیستولی و عدم تأثیر بر فشارخون دیاستولی، فشار نبض را نیز کاهش داده است.

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است، محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱) این تحقیق در شهرستان گنبد کاووس انجام شده است، بنابراین با توجه به

شرایط خاص هر شهر مثل موقعیت جغرافیایی، فرهنگ بومی و سایر شرایط، تعمیم دادن نتایج آن به دیگر شهرها، باید جانب احتیاط را رعایت نمود. (۲) این پژوهش در بازه زمانی نسبتاً کوتاه انجام شده و دارای مرحله پیگیری نبوده است، لذا این مورد می تواند در تعمیم نتایج به موارد و مطالعاتی با شرایط زمانی بلندمدت، اثر نامناسبی داشته باشد و همچنین در مورد مانا بودن اثرات درمانی، اطلاعات کافی و مناسب نمی دهد. (۳) این مطالعه مربوط به بیماران قلبی - عروقی بوده، پس باید در تعمیم نتیجه های به دست آمده از آن به دیگر بیماری ها جانب احتیاط را به کار برد. (۴) اطلاعات گردآوری شده دو متغیر در این تحقیق صرفاً از طریق پرسش نامه بوده است، استفاده نکردن از سایر روش ها برای جمع آوری اطلاعات از محدودیت های این پژوهش به حساب می آید. از طرفی پاسخی به پرسش نامه ها توسط افراد نمونه، زمان بر و طاقت فرسا بود و گاهی از پاسخ دادن به آن طفره می رفتند. پیشنهاد می شود با استفاده از نتایج این پژوهش می توان کارگاه هایی برای کاهش اضطراب و استرس و افزایش سبک های ارتقادهنده سلامت بیماران قلبی - عروقی در غیر مراکز درمانی مثل مراکز بهداشت و مشاوره برگزار کرد.

فهرست منابع

- امین، آرش؛ امرایی، مرتضی و مرادی‌فر، نصرالله (۱۴۰۰). مروری بر بیماری‌های قلبی - عروقی در طول پاندمی بیماری کرونا ویروس (کووید-۱۹). *فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، دوره ۲۳، شماره ۱، ویژه‌نامه ۱۴۰۰، ص ۳۱۹ - ۳۳۴.
- ادیبی‌زاده، نوشین و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونا قلبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ویژه‌نامه ۱*، ص ۱۱۵-۱۰۳.
- ایزانلو، مریم؛ پیوندی، پریسا؛ برجعلی، احمد و صیرفی، محمدرضا (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر شفقت ورزی بر پیروی از درمان و مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D در افراد با بیماری عروق کرونری. *نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هشتم، شماره ۱*، ص ۱۷۰-۱۸۱.
- توکلی، زهره؛ تاجری، بیوک؛ رادفر، شکوفه؛ جمهری، فرهاد و خسروی، آرزو (۱۳۹۹). اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران قلبی - عروقی مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله. *مجله علوم روان‌شناختی، دوره نوزدهم، شماره ۹۶*، ص ۱۶۶۶-۱۶۵۵.
- رحمتی، حمیده (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان شفقت، بر کاهش اضطراب و افسردگی فرزندان طلاق. *پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی و اجتماعی. دانشگاه اردکان.*
- زمستانی، مهدی؛ سهرابی، احمد و طاهرپور، مریم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۴*، ص ۵۰۵-۵۱۳.
- سیدحسینی، مهران و ملکی، علیرضا (۱۳۸۸). ارتباط سن با افزایش فشار نبض در اندامهای فوقانی و تحتانی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره ۱۱، شماره ۱*، ص ۶۷-۷۰.
- سعیدیان، کوروش؛ سهرابی، احمد و زمستانی، مهدی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر

شفقت، بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره بیست و هفت، شماره اول، ص ۱۶۹-۱۶۱.

شمس اسفندآبادی، روفیا (۱۳۹۷). اثربخشی شفقت‌درمانی بر اضطراب امتحان و اشتیاق تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پایه‌ی اول متوسطه. پایان‌نامه درجه کارشناسی ارشد M.A. دانشکده علوم انسانی مرکز مبارکه. دانشگاه اصفهان.

غلامی بورنگ فاطمه، مه‌رام بهروز، کارشکی حسین. (۱۳۹۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس اضطراب از پژوهش برای دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲۳ (۱): ۷۸-۹۳.

کلاهی پریسا، صالحی مهدیه، مداحی محمد ابراهیم، سپاه‌منصور مزگان. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون در بیماران کرونری قلبی با فشار خون بالا. *تازه‌های علوم شناختی*. ۲۴ (۱): ۱۴۷-۱۵۹.

کلروزی، فاطمه؛ پیشگوی، امیرحسین و طاهریان، اسما (۱۳۹۴). بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نظامی. *مدیریت ارتقای سلامت*، دوره ۴، شماره ۲، ص ۷-۱۵.

گلیمی‌کاشی، ابوالفضل (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شفقت با خود بر رفتار خودارضایی و عزت نفس و اضطراب نوجوانان پسر شهر کاشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی گروه روان‌شناسی. دانشگاه علم و هنر یزد.

گیلبرت، پائول، (۱۳۹۷). *درمان متمرکز بر شفقت*، چاپ ۲، ص ۱ - ۲۲۸. ترجمه: مهرنوش اثباتی و علی فیضی. انتشارات ابن سینا.

محمدی زیدی، عیسی (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست و یکم، ویژه نامه ۱. ص ۱۰۱-۱۱۳.

معینی، فاطمه؛ طاهری، نجمه؛ گودرزی، ناصر؛ دباغی، پرویز؛ راه‌نجات، امیرمحسن؛ دنیوی، وحید (۱۳۹۸). اثربخشی شفقت‌درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه.

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، شماره بیست و سوم، سال هفتم، تابستان ۹۸، ص ۲۰-۲۵.

هادی قنوت، شکوه (۱۳۹۸). اثر شفقت‌درمانی بر اضطراب در بیماران قلبی و عروقی (مطالعه موردی بیماران بیمارستان گلستان اهواز). *نشریه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، دوره پنجم، شماره ۱، ص ۱۰۹-۱۰۴.

Avazeh M, Babaei N, Farhodi S, Kalteh E, Gholizadeh B. [The study of self-care and related factors in the elderly with chronic diseases in ۲۰۱۸ (Persian)]. *J Health Care*. ۲۰۱۹; ۲۱(۲):۱۳۵-۴۴. [DOI:۱۰,۲۹۲۵۲/jhc.۲۱,۲,۱۳۵] [DOI:۱۰,۲۹۲۵۲/jhc.۲۱,۲,۱۳۵]

Bronsi, Fatemeh; Bagherzadeh Golmakani, Zahra; Mansouri, Ahmad & Zande Del, Ahmad. (۲۰۲۰). The effectiveness of compassion focused therapy on distress tolerance, difficulty in emotion regulation and anxiety sensitivity in patients with cardiovascular disease. *Social Determinants of Health*, Vol. ۶, No. ۱

Chao DP. Health-promoting lifestyle and its predictors among health-related and non-health-related university students in Taiwan: a cross-sectional quantitative study. *BMC Public Health* ۲۰۲۳; ۲۳(۱): ۸۲۷.

Connie W. Tsao, Aaron W. (۲۰۲۲). See fewer authors, from: [https://doi.org/10,1161/CIR.0000000000001052](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052), *Circulation*. ۱۴۵:e۱۵۳-e۱۳۹.

Deborah Weatherspoon., Jill Seladi-Schulman, and Kerry Weiss (۲۰۲۲). Pulse Pressure Calculation Explained. Retrieved ۱۱.۲۰۲۲, from; <https://www.healthline.com/health/pulse-pressure>.

Dunne, S. et al (۲۰۱۶) 'Brief report: self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours', *Journal of Health Psychology*, DOI: ۱۰,۱۱۷۷/۱۳۵۹۱۰۵۳۱۶۶۴۳۳۷۷, p ۳-۲۰.

Frostadottir AD and Dorjee D (۲۰۱۹). 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. *Front. Psychol.* ۱۰:۱۰۹۹. doi: ۱۰,۳۳۸۹/fpsyg.۲۰۱۹,۰۱۰۹۹.
- Hwang Y, Oh J. Factors Affecting Health-Promoting Behaviors among Nursing Students. *Int J Environ Res Public Health* ۲۰۲۰; ۱۷(۱۷): ۶۲۹۱.
- Khoshvaght, negin,. Naderi, farah,. Safarzadeh, sahar,. Alizadeh, marjan (۲۰۲۱). mparison of the Effects of Metacognitive Therapy and Compassion-Focused Therapy on Anxiety in the Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Women Health Bull.* ۲۰۲۱;۸(۱):۱-۹. doi: ۱۰,۳۰۴۷۶/whb.۲۰۲۰,۸۸۵۸۵,۱۰۸۷.
- Spielberger, C. D. (۲۰۱۰). State-trait anxiety inventory. The Corsini encyclopedia of psychology. Hoboken, NJ: *John Wiley & Sons, Inc.* doi, ۱۰, ۹۷۸۰.۴۷۰.۴۷۹۲۱۶.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, E., Vagg, P.R., Jacobs, G.A. (۱۹۸۳). *Manual for the state-trait anxiety scale.*
- Sarrafadegan N, Mohammadifard N. (۲۰۱۹). Cardiovascular Disease in Iran in the Last ۴۰ Years: Prevalence, Mortality, Morbidity, Challenges and Strategies for Cardiovascular Prevention. *Arch Iran Med.* ۲۲(۴):۲۰۴ -۱۰.
- Wendy J. Phillips & Donald W. Hine (۲۰۱۹): Self-compassion, physical health, and health behaviour: a meta-analysis, *Health Psychology Review*, DOI: ۱۰,۱۰۸۰/۱۷۴۳۷۱۹۹,۲۰۱۹,۱۷۰,۵۸۷۲